

**DIE VERPLEEGKUNDIGE SE  
BELEWENIS  
VAN MOONTLIKE MIV-INFEKSIE  
NA BESERING- EN / OF BLOOTSTELLING-  
AAN-DIENS**

Laura Ester Ziady

Januarie 2007

Die Verpleegkundige se belewenis van moontlike MIV-  
infeksie na besering- en / of blootstelling-aan-diens

deur

Laura Ester Ziady

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad  
Magister Societatis Scientiae (M.Soc.Sc.Verpleegkunde)

in die

fakulteit van Gesondheidswetenskappe

Skool vir Verpleegkunde

Aan die Universiteit van die Vrystaat

Januarie 2007

Studieleier: Dr L Roets

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby aan die Universiteit van die Vrystaat deur my vir die graad M. Soc. Sc Verpleegkunde ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit / fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van die outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.



---

L E Ziady

1975348910

19 Januarie 2007

Die Verpleegkundige se belewenis van moontlike MIV-  
infeksie na besering- en / of blootstelling-aan-diens

deur

Laura Ester Ziady

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad  
Magister Societatis Scientiae (M.Soc.Sc.Verpleegkunde)

in die

fakulteit van Gesondheidswetenskappe

Skool vir Verpleegkunde

Aan die Universiteit van die Vrystaat

Januarie 2007

Studieleier: Dr L Roets

*Vir die wonderlike verpleegkundiges van*

gister, vir alles wat julle réeds gedoen het;

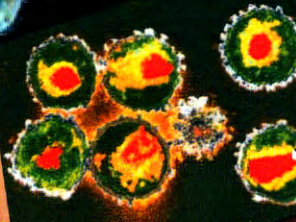
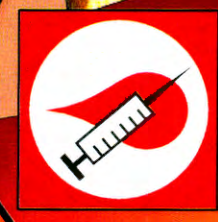
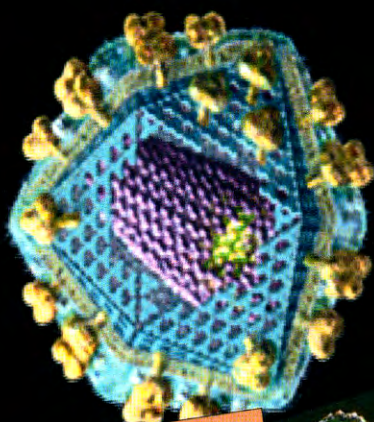
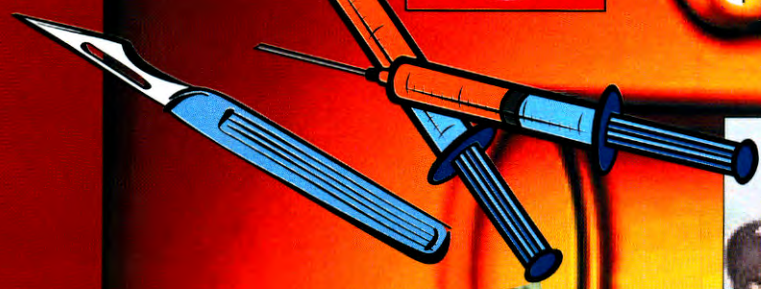
vir diegene van die hier en nou, vir dít waarmee julle nóú besig is;

en vir die verpleegpersoneel van môre,

vir dít wat julle gáán wéét, en wéés, en dóén.

*Dankie...*

# DIE VERPLEEGKUNDIGE SE BELEWENIS VAN MOONTLIKE MIV-INFEKSIE NA BESERING- EN /OF BLOOTSTELLING-AAN-DIENS



*"... Somewhere out there, someone's been infected with a deadly virus just because they went to work one day..."*  
**Lynda Arnold, VSA, 1998.**



KEY PHRASES / WORDS FOR USE BY INTERNET SEARCH ENGINES TO  
REFERENCE THIS DISSERTATION

- ⌘ Acceptance
- ⌘ Anger
- ⌘ Antiretroviral therapy
- ⌘ Anxiety and fear
- ⌘ Bereavement process
- ⌘ Compassion
- ⌘ Denial
- ⌘ Exposure-on-duty
- ⌘ Grief
- ⌘ Injury-on-duty
- ⌘ Needle stick incident
- ⌘ Nurses
- ⌘ Post-exposure prophylaxis
- ⌘ Side effects
- ⌘ Staff surveillance
- ⌘ Sharps-related exposure
- ⌘ Support

# DIE VERPLEEGKUNDIGE SE BELEWENIS VAN MOONTLIKE MIV-INFEKSIE NA BESERING- EN / OF BLOOTSTELLING-AAN-DIENS

## INHOUDSOPGAWE

### **HOOFSTUK 1**

#### Inleiding en probleemstelling

	<i><b>Bladsy</b></i>
1.1 Inleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Die doel van die studie	10
1.4 Konseptuele definisies	10
1.4.1 Besering- en / of blootstelling-aan-diens	10
1.4.2 Bewakingsperiode	10
1.4.3 Blootgestelde personeellid of deelnemer	11
1.4.4 Bronpasiënt	11
1.4.5 MIV	11
1.4.6 MIV besering- en / of blootstelling-aan-diens protokol (ook genoem die bewakingsprogram)	11
1.4.7 Privaat hospitaal	12
1.4.8 Sorg	12
1.4.9 Verpleegkundige	13
1.4.10 Student / leerder	13
1.5 Navorsingsontwerp	14
1.5.1 Navorsingstegniek	14
1.5.2 Eenheid van ontleding	16
1.5.3 Steekproef	16
1.6 Verkenningsonderhoud	17
1.7 Data versameling	18
1.8 Versekering van geloofwaardigheid van die studie	18
1.8.1 Waarheidsgetrouheid	19
1.8.2 Oordraagbaarheid	19
1.8.3 Vertroubaarheid	20
1.8.4 Bevestigbaarheid	20



	<b>Bladsy</b>
1.9 Etiese vraagstukke	21
1.10 Data ontleding	23
1.11 Waarde van die navorsing	23
1.12 Uiteensetting van die studie hoofstukke	24
1.13 Samevatting	24

## **HOOFSTUK 2**

### Navorsingsmetodologie

	<b>Bladsy</b>
2.1 Inleiding	25
2.2 Navorsingsontwerp	25
2.2.1 Fenomenologiese studie	25
2.2.2 Beskrywende kwalitatiewe navorsing	26
2.2.3 Kontekstuele ontwerp	27
2.3 Eenheid van ontleding	28
2.3.1 Steekproefseleksie	28
2.3.2 Insluitingskriteria	29
2.3.3 Steekproeftegniek	29
2.3.4. Steekproefgrootte	30
2.4 Navorsingstegniek	30
2.4.1 Die onderhoud	31
2.4.1.1 Die in-diepte onderhoud	32
2.4.1.2 Voordele van 'n in-diepte onderhoud	33
2.4.1.3 Nadele van 'n in-diepte onderhoud	34
2.5 Verkenningsonderhoud	35
2.6 Proses van dataversameling	37
2.6.1 Toegang tot die navorsingsveld	37
2.6.2 Die in-diepte onderhoud self	38
2.6.3 Kommunikasie tegnieke	40
2.7 Veldnotas	42

	<b>Bladsy</b>
2.8 Geloofwaardigheid van die studie	43
2.8.1 Waarheidsgetrouheid	44
2.8.2 Oordraagbaarheid	46
2.8.3 Aanvaarbaarheid	46
2.8.4 Bevestigbaarheid	48
2.9 Data ontleding en –interpretasie	47
2.10 Etiese aspekte	51
2.10.1 Die beginsel van respek vir ander persone	52
2.10.2 Die beginsel van weldadigheid	53
2.10.3 Die beginsel van billikheid	53
2.10.3.1 Die reg op privaatheid	54
2.10.3.2 Anonimiteit	55
2.10.3.3 Konfidensialiteit	55
2.11 Samevatting	56

### **HOOFSTUK 3**

#### Data ontleding, -interpretasie en literatuurkontrole

	<b>Bladsy</b>
3.1 Inleiding	57
3.2 Beskrywing van die eenheid van ontleding	59
3.2.1 Ouderdom en kwalifikasie	59
3.2.2 Tipe blootstelling	59
3.3 Data ontleding, -interpretasie en literatuurkontrole	60
3.3.1 Emosionele belewenis van die blootstelling-aan-diens	64
3.3.1.1 Die rourespos, as deel van die rouproses	68
3.3.1.1.1 Ontkenning	71
3.3.1.1.2 Angs en vrees	78
3.3.1.1.3 Woede	82
3.3.1.1.4 Aanvaarding	86
3.3.1.2 Ervaring van ondersteuning	92
3.3.1.3 Gedagtes aan die gebeure	96

	<b>Bladsy</b>
3.3.2 Fisieke belewenis van die blootstelling-aan-diens	97
3.3.2.1 Ervaring van nuwe-effekte na behandeling met anti-retrovirale terapie	98
3.3.3 Ander waarnemings vanuit die studie	100
3.4 Veldnotas	103
3.4.1 Waarneming	103
3.4.2 Dokumentering	104
3.5 Samevatting	105

## **HOOFSTUK 4**

### Gevolgtrekkings en aanbevelings

	<b>Bladsy</b>
4.1 Inleiding	106
4.2 Emosionele aspekte	107
4.2.1 Ervaring van die rourespons deur die blootgestelde deelnemers	107
4.2.1.1 Gevolgtrekking	108
4.2.1.2 Aanbeveling 1	108
4.2.1.3 Aanbeveling 2	110
4.2.2 Ervaring van ondersteuning	112
4.2.2.1 Gevolgtrekking	113
4.2.2.2. Aanbeveling	114
4.2.3 Gedagtes aan die gebeure	114
4.2.3.1 Gevolgtrekking	116
4.2.3.2 Aanbeveling	116
4.3 Fisieke belewenis	116
4.3.1 Gevolgtrekking	117
4.3.2 Aanbeveling 1	117
4.3.3 Aanbeveling 2	118
4.4 Algemene gevolgtrekkings	118
4.4.1 Moontlike oorsake vir die blootstelling van die deelnemers	118
4.4.1.1 Aanbeveling	119

**Bladisy**

4.4.2	Amptelike blootstelling-aan-diens protokolle	122
4.4.2.1	Aanbeveling	122
4.4.3	Wysiging van bestaande kliniese praktyke en toerusting in die hospitaal	123
4.4.3.1	Aanbeveling	124
4.5	Waarde van die navorsing	124
4.5.1	Bydrae tot die internasionale kennisbasis oor MIV-blootstelling	125
4.5.2	Bydrae tot die Suid-Afrikaanse kennisbasis van MIV-blootstelling van verpleegpersoneel-aan-diens	126
4.5.3	Bydrae tot die privaat gesondheidgroep se kennisbasis oor MIV-blootstelling-aan-diens	127
4.6	Moontlike beperkinge in die studie	127
4.6.1	Moontlike sydigheid in hierdie studie	128
4.7	Slotopmerkings	130
	Opsommings van die Studie	131
	<i>Afrikaanse opsomming van verhandeling</i>	132
	<i>English summary of dissertation</i>	134
	<i>Key phases / words for use by Internet Search Engines to reference this dissertation</i>	136
	Bibliografie	137
	Bylae	
	Bylaag A: Toestemming van die Etiekkomitee	149
	Bylaag B: Onderhoud uiteensetting	150
	Bylaag C: Toestemmingsbriewe	151
	Bylaag D: NISC DIScover Report	152
	Bylaag E: National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2005	153

***LYS VAN FIGURE***

FIGUUR 1 Uiteensetting van blootstelling	60
FIGUUR 2 Belewenis van die deelnemers	62
FIGUUR 3 Raamwerk vir data ontleding	63

# HOOFSTUK 1

## INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

### 1.1 INLEIDING

Die moontlikheid om blootgestel te word aan infeksie met die menslike immuunonderdrukkende virus (MIV) tydens die uitvoer van pasiëntsorg in die gesondheidsdiens vergroot jaarliks. Soos die mediese tegnologie ontwikkel, word roetine pasiëntsorg, insluitend die roetine toediening van inspuitings en ander indringende prosedures, meer gekompliseerd (Stoker, 2004:Intyds). Toenemend meer van die bevolking van die Republiek van Suid-Afrika word daagliks as MIV-positief gediagnoseer (Department of Health RSA Ante-Natal Surveillance Report: 2004). Hierdie persone word normaalweg, soos nie-geïnfekteerde persone, in hospitale opgeneem, waarna gevind word dat hulle die verworwe immuungebrek sindroom (MIV) onderlede het.

Die gevolg is 'n onvermydelike, toenemende blootstelling van besige verpleegpersoneel aan die tans ongeneeslike MIV-infeksie (Department of Health Report National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2003; Haiduven, 2004:Intyds). Anekdotiese bewys hiervan is tydens opvolgbesoeke aan die bestudeerde hospitaal se verpleegpersoneel wat in besering-/ of infeksie-aan-diens insidente betrokke was, gevind. Gesprekvoering net na die blootstellingsinsident het getoon dat moontlike MIV-infeksie vir die meeste van die deelnemers 'n oorweldigende, skrikwekkende gedagte is.

Die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) beraam dat ongeveer drie miljoen persone wêreldwyd deur skerpvoorwerpbeserings tydens die roetine toediening van bykans 12 biljoen inspuitings per jaar, aan infeksie blootgestel word. Van hierdie beserings is 'n beraamde 80% voorkombaar (Stoker 2004:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds).

In Suid-Afrika het die landswye staatsondersteunde VIGS Inligting, Opleiding en Raadgewende Sentrums (ATICC) sedert 1995 onder meer algemene riglyne oor berading van MIV-blootgestelde persone in samewerking met Old Mutual® in die vorm van voor- en na-toetsberadingslyste beskikbaar gestel (ATICC, 1995:27-28). Daar is 'n verskeidenheid van Department Gesondheid pamflette oor die behandeling van persone

wat aan MIV blootgestel is by klinieke en hospitale beskikbaar. Ten spyte van die oormag beskikbare literatuur oor die kliniese proses van berading en hantering na besering- / blootstelling-aan-diens, is min literatuur oor die belewenis van Suid-Afrikaanse verpleegkundiges wat die proses deurgemaak het, in wetenskaplike bronne te vind (NISC DISCover Report, 2003).

Soos verskeie ander groot maatskappye, huldig die privaat hospitaalgroep waaraan die bestudeerde hospitaal behoort, die standpunt dat die reputasie van 'n maatskappy afhanklik is van sy besigheidspraktyk, en dat MIV nou toenemend 'n integrale deel van daardie besigheid geword het (Griffiths, 2002:31; Strugnell, 2002:30; Department of Labour, 2002:30). Bydraend tot werkstevredenheid, gaan die toepassing van hanteringsprotokolle vir personeel wat tydens hul dagtaak vir die maatskappy aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is. As deel van die privaat hospitaalgroep, beskik die bestudeerde hospitaal oor 'n besering- / blootstelling-aan-diens protokol vir MIV-blootgestelde personeel wat basiese dienste soos bloedsiftingsstoetse, berading, profilaktiese anti-retrovirale terapie en opvolgbesoeke aanbied. Die hanteringsprotokol wat by die bestudeerde hospitaal gevolg word stem ooreen met die vereistes wat in die Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid (Suid-Afrika. Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, wet nommer 85 van 1993, soos aangepas) vir hantering van werkverwante besering gestel is (Fine, 1997:71-85; Kotze, 1997:379-406, Irinoye, 2001:35-38; MASA, 1995:27-28; Bestudeerde hospitaal se Handleiding vir Berading van Personeel Blootgestel aan Infeksie met die Menslike Onderdrukkende Virus (MIV), 2000:1-6). Blootgestelde personeel word gesamentlik deur die Noodgevalle- en Infeksiebeheerafdelings hanteer, volgens die privaat hospitaalgroep se strewe om dienslewering aan die blootgestelde personeel (nou die pasiënt) te verbeter (Bestudeerde hospitaal. Missie stelling, 2004).

## **1.2 PROBLEEMSTELLING**

Volgens die bestudeerde hospitaal se infeksiebeheermaandverslae word ongeveer 0,8% van die personeelkorps elke maand tydens besering- en / of blootstelling-aan-diens aan moontlike MIV-infeksie blootgestel.

Interkollegiale gesprekvoering tydens opvolgaksies oor 'n periode van drie jaar toon dat nie al die blootgestelde personeel wat hanteer is, die proses positief ervaar het nie al is hulle volgens protokol korrek hanteer (Bestudeerde hospitaal. Rekords van die Menslike Hulpbronafdeling, 2004). Opvolg van gebeure toon dat die enigste verskille in die hantering van die verskeie personeel skynbaar by die berader lê, asook hoe vlot die proses verloop het en die gemak waarmee die protokol afgehandel is. Die vraag ontstaan of hierdie verskille alleen vir die negatiewe gevoelens van hierdie personeel verantwoordelik is, en of ander faktore 'n rol in hul belewenis gespeel het.

Die opvolg het aan die lig gebring dat negatiewe ervarings veroorsaak dat

- sommige personeellede skynbaar die newe-effekte van profilaktiese anti-retrovirale terapie meer intens as ander ervaar;
- personeel dikwels nie die profilaktiese behandeling korrek gebruik nie of dit self weens die ontwikkeling van newe-effekte staak. Die staking van medikasie veroorsaak verhoogde mediese onkoste, verlies aan medikasie voorraad en tyd, asook die gevaar dat weerstandigheid teen die gegewe middels by die infekerende virus sal ontwikkel;
- oënskynlik swak berade personeel geneig is om die res van die opvolgprotokol te ignoreer en nie afsprake na te kom nie, wat veroorsaak dat die Menslike Hulpbronafdeling nie hul besering / blootstelling-aan-diens by die Ongevalle Kommissaris kan registreer of afhandel nie; en
- personeel met tye woede of aggressie teenoor die werkgewer of die pasiënt by wat hulle blootgestel is, ervaar.

Dit wil dus voorkom asof die belewenis van die personeel na 'n besering- / blootstelling-aan-diens hulle werk en oordeel direk kan beïnvloed. Indien meer inligting hieroor versamel kan word, mag hanteringsmaatreëls teen die impak daarvan vroegtydig in plek gestel word om sodoende te verseker dat dienslewering aan hierdie spesiale groep personeel nie benadeel word nie.



### 1.3 DIE DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om die belewenis van die verpleegpersoneel wat tydens die uitvoering van hul dagtaak aan moontlike MIV in die bestudeerde hospitaal blootgestel was te beskryf, asook om aanbevelings vir beter hantering van hierdie insidente te maak.

### 1.4 KONSEPTUELE DEFINISIES

Definisies wat in die studie gebruik sal word, sluit in:

#### 1.4.1 Besering- en / of blootstelling-aan-diens:

- Besering-aan-diens word in die bestudeerde hospitaal se 2003 Infeksiebeehandleiding as indringende-, sny-, skaaf- of ander beserings waar die beseerde persoon se weefsel, vel of mukosa tydens die insident met 'n besoedelde artikel beskadig is, gedefinieer. Velbesering met 'n skerpvoorwerp word ook perkutane- of prikbeserings genoem (Privaat hospitaalgroep. Infeksiebeehandleiding, 2003:IB1; MH-B4, IA5 ).
- Blootstelling-aan-diens verwys na spatongelukke met spatsele van 'n ander persoon se bloed of liggaamsvloeistof in die gesig of op die nie-intakte vel / mukosa van 'n personeellid (Privaat hospitaalgroep. Infeksiebeehandleiding, 2003:IB1).

Vir die doel van hierdie studie stem die konseptuele definisies van bogenoemde ooreen met die konseptuele definisies.

#### 1.4.2 Bewakingsperiode

Vir die doel van hierdie studie is die bewakingsperiode die tyd tussen die aanvanklike blootstellingsdatum en die datum van die tweede na-toetsberading van die blootgestelde personeellid. Drie maande is die norm hiervoor (Privaat hospitaalgroep. Infeksiebeehandleiding, 2003:IB1).

### 1.4.3 Blootgestelde personeellid of deelnemer

'n Blootgestelde personeellid is 'n persoon wat tydens 'n insident aan-diens aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is (Privaat hospitaalgroep. Infeksiebeheerhandleiding, 2003:IB1).

In die studie sal slegs personeel wat weens blootstelling aan moontlike MIV-infeksie gedurende aan-dienstyd, as deelnemers daarby ingesluit word.

### 1.4.4 Bronpasiënt

Vir die doel van die studie word die bronpasiënt beskou as die gehospitaliseerde pasiënt, by wat die blootgestelde personeellid tydens 'n insident aan-diens, moontlik aan die MIV-infeksie blootgestel kon gewees het.

### 1.4.5 MIV

MIV word gedefinieer as 'n verworwe infeksie met die menslike immuunonderdrukkende virus wat tot 'n tans ongeneeslike en permanente sindroomatiese beskadiging van die menslike immunitestelsel aanleiding gee. Die pasiënt is progressief meer immuunonderdruk en daarom vatbaar vir geleentheidsinfeksies, wat ten laaste tot die dood mag lei (Dirckx, 1997:22; Wilson, 2000:203–204).

### 1.4.6 MIV-besering- en/of blootstelling-aan-diens protokol (ook genoem die bewakingsprogram)

Volgens die bestudeerde hospitaal se Infeksiebeheerhandleiding van 2003 is die protokol en / of bewakingsprogram 'n vasgestelde, geïndividualiseerde proses met 'n verloop van ses tot agt maande (afhangend van die duur van die aanvanklike profilaktiese anti-retrovirale chemoterapie), bestaande uit:

- berading voor sifting van die blootgestelde persoon se bloed vir bestaande MIV-infeksie;

- verkryging van ingeligte toestemming om die bloedsiftingstoetse te laat doen;
- berading, voor gebruik van anti-retovirale chemoterapie, betreffende die voor- en nadele, en nuwe-effekte daarvan;
- uitleg van die kritiese tydsverloop tussen terapeutiese stappe;
- nakoming van geskeduleerde opvolgbesoeke en –bloedtoetse; asook die eerste en opvolgende mediese ondersoeke soos voorgeskryf in die Beroepsgesondheid en Veiligheidwetgewing (Suid-Afrika. Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, wet nommer 85 van 1993, soos aangepas);
- administrasie en dokumentasie deur die bestudeerde hospitaal se Menslike Hulpbron Afdeling (Draft National Policy on Testing for HIV, 1990: Intyds).

#### 1.4.7 Privaat hospitaal

Steadman's definieer 'n hospitaal as 'n sentrum vir die behandeling, sorg en genesing van siekes en gewondes, asook vir navorsing oor siekte en die opleiding van gesondheidspersoneel (Dirckx, 1997:408). Vir die doel van hierdie navorsing dien die bestudeerde hospitaal, 'n 377-bed privaat hospitaal in die groter Mangaung gebied, as die privaat hospitaal waar die navorsing uitgevoer gaan word. Dit is ook die hospitaal waar die navorser as infeksiebeheerkonsultant in diens van die privaat hospitaalgroep staan.

#### 1.4.8 Sorg

Die begrip "sorg" omvat al die beginsels van die wetenskaplike verpleegproses (insluitend beraming, beplanning, diagnose, implementering, evaluering), soos beskryf in die bestudeerde privaat hospitaalgroep se opleidingshandleiding, met die doel om die basiese behoeftes en subjektiewe ervarings van die pasiënt te bevredig of te hanteer. Die uniekheid van die personeel as rasonale wese word beklemtoon, met die reg om aktief ondersteun te word ten tye van verandering en leer (Heigan, 2002). Die siening stem ooreen met die filosofie van versorging wat in die beoogde studie se navorsingsparadigma gesetel lê, daarin dat dit die hoogste kwaliteit van

verpleegsorg, tegniese doeltreffendheid en vaardigheid in 'n proses van professionele groei en ontwikkeling waarborg (Booyens, 2000:43).

#### 1.4.9 Verpleegkundige

Volgens Goewermentskennisgewing Nommer R.425 (22 Februarie 1985), soos gewysig deur Nommer R.1312 (19 Junie 1987), Nommer R.2078 (25 September 1987) en Nommer R. 753 (22 April 1988), word 'n verpleegkundige beskou as 'n persoon wie "...ingevolge artikel 16 geregistreer is nadat

(a) hy onderrig en opleiding aan 'n goedgekeurde verpleegskool ontvang het;

(b) hy as student geregistreer was kragtens die regulasies betreffende registers vir studente afgekondig onder Goewermentskennisgewing R.3735 van 14 November 1969, soos gewysig by Goewermentskennisgewings R.171 van 12 Februarie 1971, R.1204 van 7 Julie 1972, R.1647 van 20 September 1974 en R.2207 van 31 Oktober 1980; en

(c) hy die studiekursus suksesvol voltooi het, en aan die programdoelstellings bedoel in regulasie 6(2) en die ander vereistes vir die toekenning van die betrokke kwalifikasie voldoen het".

Vir die doel van hierdie studie sluit "Verpleegkundige" alle persone wat by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer is en op die bestudeerde hospitaal se verplegingsdiensstaat as verpleegpersoneel verskyn, in.

#### 1.4.10 Student / Leerder

'n Student of leerder is 'n persoon wie aan 'n instelling van hoër of voortgesette onderwys studeer om 'n bepaalde kwalifikasie te verwerf (Fowler, 1991:1210). Vir die doel van die studie is 'n student of leerder 'n persoon wie aan die satelietkampus van die bestudeerde hospitaal se verpleegleerskool as leerling professionele verpleegkundige studeer.

## 1.5 NAVORSINGSONTWERP

'n Kwalitatiewe fenomenologiese beskrywende studie word voorgestel, aangesien daar beoog word om die individuele belewenis van 'n persoon na blootstelling aan moontlike MIV-infeksie tydens 'n insident van blootstelling- of besering-aan-diens te beskryf en te bestudeer (Burns en Grove, 2005:55-56, 232-233). Sonder vooropgestelde idees word die klem gelê op die *deelnemer* se belewenis van gebeure en omstandighede, eerder as die navorser se interpretasie daarvan (Brink, 1996:13; Polit en Beck, 2004:253).

Fenomenologie is die studie van die “lewenswêreld” van mense: Hoe gebeure beleef, ontleed en hanteer word, asook wyses om die individu in die situasie te verstaan (Burns en Grove, 49, 55, 745).

Beskrywende kwalitatiewe navorsing beklemtoon die belang daarvan om die studie in 'n natuurlike omgewing uit te voer, met inagneming van die interaksie tussen die verskillende fasette van die proses. Volledige data moet versamel word deur die voer van 'n in-diepte onderhoud, wat die stel van ongestruktureerde oop-einde vroe behels (Brink, 1996:119–120; Polit en Beck, 2004:346-351; Burns en Grove, 2005:734).

Hierdie metode is by uitstek vir hierdie studie gepas aangesien die navorser in die belewenisse van die individue belangstel, en na die inhoud, vloei en selfs stiltes van die vertellings wil luister om in wese te verstaan wat daardeur oorgedra word.

### 1.5.1 Navorsingstegniek

In-diepte onderhoude lei tot gesprekvoering wat direkte aanhalings produseer, wat op hul beurt die basis vorm waarop 'n studie gegrond is (Brink, 1996:119–120; Polit en Beck, 2004:349-350). Die belewenis van die verpleegpersoneellid rakende blootstelling aan MIV infeksie aan-diens sal beskryf word deur twee ongestruktureerde in-diepte onderhoude met elk van die blootgestelde verpleegpersoneel te voer, en die inligting wat bekom word, weer te gee.

In-diepte onderhoude kan omvattende inligting oor die ervaring van 'n persoon verskaf, wat een van die voordele van hierdie ondersoekmetode is. Brink (1996:158) en Babbie

(2004:300) is van mening dat hierdie onderhoude vry-vloeiend, byna soos doelbewuste gesprekvoering moet wees, met slegs die fokus van die navorsing wat struktuur gee. Hierdie tipe onderhoud is dus toepaslik vir kwalitatiewe navorsingstudies, waar progressief al meer data tot die aanvanklike inligting wat van die deelnemer bekom is, bygevoeg kan word.

Die beoogde navorsingsvraag vir die studie handel oor die ervaring van 'n personeelid wat aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is, en word as volg geformuleer:

*“Beskryf u belewenis ten opsigte van die moontlike blootstelling aan MIV na u besering- of blootstelling-aan-diens insident”.*

Gesprek-ontledingsnavorsing is oop vir kritiek ten opsigte van die geloofwaardigheid en geldigheid van gevolgtrekkings (Silverman, 1997:202). Peräkylä (Silverman, 1997:202) wys op die effek wat 'n vasgestelde hiërargiese orde soos in verpleging bestaan, op kwalitatiewe gesprek-ontledingsnavorsing in 'n formele instelling soos 'n hospitaal het. Die navorser glo egter dat die feit dat die meeste van die blootgestelde personeel waarskynlik bekend is, sal meehelp om die atmosfeer meer ontspanne te maak. Deur doelbewus rustig, vriendelik en gerusstellend op te tree; die onderhoude in eenvoudige en verstaanbare taal binne die hospitaalopset (wat aan die deelnemers as hul natuurlike werksplek bekend is), te voer; en die verwerkte data vir oorweging en interpretasie aan die individuele belangstellende personeellede beskikbaar te stel, behoort die effek van die hiërargiese aard van die hospitaal verminder te word.

Die navorser sal as die enigste onderhoudvoerder in die studie optree en beskik oor psigiatrisse verpleegkundige opleiding en praktyk ervaring, wat oor 'n tydperk van vyftien jaar tydens kliniese onderhoude met mediese personeel, verfyn is. Die navorser het spesifiek as MIV berader gepraktiseer, wat kliniese kennis in hierdie vakgebied gevestig het. Na verwagting, sou 'n sterk inter-kollegiale vertrouensverhouding en versekering van konfidensialiteit in die navorsing meehelp om eerlike terugvoer van die deelnemers te verseker. (Verwys na punt 2.8, p. 43 vir 'n meer breedvoerige uiteensetting van die onderhoudvoerder se vaardighede).

### 1.5.2 Eenheid van ontleding

Die eenheid van ontleding van 'n studie sluit al die individue in wat aan die steekproefkriteria vir insluiting in die studie voldoen (Brink, 1996:213; Burns en Grove, 2005:753; Polit en Beck, 2004:290; Babbie, 2004:190).

Vir die doel van hierdie studie word die populasie beskou as alle verpleegpersoneellede wat op die diensstaat van die bestudeerde hospitaal verskyn, en aan-diens tydens 'n besering- en / of blootstellingsinsident aan moontlike infeksie met MIV blootgestel was.

### 1.5.3 Steekproef

Steekproeftrekking is die proses waartydens 'n onderafdeling van die teiken populasie vir insluiting in die studie aangewys word (Brink, 1996:214; Burns en Grove, 2005:750; Polit en Beck, 2004:290-291; Babbie, 2004:190-191).

Vir die doel van hierdie studie sal alle verpleegpersoneel uit alle hospitaalafdelings in die bestudeerde hospitaal wat gedurende hul aan-dienstyd tydens 'n besering- en / of blootstellingsinsident aan moontlike infeksie met MIV blootgestel was, gerieflikheidshalwe outomaties om deelname in die studie genader word. Die rede hiervoor is die relatief klein aantal personeellede wat daaglik deur prik- of spatongelukke aan moontlike MIV-infeksie aan-diens blootgestel word. Elke persoon wat aan die kriteria voldoen sal ná volledige berading en behandeling, oor insluiting in die studie genader word. Indien die blootgestelde personeel daartoe instem, sal hulle as deelnemers bygevoeg word om akkuraatheid te verseker en sydigheid te vermy, totdat data saturasie bereik word (Babbie, 2004:190-191; Burns en Grove, 2005:750).

Data saturasie sal die steekproefgrootte bepaal. Indien die deelnemers aan 'n studie goeie inligting verskaf en doeltreffend kan kommunikeer, kan saturasie van data met 'n relatief klein streekproef bereik word (Polit en Beck, 2004:308). Polit en Beck (2004:309-310) stel dit duidelik dat fenomenologiese studies dikwels op klein getalle deelnemers (tipies tien of minder) berus. In hierdie studie word voorsien dat 'n minimum van 10 - 15 verpleegpersoneel in die studie ingesluit sal word, aangesien saturasie waarskynlik binne hierdie aantal deelnemers bereik sou kon word. Sodra data saturasie bereik is, sal hierdie reeks onderhoude gestaak word. Indien saturasie nie binne vyftien personeellede bereik

word nie, sal die studie verleng word om meer deelnemers in te sluit (Polit en Beck, 2004:308).

Die insluitingskriteria sou bepaal dat slegs gewillige Afrikaans- of Engelssprekende verpleegpersoneel in die studie ingesluit kon word. Die taal van keuse vir die onderhoud (Afrikaans of Engels) moet goed aan beide die deelnemer en die onderhoudvoerder bekend wees. Enige deelnemer wat nie heeltemal gemaklik in een van die twee aangewese tale is nie, sal uitgesluit word. Verder moet die deelnemers in die hospitaal se blootstelling- en bewakingsproses ingesluit wees om te verseker dat die verwysingsraamwerk en terme wat gebruik word, aan almal bekend is.

Personeel wat reeds ten tye van die besering- / blootstelling-aan-diens insident MIV-positief toets, sal uit die studie uitgesluit word, aangesien die risiko om aan-diens met die virus geïnfekteer te word nie meer bestaan nie.

## **1.6 VERKENNINGSONDERHOUD**

In kwalitatiewe navorsing bestaan die moontlikheid dat 'n navorsingsvraag nie die gewenste data sal produseer nie, en daarom word 'n verkenningsonderhoud dikwels onderneem. 'n Verkenningsonderhoud is 'n kleiner weergawe van die voorgestelde studie wat as proef uitgevoer word om die uitvoerbaarheid van die metodologie (byvoorbeeld die data versamelingsproses) te toets, ontwikkel, verfyn of aan te pas (Brink, 1996:213; Burns en Grove, 2005:746; Polit en Beck, 2004:196).

In die beoogde navorsing sal voorsiening gemaak word vir die uitvoer van 'n verkenningsonderhoud met twee blootgestelde personeellede om die navorsingsvraag te toets, te bepaal hoe lank individuele onderhoude per deelnemer sal duur, of die navorser se tegniek aanvaarbaar en gebruiksvriendelik is, en of die vraag toepaslike en geloofwaardige data sou kon produseer. Indien geloofwaardige resultate bereik word, sal die inligting wat bekom word as deel van die navorsing benut kan word, anders sal dit gebruik word om die navorsingsvraag, tegniek of metodologie te wysig.



Die vraag, “*Beskryf u belewenis ten opsigte van die moontlike blootstelling aan MIV na u besering- of blootstelling-aan-diens insident*”, sal aan alle deelnemers gestel word. Die verkenningsonderhoud sal uitwys of die deelnemers se respons hierop die verlangde inligting sal verskaf.

## **1.7 DATA VERSAMELING**

Alle personeel wat moontlik in aan-dienstyd aan MIV blootgestel is, sal om deelname aan die studie genader word. Daar sal ten tye van die blootstellingsinsident verduidelik word dat 'n reeks van twee in-diepte onderhoude met die navorser in die infeksiebeheerkantoor beoog word. Indien die blootgestelde personeellid instem, sal die navorser 'n afspraak met elke deelnemer maak om te verseker dat voldoende privaatheid en tyd aan die onderhoud afgestaan kan word. Om die personeellid op haar gemak te stel, sal die twee onderhoude na-ure, tussen skofruilings of tydens geskeduleerde breuke in die personeel se skofte by die hospitaal gevoer word.

Nadat die doel en die proses van die onderhoude die eerste keer kortliks aan die deelnemer verduidelik en skriftelike toestemming daartoe verkry is, sal die onderhoude op oudioband vasgelê en so gou moontlik na elke onderhoud deur die navorser self opgesom, oorgeskryf en geliasseer word. Enkele veldnotas oor die waarneming van nie-verbale kommunikasie patrone of ander verskynsels, sal met die deelnemer se toestemming, tydens die onderhoud aangeteken word (Polit en Beck, 2004:332-349).

Kort opsommingsverslae oor die studie sal bygehou en insidente en notas sal in 'n dagboek aangeteken word om latere oudit van die navorsingsproses te vergemaklik.

## **1.8 VERSEKERING VAN DIE GELOOFWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE**

Brink (1996:124) definieer geloofwaardigheid in kwalitatiewe navorsing as die akkuraatheid en egtheid van die wetenskaplike bevindinge, gesien vanuit die leser se oogpunt. Daar is bepaalde aspekte van geloofwaardigheid wat in kwalitatiewe navorsing van belang is, te wete geloofwaardigheid (“credibility”, “truth value”), oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid (Polit en Beck, 2004:430).

### 1.8.1 Waarheidsgetrouheid

In kwalitatiewe navorsing verwys waarheidsgetrouheid na die deursigtigheid, eerlikheid en egtheid wat in die studie waargeneem kan word, en of die temas wat deur die navorsers geskep is werklik die kategorieë van menslike ervarings verteenwoordig of meet. Die interne ooreenkoms tussen die navorser se interpretasie en die werklike getuigenis word as maatstaf vir waarheid gebruik (Brink, 1996:124). Waarheid kan deur periodes van verlengde veldwerk of intense waarneming van die deelnemers gedemonstreer word (Polit en Beck, 2004:430-431, 437).

In hierdie studie sal waarheidsgetrouheid deur die volledigheid van die inligting wat versamel word, asook deur die deelnemers se belewenis op 'n getroue wyse weer te gee, verseker word.

### 1.8.2 Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid of veralgemeenbaarheid dui op hoe toepaslik die resultate van die studie na ander soortgelyke situasies of steekproewe veralgemeen kan word. 'n Behoefte mag bestaan dat die gevolgtrekkings van 'n klein steekproef deelnemers wyer toegepas word, of dat verskille en ooreenkomste in ander situasies toepaslik gemaak word, wat die navorsingsgevolgtrekkings in hierdie studie meer waardevol kan maak (Silverman, 1997:202; Polit en Beck, 2004:435-436).

In hierdie studie sou veralgemening na ander persone slegs moontlik kon wees indien diegene dieselfde blootstelling in dieselfde hospitaal ondergaan het, of ten minste 'n soortgelyke risiko vir blootstelling aan MIV aan-diens sou loop. In so 'n geval, sou 'n gevolgtrekking daarvoor gemaak kan word.

Duplisering van die studie in 'n tweede hospitaal mag egter ooreenstemende leemtes of sterk punte in daardie instansie uitwys.

### 1.8.3 Vertroubaarheid

Vertroubaarheid word bepaal deur tot watter mate gevolgtrekkings in die navorsing die waargenome werklikheid doelgerig weerspieël, en of die leser daarmee aanklank kan vind. In wese moet die versamelde inligting en aangetekende waarnemings tot beter begrip van die ervaringe van die deelnemers bydra (Silverman, 1997:202). Polit en Beck (2004:435) verwys na die potensiaal vir kongruensie tussen twee of meer onafhanklike persone oor die data se akkuraatheid, betekenis of bydrae.

Die gebruik van oudiobande verhoog die geloofwaardigheid van 'n kwalitatiewe navorsingstudie, hoewel die interpretasie van die inligting wat daarop vasgelê is, steeds subjektief sal wees. In die studie sal die navorser verseker dat tegniese kwaliteit van die toerusting en die omvattende insluiting van die oudiobande se data van 'n hoë standaard is, sodat die tussenspel tussen verbale- en nie-verbale kommunikasie weerspieël sal word. Die rekords, insluitend veldnotas, oudiobande,, onderhoud transkripsies, en die verskeie hersienings van die verhandelingsdokument sal bewaar word. Die doel hiervan is om bewys van die navorsing te kan lewer sodat 'n onafhanklike ouditeur wat later die rekords bestudeer, tot duidelike gevolgtrekkings oor die data en studieproses sou kon kom (Brink, 1996:124; Silverman, 1997:207-217; Polit en Beck, 2004:435).

### 1.8.4 Bevestigbaarheid

Bevestigbaarheid verwys na die stabiliteit van die data oor tyd en verskillende omstandighede, en kan deur 'n saamvallende of latere stapsgewyse duplisering van die studie in dieselfde of 'n tweede hospitaal, of 'n ondersoekoudit verseker word. Gedurende 'n ondersoekoudit word die data en relevante ondersteunende dokumente deur 'n eksterne nasiener bestudeer, en aanbevelings oor aanvaarbaarheid en bevestigbaarheid gemaak (Polit en Beck, 2004:434-435; Burns en Grove, 2005:73-75, 772).

Deur dieselfde navorsingsvraag na drie maande weer te herhaal, word voorsien dat die studie se geldigheid verseker kan word indien gekontroleer word of die navorser se interpretasie van die inligting tydens die eerste onderhoud korrek was.

## 1.9 ETIESE VRAAGSTUKKE

Etiese vraagstukke in interaktiewe navorsing het te doen met aspekte van verpligting, regte, plig, begrip van reg en verkeerd, gewete, keuse, bedoeling en verantwoordelikheid tydens die data versamelingsproses. Die verwerking van data en gevolglike bekendmaking van die bevindinge moet deurlopend op grond van etiese beginsels plaasvind. Etiese beginsels omvat respek vir persone, regverdigheid en veiligheid, met die bedoeling om nie skade aan deelnemers te berokken nie (Brink, 1996:38–49; Burns en Grove, 2005:735, 180-182; Trochim, 2002:Intyds; Polit en Beck, 2004:143-154; Babbie, 2004:63, 71-72, 80, 306-307).

Tydens die beoogde studie sal alle versamelde data streng konfidensieel hanteer word, met slegs 'n verwysingsnommer wat aan elke deelnemer toegesê sal word om anonimiteit van inligting te verseker. Konfidensialiteit ten opsigte van alle ander persone, uitsluitend die navorser self, sal verseker dat die deelnemers se waardigheid en privaatheid gerespekteer word. Gebruikte oudiobande sal agter slot en grendel bewaar word en na afloop van bekendmaking van die bevindinge vernietig word.

Voordat die studie onderneem word, sal toestemming van beide die Etiekkomitees van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat en die bestudeerde hospitaal verkry word (verwys na Bylaag B). Vorderingsverslae oor die navorsing sal aan die komitees voorgelê word, indien verlang word. Om die hospitaal en navorser te beskerm, sal elkeen van die individuele blootgestelde verpleegpersoneel skriftelik ingeligte toestemming vir insluiting tot die studie verleen. Die deelnemers sal verseker word dat hulle enige tyd vrywilliglik van die studie mag onttrek indien hulle dit sou verkies (Brink, 1996:42–45; Polit en Beck, 2004:151). Personeel sal onder geen verpligting wees om deel te neem nie. Indien 'n deelnemer nie weer 'n bepaalde herinnering wil herleef of daaroor wil praat nie, sal dit so aanvaar word, en slegs 'n nie-gespesifiseerde nota sal daarvoor gemaak word. Die beginsel van outonome vrywillige deelname, sonder vergoeding van deelnemers, sal gehandhaaf word (Brink, 1996:39; Research Office. University of the Witwatersrand - Research Ethics 2004:Intyds; Polit en Beck, 2004:151-154).

Die toestemmingsbrief sal, na gelang van die deelnemer se voorkeur, in Afrikaans of Engels aan die deelnemers verskaf word (verwys na Bylaag B).

Die onderhoude sal na gelang die deelnemer se voorkeur in Afrikaans of Engels gevoer word om moontlike misverstande uit te skakel. 'n Bandopnemer sal met die toestemming van die deelnemer gebruik word om die onderhoud op oudioband vas te lê, en veldnotas sal tydens en na die onderhoud geneem word. Ten spyte van hierdie maatreëls, onderneem die navorser om die deelnemers se reg op welsyn, waardigheid en privaatheid te erken, en nie enigeen in 'n posisie te plaas waar skade weens deelname aan die studie aan hulself of hul identiteit aangerig sal word nie (Brink, 1996:38–41; Polit en Beck, 2004:151-154, 346-349). Indien daar 'n konflik van belange ontstaan, sal dit so aangeteken word, met die verstande dat die navorser se eerste verantwoordelikheid teenoor die veiligheid van die deelnemer is (Research Office. University of the Witwatersrand - Research Ethics 2004:Intyds).

Indien dit tydens een van die twee onderhoude nodig sou wees, mag die navorser 'n deelnemer na 'n tweede of alternatiewe hulpbron vir bykomende maatskaplike of psigoterapeutiese berading of krisishantering verwys.

Om objektiwiteit te verseker, moet die navorser reeds voor die verkenningsonderhoud bepaal watter vooropgestelde persoonlike opinies en oortuigings oor die belewenis van blootgestelde personeel moontlik geformuleer kon gewees het, met die doel om dit bewustelik tydens die studie te vermy. Brink (1996:120) dui aan dat die navorser slegs tydens die studie ontvanklik kan wees indien verwagtinge oor die studiebevindings en vooropgestelde idees vooraf geskrap is.

'n Volledige literatuurstudie sal eers na afloop van die insameling en verwerking van die data gedoen word, om beïnvloeding van die navorser daardeur te voorkom en te toets of ander bronne die studie se resultate steun, al dan nie.

## 1.10 DATA ONTLEDING

Data ontleding behels die kontrastering en vergelyking van die finale data om gemeenskaplike patrone, temas of neigings te identifiseer. Die inligting moet gesif, gerangskik en beskryf word, om 'n duidelike en verstaanbare opsomming te skep, wat later vir die verpleegberoep en ander navorsers van nut kan wees (Tesch; 1990: 37-38, 92; Brink, 1996:120).

Na afloop van elke individuele onderhoud sal onmiddellike transkribering en aanvanklike data strukturering, uiteensetting en ontleding begin en deurlopend gedoen word om tendense te identifiseer en die punt van saturasie te bepaal. Formele ontleding sal nader aan die einde van die kwalitatiewe studie begin. Aanhalings uit die onderhoude sal as illustrasie aangewend word om die interverwanskap en subjektiewe ervaringsaspekte van die deelnemers se unieke ervarings uiteen te sit (Pope, 2000:114).

## 1.11 DIE WAARDE VAN DIE NAVORSING

Die privaat hospitaalgroep lê klem op die lewering van gehalte diens aan kliënte, insluitend die personeel op die diensstaat. Aangesien die bestudeerde hospitaal se MIV besering- en / of blootstelling-aan-diens protokol geskoei is op die privaat hospitaalgroep se algemene infeksiebeheerriglyne, (privaat hospitaalgroep se Infeksie-beheerhandleiding, 2003), sou bevindinge oor dienslewering aan die personeel na ander hospitale in die groep veralgemeen kon word. Indien byvoorbeeld bevind word dat blootgestelde verpleegpersoneel in die bestudeerde hospitaal leemtes in die hanterings- of bewakingsprotokol ervaar het, mag die navorsing waarde kon toevoeg aan die diens in die groter maatskappy se verpleeg- en gesondheidswerker komponent. Die inligting sou byvoorbeeld benut kon word tot die saamstel van 'n meer verfynde standaard hanteringsprotokol vir die hele maatskappy.

Op mikrovlak, sou die navorser wou weet of die subjektiewe waarneming dat die personeel nie almal met die diens gelukkig is nie, akkuraat is of nie. Bevindinge hieroor sou sonder twyfel die kwaliteit van dienslewering aan die hospitaal se personeel kon bevestig of weerlê.

Daar word beoog om die algemene bevindinge van die navorsing in die Infection Control Journal, Suid-Afrikaanse Teaterverpleegkundige Tydskrif (SATS) en die Medi-Clinic Millieu te laat publiseer om 'n wyer kring van gesondheidspraktisyns te bereik. 'n Aanbieding word vir die dagseminaar van die Multidissiplinêre en Infeksiebeheer Indaba van die Vrystaat streek gedurende 2007 beplan om die moontlike bevindinge spesifiek onder infeksiebeheerpraktisyns te versprei en algemene debat uit te lok.

## **1.12 UITEENSETTING VAN DIE STUDIE HOOFSTUKKE**

- **Hoofstuk 1** Inleiding en probleemstelling
- **Hoofstuk 2** Navorsingsmetodologie
- **Hoofstuk 3** Data ontleding, -interpretasie en literatuurkontrole
- **Hoofstuk 4** Gevolgtrekkings en aanbevelings  
Afrikaanse en Engelse opsommings van die studie
- **Bibliografie**

## **1.13 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die navorsingsprobleem gestel en die beoogde studie kortliks uiteengesit.

In die volgende hoofstuk sal die navorsingsmetodologie breedvoerig bespreek word.

## HOOFSTUK 2

### NAVORSINGSMETODOLOGIE

#### 2.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodologie wat tydens die studie gevolg is beskryf, sodat die navorsingsontwerp duidelik word en bewys gelewer word van hoe die navorser die kwalitatiewe navorsingsproses toegepas het. Die eenhede van ontleding, navorsingstegniek, uitvoering van die verkenningsonderhoud en die gevolglike data-versamelingsproses sal uiteengesit word, waarna aan data ontleding en die etiese aspekte, om die betroubaarheid van die studie te verseker, aandag geskenk sal word.

#### 2.2 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp dien as 'n gids met aanwysings tot die verskillende stappe wat gevolg is om die navorsingsprobleem aan te spreek (Burns en Grove, 2005:49, 232-233; 734). Om die doel van die studie te bereik, is 'n kwalitatiewe fenomenologiese beskrywende navorsingsontwerp geselekteer. Die navorser is van mening dat hierdie metode die vrae oor die ondersoekende en kontekstuele aspekte van 'n ondersoek na die lewenservaring van individue die beste sal akkommodeer.

##### 2.2.1 Fenomenologiese studie

Kwalitatiewe fenomenologiese navorsing is 'n induktiewe, beskrywende proses wat wetenskaplik ontwikkel is met die doel om bepaalde lewenservaringe van mense kontekstueel te bestudeer (Tesch, 1990:68; Brink, 1996:119-120; Burns en Grove, 2005:556-559, 745; Labuschagne, 2003:Intyds; Thomas, 2003:Intyds).

Die doel van 'n fenomenologiese studie is om bepaalde werklikhede en lewenservaringe soos deur verskeie deelnemers *self* beleef, geïnterpreteer en beskryf is, op te som, te verwerk en te bestudeer (Brink, 1996:119-120; Burns en Grove, 2005:557; Polit en Beck, 2004:253).



Hierdie studieontwerp is by uitstek geskik om die belewenis van individuele blootgestelde verpleegpersoneel mee te beskryf. In die studie is die woorde en beskrywings van die deelnemers ten opsigte van hul eie lewenservarings gebruik, sodat gevoelens en ervarings verwerk en met mekaar vergelyk kan word.

## 2.2.2 Beskrywende kwalitatiewe navorsing

Kwalitatiewe kontekstuele navorsing is gerig op die deelnemer se unieke wêreld, aangesien die individuele verwysingsraamwerk, persoonlike beskouinge van gebeure en die interpretasie daarvan tussen persone gaan verskil. Volgens Brink (1996:135) sou 'n navorser dikwels kwalitatiewe studies in areas waarvoor min kennis beskikbaar is oorweeg. In die geval van hierdie studie is min inligting in die Suid-Afrikaanse konteks oor verpleegpersoneel se belewenis van moontlike blootstelling in aan-dienstyd aan MIV-infeksie beskikbaar, en wou die navorser meer daaroor te wete kom.

Beskrywende kwalitatiewe navorsing beklemtoon die inagneming en omskrywing van die interaksie tussen die deelnemer, navorser en omgewing. Deur waarneming en ontleding moet die navorser insig in die betekenis wat deur individue self aan gebeure geheg is, ontwikkel. Beskrywende studies word aangewend om 'n akkurate weergawe van die kenmerke van 'n persoon, gebeure of groep in 'n werklike situasie weer te gee, sodat nuwe betekenis daaraan geheg kan word (Burns en Grove, 2005:65, 323, 576, 734).

Kwalitatiewe navorsing het 'n induktiewe benadering waartydens die fokus op 'n spesifieke situasie of persoon val, met woordbeskrywings as die eind resultaat (Burns en Grove, 2005:26, 44, 233, 535, 554-557). Dey (1993:Inlyds) beskou *woordbeskrywing* as 'n samesmelting van optrede, die bedoeling van die handelaar en die proses waartydens die optrede plaasvind. Soos deur Tesch (1990:24) en Brink (1996:119–120, 158) voorgehou, het die navorser gevind dat beskrywende data die maklikste deur die stel van ongestruktureerde vrae wat direkte aanhalings oor die deelnemers se persoonlike ervarings, waarnemings, opinies en houdings, versamel word. Hierdie aanhalings is later opgesom, ontleed en interpreteer.

In 'n beskrywende studie is helderheid, geloofwaardigheid en kontekstuele begrip 'n voorvereiste vir doeltreffende kwalitatiewe navorsing. Dis noodsaaklik dat die navorser insig in die belewenis van elke deelnemer moet ontwikkel. 'n Metodologiese nougesetheid met feitlike, etiese dokumentasie en ontledingspresiesheid wat die uiteindelijke waarde van die navorsing sal verseker, moet terselfdertyd toegepas word (Brink, 1996:119-120; Burns en Grove, 2005:55, 535, 566-569, 627, 628-629).

Die studie oor die verpleegpersoneel se belewenis ten opsigte van blootstelling aan moontlike MIV-infeksie aan-diens het 'n kwalitatiewe fenomenologiese beskrywende ontwerp. Daar is gepoog om die ware ervarings van blootgestelde kliniese verpleegpersoneel deur hul eie beskrywings van emosie en gebeure in woorde vas te vang en te verstaan. In die studie word getalle en persentasies dus slegs ter uitbouing van beskrywings gebruik, en nie vir kwantifisering van data nie.

### **2.2.3 Kontekstuele ontwerp**

Kwalitatiewe navorsing probeer nie om die konteks (verband of samehang) van 'n studie te beheer nie, maar eerder om dit met die geheel saam te smelt (Brink, 1996:13). Interpretasie en praktiese beredenering van enige data word deur die voorafgaande situasie, asook deur die navorser, wat as waarnemer 'n integrale deel van die navorsing vorm, beïnvloed (Silverman, 1997:117,119–121). Subjektiewe waarneming van die deelnemer word aangewend om laasgenoemde se ervaringe in konteks te bestudeer (Key, 1997; Intyds). Konteks-spesifieke data vereis dat die beskrywing van die geselekteerde gebeure, die reaksie van die deelnemer daarop, en enige waarnemings tydens die data-versamelingsproses volledig aangeteken word, sodat 'n leser homself moeiteloos daarmee kan vereenselwig (Key, 1997:Intyds; Burns en Grove, 2005:28, 627; Polit en Beck, 2004:434-435).

In die konteks waarin 'n persoon dit op daardie oomblik in tyd beleef het, het die ervarings van die blootgestelde verpleegpersoneel vir elkeen 'n unieke betekenis. Die gevolg is dat hierdie ervarings individueel nagevors en beskryf moes word om reg daaraan te laat geskied.

## 2.3 EENHEID VAN ONTLEDING

Vir die doel van hierdie studie, is die populasie alle verpleegpersoneellede wat ten tye van die navorsing op die verplegingdiensstaat van die bestudeerde hospitaal verskyn het. Die teikenpopulasie is die verpleegpersoneel wat aan-diens weens 'n besering (soos 'n prik met 'n gebruikte naald) of ander blootstellingsinsident aan moontlike MIV blootgestel was, en gevolglik as eenhede of elemente van ontleding dien.

### 2.3.1 Steekproefseleksie

Die keuse van 'n steekproef is afhanklik van die navorsingsontwerp (Brink, 1996:135). Volgens Brink is 'n steekproef 'n "deel van die geheel" of elemente wat deur die navorser geselekteer word om aan 'n studie deel te neem. Seleksie van elemente vind plaas op grond van sekere kenmerke waaroor die navorser meer inligting wil bekom (Brink, 1996:133,213-214; Burns en Grove, 2005:216, 346, 350-354, 610, 806; Polit en Beck, 2004:291).

'n Steekproef moet so versigtig moontlik getrek word, sodat die inligting oor die verskynsel wat uit hierdie geselekteerde groep elemente bekom word, moontlik op ander dele van die totale populasie van toepassing gemaak kan word (Brink, 1996:214; Burns en Grove, 2005:342-344, 582, 810; Polit en Beck, 2004:292). In die geval van hierdie studie bestaan die steekproef uit alle blootgestelde verpleegpersoneel wat tydens 'n skerpvoorwerp besering- en / of blootstelling-aan-diens, aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is. Omdat die getal personeel wat aan hierdie vereiste voldoen klein is, is geen steekproeftrekking onderneem nie, en is alle blootgestelde personeel wat aan die kriteria voldoen het gerieflikheidshalwe om deelname tot insluiting genader. Hoewel Polit en Beck daarop dui dat gerieflikheidstrekking die swakste moontlike vorm van steekproeftrekking in heterogene populasies is, is in die studie bevind dat 100% van alle kwalifiserende personeel wat om deelname genader is, toestemming daartoe gegee het, wat weer as 'n voordeel beskou word (Polit en Beck, 2004:292).

Die kenmerke van die teikenpopulasie vorm die insluitingskriteria waaraan die eenhede of elemente van ontleding moet voldoen.

### 2.3.2 Insluitingskriteria

Die insluitingskriteria is 'n omvattende lys van al die kenmerke van seleksie in die teikenpopulasie. Die navorsingsprobleem, die konseptuele definisie en doel van die studie dra tot die ontwikkeling van hierdie kriteria by. Kriteria moet logies en omvattend gedefinieer wees om nie die steekproefgrootte te beperk, of die seleksie van 'n steekproef te voorkom nie (Brink, 1996:133; Burns en Grove, 2005:342-343).

Vir die doel van die studie is die volgende insluitingskriteria van toepassing:

- Alle Afrikaans- of Engelssprekende verpleegpersoneel van die bestudeerde hospitaal wat sedert 01 Maart 2004 aan moontlike MIV-infeksie tydens blootstelling- / besering-aan-diens insidente blootgestel is.
- Die deelnemers moes almal op die hospitaal se amptelike bewakingslys verskyn het om te verseker dat die verwysingsraamwerk, terme en standaard blootstellingsprosedure wat gebruik is, aan almal bekend was.
- Die blootstelling moes tydens amptelike diensure op die hospitaalterrein tydens die uitvoer van pasiëntsorg plaasgevind het.
- Die blootgestelde personeellid moes by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging registreer wees en as sulks op die bestudeerde hospitaal se diensstaat verskyn, en aan alle ander personeelkriteria voldoen. Gevolglik is beide geregistreerde professionele en -leerlingverpleegkundiges van die hospitaal se privaat leerskool in die studie ingesluit.
- Die eerste ongeveer twaalf weke van die amptelike ses maande bewakingsperiode vir elke deelnemer is in die navorsingsperiode ingesluit. Die eerste onderhoud het so gou moontlik na die blootstellingsinsident plaasgevind om te verseker dat die gebeure vars in die deelnemer se geheue is.

### 2.3.3 Steekproeftegniek

Vir die studie oor die ervaring van blootstelling aan moontlike MIV-infeksie is alle instemmende verpleegpersoneel wat vanaf 01 Maart 2004 in dienstyd aan moontlike infeksie met MIV blootgestel is, in die steekproef ingesluit. Gerieflikheidshalwe is die deelnemers in die volgorde waarin die blootstellings plaasgevind het, gelaat. In-diepte onderhoude is met al 12 studie deelnemers gevoer, totdat saturasie van inligting na vier maande en twaalf [eerste] onderhoude verkry is. Hierna is die insluiting van nuwe deelnemers tot die studie gestaak.

### 2.3.4 Steekproefgrootte

Hoe groter die populasie waaruit die steekproef getrek word, hoe progressief kleiner is die proporsie van elemente wat getrek moet word. In kwalitatiewe studies dien saturasie van inligting as die bepaler van die steekproefgrootte en nie die aantal deelnemers nie. (Brink, 2001:142-143; Burns en Grove, 2005:358-359). Data saturasie is dus as die maatstaf vir die steekproefgrootte in die studie gebruik. Saturasie van data word bereik wanneer temas en beskrywings begin herhaal, sonder dat enige nuwe data versamel word (Polit en Beck, 2004:57). 'n Te groot aantal deelnemers mag as oneties beskou word omdat persone onnodig by die navorsing betrek en blootgestel is nadat saturasie bereik is. Te veel deelnemers mag aspekte van belang verdoesel en die ontledingsproses kompliseer. 'n Te klein steekproef het die groter waarskynlikheid dat temas individueel van aard is, en dat data verlore kan gaan (Brink, 2001:142-143; Burns en Grove, 2005:358).

Aangesien die getal persone wat maandeliks in die bestudeerde hospitaal aan skerpvoorwerpinggelukke of spatsels menslike liggaamsvloeistof in die gesig blootgestel klein en onvoorspelbaar is, is besluit om al die blootgestelde en gewillige personeel by die studie te betrek. Insluiting is volgehou totdat saturasie van inligting na vyf maande met 'n totaal van twaalf deelnemers (N=12) bereik is.

## 2.4 NAVORSINGSTEGNIEK

Die doel van 'n navorsingstegniek is om 'n metode te vind waardeur die inligting van belang versamel kan word (Brink, 1996:13). Kwalitatiewe navorsing versamel verhalende (beskrywende) data oor mense se ervarings, opinies, houdings, waardes en waarnemings, sonder die gebruik van gestruktureerde meetinstrumente. Hiervoor is interpersoonlike kontak deur gesprek- en onderhoudvoering ideaal (Brink, 1996:13; Burns en Grove, 2005:361-366, 397). Volgens Mills, aangehaal deur Tesch, (1990:96) is hierdie deel van die navorsingsproses een van "intellectual craftsmanship" aangesien die navorser persoonlike redenasie en interpretasie benut, en self as instrument optree.

Twee individuele, in-diepte onderhoude is met elk van die deelnemers gevoer om die aard en omvang van hul belewenis na die besering- / blootstelling-aan-diens te bepaal. Die eerste het so kort moontlik net na die blootstellingsinsident, terwyl die personeellid se ervaring nog vars in die geheue gelê het, plaasgevind. Die tweede is drie maande later, aan die einde van die bewakingsperiode, afgehandel.

### **2.4.1 Die onderhoud**

Die onderhoude wat met die individuele deelnemers gevoer is, het tot wedersydse ontginning van kennis en verwerking van gevoelens by die deelnemers asook die navorser aanleiding gegee. Holstein en Gubrium (Silverman, 1997:113) hou voor dat 'n onderhoud 'n spesiale vorm van spontane gesprekvoering is, wat empiriese data oor die sosiale wêreld produseer deur mense te vra om oor hul lewens te praat. Dit skep 'n geleentheid om inligting te verwek en insig te bewerkstellig. Betekenisvolle onderhoudvoering is grootliks op gevoelens van wederkerige gemoedelikheid en intimiteit gegrond (Silverman, 1997:117,119–121). In die studie het die navorser en die deelnemer oor die gebeure en gevoelens rondom die blootstelling-aan-diens gesels, wat tot beide die ontwikkeling van insig en die versameling van data gelei het.

Goeie onderhoude behoort oor 'n onderwerp, 'n bepaalde rolverdeling en 'n formaat vir gesprekvoering te beskik. In die konteks van hierdie studie was die onderwerp die blootstellingsinsident en die personeellid se belewenis van die gebeure daaromheen; terwyl die deelnemer die bron van inligting en die verteller van die verhaal waaruit die data versamel was; die onderhoud die formaat wat gevolg is, en die onderhoudvoerder het as instrument opgetree (Polit en Beck, 2004:268). Die deelnemer het aktief antwoorde geformuleer en gebou, nadat die onderhoudvoerder die gesprek met oop-einde vrae geaktiveer het om die deelnemer se kennis te bekom. Die inligting is sonder direkte leiding op die besprekingspunt van toepassing gemaak. Die deelnemer se kennis, perspektiewe, rolle, definisies en oriëntasie ten opsigte van die besprekingsonderwerp is in die proses onthul. Die onderhoudvoerder het die gesprek doelgerig gehou deur aanknopingspunte te skep, en daardeur 'n geleentheid te bied om onduidelikhede uiteen te sit (Silverman, 1997:119–121).

Dinamiese, betekenisvolle en ongestruktureerde gesprekvoering gee dikwels nuwe betekenis aan gebeure en mag selfs 'n bepaalde begrip van die werklikheid in die deelnemer laat ontstaan. Tydens interaksie met die navorser word hierdie begrip en opinies aktief deur die deelnemer gevorm, en nie slegs ervarings en gevoelens gekommunikeer nie. Veral in die tweede reeks van onderhoude met sommige van die blootgestelde deelnemers het hierdie verheldering van begrip na vore gekom, en het van die deelnemers aan die einde van die onderhoud aangedui dat hulle nuwe insig in gebeure kon vind. Onderhoud data word dus onvermydelik op 'n interaktiewe "soek-en-ontdek" wyse versamel, wat 'n bepaalde sensitiwiteit en subjektiewe bewustheid tydens interpretasie daarvan vereis. Hoe die interaksie tydens die onderhoud tot die ontwikkeling van betekenisvolle kennis bygedra het, is dikwels net so insiggewend as watter kwessies aangeraak is; wat die inhoud van vrae was, of watter inligting deur die deelnemer aangebied is (Labuschagne, 2003:Intyds; Thomas, 2003:Intyds).

Baker beskou die deelnemers aan die onderhoud as bevoegde waarnemer-ontleders van die wederkerige interaksie (Silverman, 1997:131). In die studie is selfdissipline tydens die onderhoude toegepas sodat daar nie met 'n deelnemer se inligting "ingemeng" is nie. Soos aanbeveel is aktief tydens onderhoude gepoog om alle vooroordeel opsy te skuif, eie opinie te onderdruk en stereotipering aktief te vermy. Die navorser het verder gelet op die ontginning van gevoelens, en het deurlopende selfontleding toegepas om persoonlike gevoelens wat begrip kon teëwerk, tydig te identifiseer (Silverman, 1997:118-120; Burns en Grove, 2005:232). Deur 'n nota met hierdie voorskrifte byderhand te hou wanneer onderhoude transkribeer of bestudeer is, het die navorser aktief na hierdie vlak van objektiwiteit gestreef. Mettertyd is gevind dat, soos die data verwerk is, die proses makliker geword het.

#### **2.4.1.1 Die in-diepte onderhoud**

In-diepte onderhoude is nie-rigtinggewende onderhoude met geen beperking op inhoud nie, waar die deelnemer die leiding neem oor wat bespreek word en die onderhoudvoerder slegs die algemene onderwerp aandui. Die doel van die in-diepte onderhoud is om die deelnemers te kry om vryelik oor hul ervarings en emosies tydens en net na blootstelling-aan-diens te praat, sonder dat die navorser se opinies daarop inbreek maak. Elke persoon beleef en verwerk bepaalde gebeure op 'n unieke wyse en uit 'n individuele perspektief, en

individuele onderhoude is 'n uitstekende wyse om goeie kwaliteit data te bekom (Brink, 1996:158; Polit en Beck, 2004:234,347-348, Babbie, 2004:300-302). Dit is hierdie aspekte waarin die navorser belang gestel het, en waar die in-diepte onderhoud ideaal as instrument in hierdie studie van waarde was. In effek het die navorser slegs geluister na wat die deelnemers te vertel gehad het, en dit na verwerking weer oorgedra.

#### **2.4.1.2 Voordele van 'n in-diepte onderhoud**

'n In-diepte onderhoud bied 'n geleentheid om inligting te ontdek, te bou, en nie net te kommunikeer nie (Silverman, 1997:113). Die reeks onderhoude met die deelnemers het werklik in "ontdekkingsreise" ontwikkel. Deur neutrale gesprekvoering het die navorser inligting versamel en tot insig oor die deelnemers se belewenis ten opsigte van hul blootstelling gekom, terwyl die deelnemers self die geleentheid gehad het om in 'n atmosfeer van aanvaarding hul emosies aktief te lug en openlik oor die gebeure te praat (Brink, 1996:153,158-159; Burns en Grove, 2005:396-398; Polit en Beck, 2004:347-348).

Die in-diepte onderhoud as instrument het voordeel daarin dat dit goeie terugvoer verskaf, aangesien dit meer soos 'n gesprek met 'n bepaalde doel vloei. Die "gesprek" word in die taal waarmee die deelnemers die gemaklikste is en waarin hulle aan gevoelens uiting kan gee, gevoer. In die geval van die studie is die vrye assosiasie van idees tydens die onderhoude as 'n bepaalde voordeel beskou, aangesien die navorser aanhalings uit die deelnemers se terugvoer vir data ontleding wou benut. "Gesprek" het verder die voordeel dat dit nie gestruktureerd is nie. Data wat so versamel is, het alles waarde, selfs wanneer die navorser nie oor genoeg inligting oor die gebeure beskik om vooraf vrae te struktureer nie. Vrae vloei uit die gesprek voort. Tydens 'n onderhoud kan die navorser met aanmoedigende sinsnedes aan die deelnemer geleentheid bied om op stellings uit te brei of verklarings daarvoor te gee: "Deur te sê jy verstaan nie hoe die geneesheer se kop werk nie, bedoel jy.....?" (Brink, 1996:158; Babbie, 2004:300; Polit en Beck, 2004:347-348; Burns en Grove, 2005:397-398).

In 'n in-diepte onderhoud kan 'n breër spektrum van komplekse gevoelens en emosie akkommodeer word, omdat die data as beskrywing weergee word. Onderhoud data kan vir verifiëring uit ander bronne aangevul word. In hierdie studie is bykomende dokumentasie soos insidentverslae, gebeurtenis- en behandelingsrekords van die Menslike



Hulpbron Afdeling vir data aanvulling en -bevestiging gebruik (Brink, 1996:153,158-159; Burns en Grove, 2005:224-227).

Die plooibaarheid van die in-diepte onderhoud as instrument laat toe dat die navorser die deelnemer se nie-verbale gedrag waarneem, om die kongruensie daarvan in die lig van die mededelings te vergelyk (Tesch, 1990:23; Brink, 1996:13; Silverman, 1997:113–117). Op hierdie wyse het die navorser 'n deelnemer se verbale response tydens die twee onderhoud bevraagteken, omdat die nie-verbale respons nie die verbale boodskap ondersteun het nie. Na deeglike beskouing van die onderhoud en veldnotas, is tot die slotsom gekom dat die deelnemer eerder gesê het wat sy of hy dink die navorser wou hoor, as om openlik oor ware gevoelens te wees.

#### **2.4.1.3 Nadele van 'n in-diepte onderhoud**

In-diepte onderhoude is nie net voordelig nie, maar het die potensiaal vir vooroordeel; foutering; afdwaling van die punt; misverstand of verwarring, wat voortdurend beheer moet word. Holstein en Gubrium (in Silverman, 1997:113) beweer egter dat 'n deelnemer die regte antwoorde sal gee indien die onderhoudvoerder die vrae korrek vra. Indien 'n in-diepte onderhoud beskou word as 'n waardevolle geleentheid waartydens kennis opgedoen kan word, het die proses tog 'n betekenisvolle plek in enige studie.

Brink (1996:153,159) en Burns en Grove (2004:397-398) wys op die beperkinge van ongestruktureerde in-diepte onderhoude, waarvan die vaardigheid van die navorser die belangrikste is. Hoe meer ongestruktureer die onderhoud, hoe meer ervaring of opleiding benodig die navorser. Onderhoude duur langer as vraelyste om af te handel, hoewel die kwaliteit en omvang van die versamelde data gewoonlik opmaak vir die ongerief om onderhoude te skeduleer en na te kom (Brink, 1996:153,159; Burns en Grove, 2005:397; Polit en Beck, 2004:348). Vir hierdie studie is beplan om die in-diepte onderhoude na-ure of in personeel se geskeduleerde skofbreuke in te pas, om nie werkstyd te onderbreek nie.

'n Volgende stremming is die moontlikheid dat die navorser 'n deelnemer kan beïnvloed deur oorbekendheid, die hiërargiese rangorde wat in die hospitaal bestaan, individuele optrede, persoonlike vraagstelling, of by wyse van onbuigsame gesprekvoering. Mense toon dikwels 'n natuurlike geneigdheid om sosiaal-aanvaarbare response te verskaf, en sal eerder reageer soos van hulle verwag word om byvoorbeeld teleurstelling, konflik, probleme of 'n negatiewe reaksie te vermy; of om tyd te spaar (Brink, 1996:153; Polit en

Beck, 2004:350-351). Vir die doel van die studie is hierdie menslike verskynsels in aanmerking geneem en voorsiening daarvoor deur die navorser se bekendheid met die deelnemers, asook die toepassing van onderhoudtegnieke wat die deelnemers op hul gemak gestel het, getref.

Die risiko dat deelnemers sosiaal aanvaarbare antwoorde mag verskaf omdat hulle angstig is oor die oudiobandopnames en notas wat gemaak word, was in hierdie studie 'n bepaalde faktor. Deelnemers kon moontlik voel dat hulle nie hul woorde op skrif of band vasgelê wou hê nie, en kon uit vrees dat die werklikheid swak op hulle mag reflekteer, minder openhartig wees (Brink, 1996:153,159; Burns en Grove, 2005:397, 541-542; Polit en Beck, 2004:347). Om die risiko te verminder, was dit van die begin af aan die deelnemers duidelik gemaak dat almal heeltmaal vrywillig aan die studie deelneem, en eerder nie ingesluit moet word indien hulle onseker oor die proses of navorser se betroubaarheid is nie. Die konfidensialiteit van die inligting op die bande of notas en die beperkte toegang daartoe is aan die begin van die studie aan elke deelnemer oorgedra. Hierdie aspek was skriftelik in die toestemmingsdokument, wat elke deelnemer voor die eerste onderhoud onderteken het, opgeneem (verwys na Bylaag B).

Om te bepaal watter potensiële probleme op die in-diepte onderhoud as gekose navorsingstegniek in die studie van toepassing mag wees, is 'n verkenningsonderhoud onderneem om die geldigheid van die navorsingsvraag en –ontwerp te toets.

## **2.5 VERKENNINGSONDERHOUD**

'n Verkenningsonderhoud met twee blootgestelde personeellede is uitgevoer om te verseker dat die verlangde inligting wel versamel sou kon word en enige onverwagte faktore vooraf te probeer vasstel (Brink, 1996:213; Burns en Grove, 2005:42, 396; Polit en Beck, 2004:196).

Die voordeel om die verkenningsonderhoud uit te voer is drieledig: Eerstens kon die navorser toets of die sentrale navorsingsvraag, naamlik *“Beskryf u belewenis ten opsigte van die moontlike blootstelling aan MIV na u besering- of blootstelling-aan-diens insident”*, die gewenste respons sou verseker. Tweedens was daar die moontlikheid om potensiële probleme met die onderhoudstechniek, onvoldoende tydtoelating vir die in-diepte onderhoud, of dubbelsinnigheid in die vraagstelling uit te stryk. Laastens was daar die geleentheid om die proses in te oefen en die klein hoeveelheid versamelde data vinnig te ontleed om te verseker dat die beoogde prosedures doeltreffend verloop (Brink, 1996:60,174).

Om die in-diepte onderhoude in die verkenningsonderhoud met 'n oop gemoed te voer, het die navorser alle voorafgestelde persoonlike opinies en eie oortuigings oor die moontlike belewenis van blootgestelde personeel probeer identifiseer (“bracketing”). Dit is gedoen in ooreenstemming met die siening dat indien enige moontlike verwagtinge oor die studie se bevindings en voorafgestelde idees geïgnoreer kan word, die navorser meer ontvanklik vir alle moontlike perspektiewe tydens die ondersoek sal wees (Brink; 1996:120; Polit en Beck, 2004:253,435).

Beide in-diepte onderhoude met die deelnemers in die verkenningsonderhoud het die gewenste response uitgelok. Die twee deelnemers het beide gemaklik en spontaan, met die minimum aanmoediging, gesels. Die inligting is op oudioband vasgelê en direk na die in-diepte onderhoude transkribeer. Ontleding van die resultate van die twee in-diepte onderhoude het getoon dat die navorsingsvraag sonder twyfel vir albei die deelnemers duidelik was. Die data wat daardeur versamel is en die metode van dokumentering wat gekies is, het doeltreffend gefunksioneer. Die inligting wat tydens hierdie twee in-diepte onderhoude bekom is, was sinvol en bruikbaar, en het nie die geloofwaardigheid van die studie benadeel nie. Geen verandering aan die sentrale navorsingsvraag was nodig nie. Die onderhouddata is dus in die studie ingesluit.

## 2.6 PROSES VAN DATAVERSAMELING

Die proses van dataversameling is van kritieke belang in die sukses van 'n navorsingstudie. Indien die dataversamelingstegnieke nie van hoogstaande gehalte is nie, mag die akkuraatheid van die navorsingsgevolgtrekkings later bevraagteken word (Brink, 1996:148; Polit en Beck, 2004:331).

Die studie het grootliks na verwagting verloop, en geen noemenswaardige probleme is teëgekom nie.

### 2.6.1 Toegang tot die navorsingsveld

Voordat die studie onderneem is, en om al die deelnemers aan die navorsingsproses te beskerm is toestemming van die Etiekkomitees van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat en die bestudeerde hospitaal verkry (Babbie, 2004:72,80-81).

Nádat die navorser na die blootstelling elke deelnemer se eerste bloeduitslae verbaal aan haar / hom bekend gemaak het, het die navorser persoonlik aan elkeen verduidelik dat 'n studie onderneem word en navraag gedoen of hulle sou belangstel om daaraan deel te neem. Al die blootgestelde personeel wat om deelname genader is, het ingestem om deel te neem. Deelnemers is anoniem in die studie ingesluit en 'n verbale afspraak vir die eerste in-diepte onderhoud by die hospitaal is sou gou moontlik met elkeen gemaak. Die in-diepte onderhoude is in die hospitaal tydens 'n breuk in diens tyd gevoer. Om die omstandighede so neutraal, bekend en gerusstellend moontlik te hou, het die navorser en die personeel tydens onderhoude in uniform verskyn.

Die navorser was ook die persoon wat die opvolgproses van die personeel se blootstellingsinsident hanteer het. Waar die 24 in-diepte onderhoude nie in een van die navorser se eie diensbreuke ingepas kon word nie, is bykomende diens tyd na-ure ingeruim om te vergoed vir die tyd wat deur die onderhoude in beslag geneem is.

## 2.6.2 Die in-diepte onderhoud self

Die navorser het self as onderhoudvoerder in elkeen van die in-diepte onderhoude opgetree, aangesien die deelnemers reeds bekend was.

Die navorsingsresultate is deur twee afsonderlike in-diepte, ongestruktureerde onderhoude met elkeen van die deelnemers, versamel. Tydens die eerste onderhoud is die individuele deelnemers ten opsigte van die doel en proses daarvan ingelig en is die verloop van die proses aan hulle verduidelik (verwys vir 'n breedvoerige uiteensetting hiervan na Afdeling 1.9). Elkeen se geskrewe ingeligte toestemming tot deelname aan die studie is aan die begin van die onderhoud bekom. Vooraf is verduidelik dat die gesprekke op oudioband vasgelê sal word, maar dat die inligting te alle tye konfidensieel en anoniem gehou sal word. Elke deelnemer se verbale instemming tot die gebruik van die bandmasjien is weer voor die tweede in-diepte onderhoud bekom.

Insameling van die data het amptelik op 01 Maart 2004 'n aanvang geneem, nadat die eerste deelnemer se besering-aan-diens aangemeld is. Die eerste 45 – 60 minuut in-diepte onderhoud met elke deelnemer is op die hospitaalterrein in die infeksiebeheerkantoor, of in 'n stil kantoor in die deelnemer se afdeling, gevoer.

Waar die navorser voor die aanvang van die in-diepte onderhoud in die kantoor opgemerk het dat die deelnemer senuweeagtig of gespanne voorgekom het, is daar eers saam 'n koppie tee gedrink en aanvanklik slegs 'n bietjie oor kleinighede gesels om die ys te breek. Hierna is die sentrale navorsingsvraag, naamlik *“Beskryf u belewenis ten opsigte van die moontlike blootstelling aan MIV na u besering- of blootstelling-aan-diens insident”* tydens elkeen van die twee onderhoude aan elk van die deelnemers gevra. Daar is verseker dat geen afwyking in die vraagstelling ingesluip het nie, en dat daar wel twee in-diepte onderhoude met elke deelnemer gevoer word.

Ten tye van die afloop van die eerste onderhoud is 'n afspraak vir die tweede een gemaak. 'n Telefoniese herinnering is slegs verskaf indien die personeellid nie daarvoor opgedaag het nie.

Veldnotas oor die deelnemers se nie-verbale kommunikasie patrone of ander waargenome maniërismes is na elke onderhoud aangeteken en later saam met die onderhoude transkribeer. Om konfidensialiteit vir die deelnemers te verseker, is elke deelnemer se twee onderhoud transkripsies onder 'n opvolgende verwysingsnommer as (a) en (b), geliasseer, en die data so spoedig moontlik verwerk.

Hoewel daar beplan is om alle onderhoude op spesifiek geskeduleerde tye te voer, het dit nie gebeur nie, aangesien die personeel se skofbreuke baie ongereeld en soms glad nie plaasgevind het nie. Skofveranderings, onverwagse nagdiens, afwesigheids- en siekverlof, asook druk werksverpligtinge het veroorsaak dat die afhandeling van onderhoude nie volgens skedule verloop het nie. Die onderhoude het op 'n datum en tyd, gerieflik vir die personeellid, plaasgevind. Enkele deelnemers het verkies om in diensvrye tyd te kom, terwyl ander eerder die onderhoude in rusperiodes in aan-dienstyd wou inpas. In laasgenoemde geval is die deelnemers daaraan herinner dat genoeg tyd vir die onderhoud toegelaat moet word, hoewel hierdie aspek nooit tydens enige van die onderhoude 'n probleem was nie. Gedurende die Julie 2004 skoolvakansie was die navorser self tydens 'n onvoorsiene kongres 'n week lank uitstедig, wat 'n verskil in die beplande afhandeling van onderhoude gemaak het, en die skedulering van opvolgbesoeke op meer geleë tye bemoeilik het. Gedurende September 2004 – 22 Oktober 2004 was die hospitaal se bedbesetting besonder hoog gewees, met die gevolg dat werksdruk in afdelings die verwagte neem van normale skofbreuke bemoeilik of selfs vertraag het.

Ter erkenning van Brink (1996:153) en Polit en Beck (2004:347) se waarskuwings oor die moontlike inhiberende effek van die bandmasjien op die deelnemer, is dit met toestemming in 'n laai gehou en is slegs die mikrofoon op die lessenaar naby die deelnemer se stoel neergesit. Daar is waargeneem dat die deelnemers baie gou van die mikrofoon vergeet het, en meer spontaan begin praat het (Polit en Beck, 2004:347). Die deelnemer is aangemoedig om die gebeurtenis in eie woorde en volgorde van gebeure te vertel. Inligting soos godsdienstige oortuigings en geloof, gesinsverhoudings, asook sosiale en ekonomiese aspekte wat spontaan in die gesprek ingesluit is, is in die in-diepte onderhoud transkripsies opgeneem omdat dit weens die bepaalde betekenis wat dit vir die deelnemer inhou, in die vertelling ingesluit was (Burns en Grove, 2005:319, 540).

### 2.6.3 Kommunikasie tegnieke

Kwalitatiewe navorsing is by uitstek geskoei op kommunikasie vaardighede en -patrone (Burns en Grove, 2005:637; Polit en Beck, 2004:202, 365). Okun (1997:122-123) stel dit duidelik dat kliënt-gesentreerde kommunikasie eerder op empatiese en akkurate luistervaardighede en ontvanklikheid as op 'n bepaalde tegniek berus. Die onderhoudvoerder se teenwoordigheid en houding word as belangriker as enigiets wat hy of sy sou doen, beskou. Die oordra van aanvaarding, respek en begrip vir die deelnemer se menswees, woorde, opinies en keuses word beklemtoon, aangesien persone slegs openhartig sal wees indien hul ervaar dat hulle onvoorwaardelike positiewe agting ontvang (Okun, 1997:122-123). In oorleg hiermee, het die navorser deur onverdeelde aandag aan die deelnemers te skenk en nie 'n oordeel oor optredes of opinies te fel nie, maar respek te betoon.

Die navorser het van verskeie kommunikasie metodes gebruik gemaak om inligting te bekom: Oogkontak, nie-verbale gebare, luistervaardighede, stiltes, terugverwysing na stellings en aanmoedigende vrae is gebruik om die vloeï van inligting tydens die in-diepte onderhoude te fasiliteer (Okun, 1997:18-19,123).

Ondersoekende vrae soos “Vertel my meer van...”, “Wat bedoel jy met...” of “Ek is nie seker ek begryp nie, kan jy asseblief meer verduidelik oor ...” skep vir die navorser geleentheid om inligting uit te klaar, uit te brei of die betekenis wat die deelnemer daaraan heg, vas te stel. Volgens Brink (1996:158) verbeter dit die verstandhouding tussen die navorser en deelnemer, aangesien dit toon dat die onderhoudvoerder werklik daarin belangstel om die inligting korrek te verstaan.

Tydens in-diepte onderhoudvoering in die studie het die navorser basiese kommunikasie beginsels toegepas om die stel van leidende vrae te voorkom. Response soos “En ...?”, “Mmmm”, “Ek verstaan...” of “Jaa...?” is gebruik om aanvaarding te toon, terwyl herhaling van die deelnemer se laaste stelling gebruik is om die aandag daarop te vestig of ter uitklaring van die bedoeling agter die deelnemer se woorde.

“Jy sê dat dit vir jou moeilik was om gedurende die bewakingstyd met jou kollegas oor werk te gesels. Verduidelik vir my hoekom dit so was?”

Opsomming van 'n aantal van die deelnemer se stellings is gebruik om die deelnemer geleentheid te gee om op inligting uit te brei of te verduidelik:

“Jy het nou aan my verduidelik hoe dit gebeur het dat die chirurg jou met die skalpellem in die teater raakgesteek het, omdat hy so haastig is om aan te gaan en nie vir jou kans gegee het om jou hand uit die pad te trek nie. Hoe voel jy oor wat gebeur het?”

'n Bewuste poging is gemaak om nie die deelnemers se gedagtevloei te onderbreek nie, wat waardevolle inligting opgelewer het omdat die beskrywings ononderbroke gebly het. In alle gevalle is toegelaat dat die deelnemer die meeste leiding in die gesprekvoering neem, wat bygedra het om die deelnemer se angstigheid oor die proses te verminder. Volgens Okun bevorder hierdie tipe kommunikasie die selfondersoek van eie gevoelens deur die deelnemer (Okun, 1997:18-19, 27).

Veral tydens die eerste in-diepte onderhoude het die deelnemers se emosies dikwels gewissel. Dieselfde persoon het dikwels in een onderhoud met apatie, woede, angstigheid, ontsteltenis en frustrasie reageer. Met die tweede rondte was van die emosies steeds daar, maar meer gedemp en hoofsaaklik beperk tot aanvaarding, gelatenheid en selfs rustigheid:

**Eerste in-diepte onderhoud:** *“Ek word sommer weer van voor af woedend as ek daaraan dink! Dis só onregverdig dat ander mense skotvry daarvan afkom!”*



**Tweede in-diepte onderhoud** met dieselfde deelnemer, drie maande later: *“Dit maak 'n mens vies as jy deur ander se toedoen beseer word”.*

Hoewel rekordering van die deelnemers se woorde die hoofsaak tydens onderhoudvoering was, is aan die nie-verbale kommunikasie van die deelnemers aandag geskenk. Met nie-verbale kommunikasie word bedoel die deelnemer se liggaamstaal (houding, gebare, oogkontak); stemtoon en gesigsuitdrukking. Die navorser moet teenstrydighede in die verbale- en nie-verbale boodskappe van 'n deelnemer kan identifiseer en in die lig van die situasie interpreteer. Terselfdertyd moet 'n bewustheid van eie kommunikasie patrone gekweek word, aangesien deelnemers sal reageer op wat gesien en gehoor word. Waar nie-verbale kommunikasie tydens die in-diepte onderhoude waargeneem is, is dit in die veldnotas aangeteken en as deel van die onderhoud ontleed (Polit en Beck, 2004:382-383).



Voorbeelde van nie-verbale kommunikasie metodes wat doelbewus deur die navorser tydens die in-diepte onderhoud in hierdie studie gebruik is, was

- om gereeld vooroor in die rigting van die deelnemer gebuig te sit, die hande oop te vou en slegs klein, nie-dreigende handgebare te gebruik;
- 'n gemaklike mate van oogkontak met die deelnemer te maak, deur nie direk voor haar of hom te sit nie, maar wel effens na die een kant sodat sy / hy indien nodig natuurlik kan wegkyk;
- die gebruik van 'n vraende stemtoon tydens die in-diepte onderhoud om 'n respons uit te lok;
- stiltes in die gesprek, wat eerder deur die deelnemer as die onderhoudvoerder onderbreek is, en waardeur verdere inligting uitgelok is;
- om 'n uitdrukking wat toepaslik frons, die wenkbroue vraend lig of in ooreenstemming met die deelnemer se verhaal glimlag te gebruik om rustigheid, respek en aanvaarding van die deelnemer se emosies en woorde te bewys (Okun, 1997:18-19, 27).

## 2.7 VELDNOTAS

Aangesien die neem van veldnotas van kardinale belang is om betroubaarheid tydens kwalitatiewe navorsing te verseker, het die navorser deurgaans gepoog om akkurate veldnotas by te hou (Brink, 1996:124; Babbie, 2004:380; Polit en Beck, 2004:382-383).

Om die situasie en konteks van waarnemings of stellings vir elke deelnemer te bewaar, is veldnotas direk na afloop van elke in-diepte onderhoud aangeteken (Mouton, 2001:108). Ververanderings soos die verskyning van urtikaria in die nek van twee deelnemers; onwillekeurige gebare soos vroetel met die hande of skop van die voete, krap aan die naelvelletjies, die skeur van sneesdoekies, asook die doelbewuste vermyding van oogkontak tydens die in-diepte onderhoud, is van die voorbeelde van waarnemings wat as veldnotas aangeteken is.

Hoewel hoofsaaklik op waarnemings oor die deelnemers se reaksie tydens die in-diepte onderhoud gekonsentreer is, was daar enkele instansies waar die navorser notas oor haar persoonlike gevoelens afgeneem het, byvoorbeeld waar sy weens die nie-verbale liggaamstaal wat waargeneem is, die egtheid van 'n deelnemer se woorde betwyfel het (Babbie, 2004:380).

## 2.8 GELOOFWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE

Tydens kwalitatiewe navorsing is die oordra van die deelnemers se woorde en beskrywings die uiteindelijke doel van die navorser se toegepaste nougesetheid. Brink (1996:124) stel dit duidelik dat die geloofwaardigheid van navorsingsbevindinge van uiterste belang is, maar dikwels in kwalitatiewe studies met skeptisisme beoordeel word. Volgens die skrywer vermy kwalitatiewe navorsers dikwels die woorde geldigheid en betroubaarheid en gebruik hul eerder terme soos konsekwentheid (konstantheid), volhoubaarheid ("dependability"), vormgetrouheid ("conformability"), ouditbaarheid, vertroubaarheid of geloofwaardigheid ("trustworthiness"), bevestigbaarheid en oordraagbaarheid. In hierdie studie is waarheidsgetrouheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid as kriteria vir geloofwaardigheid aanvaar (Polit en Beck, 2004:430-431, 437, Burns en Grove, 2005:383-385, 627-632).

Geloofwaardigheid raak die meetinstrumente wat tydens die navorsing gebruik word. In die geval van kwalitatiewe navorsing moet die navorser geloofwaardig geag word. Die vaardighede wat die navorser aan die dag lê, mag uiteindelik tot die wetenskaplike aanvaarbaarheid van die studie bydra (Brink, 1996:124; Polit en Beck, 2004:434).

Wat die geloofwaardigheid van die navorser van die studie betref, beskik die navorser oor die nodige beradingsvaardighede en vermoëns wat deur 'n Rogeriaanse kliënt-gesentreerde benadering tot onderhoudvoering vereis word. Deur die hele studie het die navorser in effek slegs as 'n opreg aanvaardende en reflekerende *mens* en luisteraar opgetree en nie as rigtinggewer nie (Okun, 1997:122-123; Burns en Grove, 2005:637-640). Klinies gesproke beskik die navorser, as geregistreerde professionele verpleegkundige en infeksiebeheerkonsultant van die bestudeerde hospitaal, oor

- Opleiding as psigiatriese verpleegkundige
- 'n sertifikaat in infeksiebeheer wat aspekte van beroepsgesondheid ingesluit het, aan die Universiteit van Stellenbosch behaal
- verskeie sertifikate in MIV-berading en –sorg, wat aan die Bloemfontein VIGS Inligting, Opleiding- en Raadgewende Sentrum, groter Mangaung gebied, verwerf is
- jarelange ervaring van die kliniese en psigologiese hantering van personeel wat aan MIV-infeksie blootgestel was, wat die versameling van relevante emosionele data en nie-verbale gedrag (soos uiteengesit onder punt 2.6.3), vergemaklik het
- kennis van die bewakingsprotokol van die hospitaal waardeur MIV-blootgestelde personeel hanteer, opgevolg of verwys word
- bekendheid met die deelnemers en die hospitaalopset, wat bygedra het tot die noodsaaklike vertrouensverhouding wat nodig is om suksesvolle onderhoude te voer
- die oordeelvermoë om tussen die invloed van die hospitaal se bewakingstelsel en die effek van professionele persone se optrede teenoor blootgestelde personeel te onderskei (Silverman, 1997:213).

Tydens in-diepte onderhoude het die navorser gepoog om te alle tye objektief en nie-veroordelend voor te kom, asook om 'n natuurlike en aanvarende atmosfeer te skep waar die deelnemer sal voel dat openhartigheid en enige opinie verwelkom word, sonder enige uiterlike teken van afkeur, ontsteltenis of goedkeuring. Terselfdertyd het die navorser die agtergrond kennis en ervaring om met neutrale vrae na antwoorde te soek wanneer deelnemers doelbewus antwoorde ontduik of die aandag probeer aflei (Polit en Beck, 2004:365-366, Burns en Grove, 2005:55, 536).

### **2.8.1 Waarheidsgetrouheid**

In kwalitatiewe navorsing is die inhoud van die deelnemers se verhale, sowel as die navorser se vermoë om daardie inligting konsekwent te versamel, akkuraat te dokumenteer en herhaalbaar weer te gee, die kern van geloofwaardigheid (Silverman, 1997:202).

In die studie is geloofwaardigheid van die inligting verseker deur onder meer die skep van die sentrale navorsingsvraag om die in-diepte onderhoude meer gefokus te hou en afdwaling te voorkom, asook deur noukeurige en volledige notas te neem, en die onderhoude so gou moontlik te transkribeer en daarna herhaaldelik te bestudeer (Okun, 1997:154, 242-243). Alle kennis wat tydens die studie opgedoen is, is slegs vanuit die deelnemers se eie ervarings afgelei en ontwikkel. Deur tydens data verwerking streng by die oudioband transkripsies en veldnotas te hou, is enige moontlike sydigheid aan die kant van die navorser beperk, aan etiese verwagtinge voldoen en objektiwiteit verseker (Brink, 1996:120). Deurlopende her-evaluasie van inligting en 'n voortdurende soeke na die dieper betekenis daarvan verbeter die geloofwaardigheid van die navorsing. Die studieproses wat gevolg is, is so sistematies en konsekwent moontlik uitgevoer om dit vir 'n volgende navorser moontlik te maak om die studie oor 'n periode van tyd te herhaal en soortgelyke resultate te verkry. Indien 'n volgende navorser dieselfde sentrale navorsingsvraag sou benut, ooreenstemmende of soortgelyke metodes op instemmende deelnemers sou toepas, en tot vergelykbare resultate sou kom, word 'n studie as betroubaar geag (Brink, 1996:124).

Volgens Peräkylä (in Silverman, 1997:202) het geloofwaardigheid in kwalitatiewe navorsing by die interpretasie van waarnemings belang. Het die navorser dit wat gemeet is, korrek aangeteken? Die handhawing van wetenskaplike eerlikheid is vir die navorser in hierdie studie belangrik, daarin dat geen data vervals, gewysig of selektief gemanipuleer is nie (Brink, 1996: 47).

In-diepte onderhoud-ontleding ondersoek "gesprek-in-interaksie" as onafhanklike verskynsel, waar klem veral op die deursigtigheid van bewerings en die gewilligheid van deelnemers om aan die navorsing deel te neem, val. Die leser van die studie moet geensins twyfel dat die inligting daarin volledig, eerlik en waar aangeteken is nie. Deeglike aantekeninge oor die interaksie tussen die deelnemers moet bestaan, asook sekerheid van maksimum insluiting en die omvattendheid van die data, soos dit op die oudiobande vasgelê is (Silverman, 1997:203). Hiervoor is die voortgesette beskikbaarheid van die oudiobande met die deelnemers se verbale kommunikasie, asook veldnotas oor alle nie-verbale interaksie wat in die transkripsie uiteengesit word, vir latere kontrolering van belang (Polit en Beck, 2004:434-435, 382-383).

In die studie is konfidensialiteit en die veilige hantering van die oudiobande en veldnotas weens die sensitiwiteit van personeel oor die uitlek van enige inligting oor moontlike MIV-blootstelling, baie nougeset beheer. Die navorser was deurgaans die enigste onderhoudvoerder, wat die geloofwaardigheid van die studie weens die beheer oor inligting, beperking van eksterne invloede, onderhoudsomstandighede en konsekwentheid van data-interpretasie, verhoog.

### **2.8.2 Oordraagbaarheid**

Oordraagbaarheid het te make met die stabiliteit van 'n navorsingsontwerp en die moontlikheid om inligting van die deelnemers in een studie na 'n ander groep of breër populasie te veralgemeen. Brink (1996:124-125) noem dit eksterne geldigheid of toepaslikheid, indien die gevolgtrekkings van 'n studie verder oordraagbaar is. Hiervoor is die verskaffing van 'n omvattende databasis van inligting met volledige beskrywings nodig sodat 'n onbetrokke buitestaander sou kon besluit of die gevolgtrekkings in 'n soortgelyke situasie of konteks oordraagbaar sou wees of nie. Navorsingsbevindinge word meer waardevol indien verskille en ooreenkomste ook in ander situasies toepaslik gemaak kan word (Brink, 1996:124-125; Polit en Beck, 2004:434-435).

In die studie wat uitgevoer is, is die detail nie oordraagbaar nie omdat individuele belewenisse oor verpleegpersoneel se blootstelling aan moontlike MIV-infeksie na 'n besering- en / of blootstelling-aan-diens uniek aan elke individu en die hospitaal is. Tog is die bevindinge en afleidings wel bruikbaar om die belewenis van blootgestelde personeellede te demonstreer, waarmee die doeltreffendheid en / of leemtes van bewakingsprosedures evalueer, en regstellings bewerkstellig kan word.

### **2.8.3. Aanvaarbaarheid**

In kwalitatiewe navorsing is die akkuraatheid en egtheid van wetenskaplike bevindinge belangrik vir die bepaling van aanvaarbaarheid. Indien daar vasgestel kan word (1) tot watter mate die gevolgtrekkings van die navorser die waargenome werklikheid verteenwoordig, en (2) of die navorsingskonstrukte die ware reikwydte van menslike ervaring meet of verteenwoordig, kan die graad van aanvaarbaarheid bepaal word. Indien

daar ooreenstemming tussen die deelnemers en die leser se waarnemings oor die studie bestaan, is die aanvaarbaarheid daarvan grootliks verseker (Brink, 1996:120; Polit en Beck, 2004:434-435).

Om aanvaarbaarheid te kontroleer, is van data triangulering (gebruik van 'n verskeidenheid van bronne van inligting om data op te bou) en die opsporing van negatiewe gevalle of insidente wat teenstellende inligting kon verskaf, gebruik gemaak. In die studie is die uitvoering van die hospitaal se bewakingsprotokol in elke deelnemer se geval gekontroleer om te verseker dat dit korrek toegepas is. Dit is gedoen om te verseker dat die deelnemers aan die studie wel eenvormig geselekteer is, en dat almal wel aan die seleksiekriteria voldoen. Die gebruik van verskillende dokumente soos die Menslike Hulpbron Afdeling se insidentverslae, die nood behandelingsrekords en die infeksiebeheer kontrolelyste beteken dat kruisverwysing van hierdie data moontlik was. Indien 'n verskeidenheid van bronne vergelykbaar blyk te wees, verhoog data se konstantheid en konsekwentheid oor die verloop van tyd (Brink, 1996:124; Burns en Grove, 2005:225, 383; Polit en Beck, 2004:434-435). Hoewel daar tydens die studie gesoek is na negatiewe gevalle (insidente waarvan die inligting die voorafgaande data totaal weerlê), kon geen opgespoor word nie.

#### **2.8.4 Bevestigbaarheid**

Bevestigbaarheid is die waarborg dat die data bevindinge, gevolgtrekkings en aanbevelings deur literatuur ondersteun word en dat daar 'n ooreenkoms tussen die navorser se interpretasie en die getuienis bestaan. Bevestiging kan deur 'n oudit op die data uit te voer, of deur die betrokke deelnemers se reaksie op die bevindinge te verkry, gedoen word (Brink, 1996:125; Polit en Beck, 2004:434-435).

Omdat daar vir hierdie studie so 'n beperkte hoeveelheid getuienis-gegronde literatuur oor die belewenis van blootstelling van Suid-Afrikaanse verpleegkundiges aan MIV-infeksie aan-diens beskikbaar was, is daar van internasionale literatuur wat soortgelyke blootstelling van gesondheidsdienswerkers, geneeshere en mediese studente ingesluit, gebruik gemaak. Die rede is dat hierdie "gesondheidsdienswerkers" verpleegkundiges sou insluit, en dat die inligting en gevolgtrekkings waartoe in ander studies gekom is, waarskynlik ook na die hierdie professie herlei kan word.

## 2.9 DATA ONTLEDING EN -INTERPRETASIE

Data ontleding behels die konseptualisering, kontrastering en vergelyking van die finale hoogs gedetailleerde data van 'n klein groep deelnemers, om gemeenskaplike patrone, temas of neigings te identifiseer. In die studie is inligting herhaaldelik gesif, gerangskik en beskryf om 'n duidelike en verstaanbare samevatting (konstruk) te skep, wat later vir die verpleegberoep en ander navorsers van nut mag wees (Tesch, 1990:91-93; Dey, 1993:Intyds; Brink, 1996:120; Labuschagne, 2003:Intyds).

Interpretasie en beredenering oor enige data word deur die agtergrond situasie beïnvloed (Silverman, 1997:117). Die rede hoekom 'n spesifieke handeling plaasgevind het, word teen wat gebeur en hoe dit oorgedra is, evalueer. Die doel van interpretasie van die versamelde data is nie die dekonstruksie van inligting nie, maar wel voortdurende induktiewe vergelyking en sifting daarvan, ten einde begrip by die navorser te verseker. Die fokus val op die betekenis wat aan die verbale openbaring geheg word, asook die ontleding van die verwantskap daarvan met gebeure en omstandighede waarin dit plaasgevind het (Silverman, 1997:113–117; Burns en Grove, 2005:574-577). Omdat alle waarnemings en inligting betekenis het, kon die navorser in hierdie studie die verskeidenheid van data van 12 verskillende deelnemers onder bepaalde breë temas klassifiseer, sonder om geloofwaardigheid in te boet. Die temas sluit in emosionele gevoelens teenoor die bronpasiënt, werksomstandighede, asook fisieke ervaring van nuwe-effekte as gevolg van die profilaktiese behandeling.

Vir hierdie fase van die studie is Tesch se model van data ontleding as gids gebruik. Tesch (1990:37) beklemtoon die versameling van kwalitatiewe data op voorwaarde dat die navorser alle vooropgestelde idees en opinies opgehef het. In fenomenologiese terme word dit “bracketing” genoem, wat beteken dat die navorser eie opinies agterweë laat om die unieke wêreld van die deelnemer te betree. Hierdie aanbeveling is aktief in die studie deur die navorser toegepas, met goeie gevolge.

Woorde en frases word gekategoriseer en nie net getel nie, hoewel laasgenoemde een wyse van kategorisering uitmaak (Tesch, 1990:37-38,92; Pope, 2000:Intyds, Ryan, [s.a.]:Intyds). Gedurende inhoudsontleding, ('n bepaalde deel van die intense

beskrywingsproses waardeur die data gaan), soek die navorser na ooreenkomste, reëlmatighede (patrone) en uniekheid in die rou data. Met die verloop van tyd word al die waargenome betekenis volgens toepaslike kriteria soos bepaalde woordkeuse of betekenis in 'n kategorie geplaas. Konseptuele kategorieë word nooit vooraf bepaal nie, maar ontwikkel uit die sistematiese proses. In die studie is beide die emosionele en fisieke ervarings van die deelnemers as kategorieë identifiseer, wat weer tot die ontwikkeling van die subkategorieë gelei het.

Tesch (1990: 60-65, 78-79, 89, 91-93, 136-137) en Pope (2000: Intyds) verduidelik verder dat die geselekteerde kategorieë of temas individueel, in diepte, bestudeer moet word. Die data daarin word verskeie kere deurgewerk sodat die navorser 'n geheelbeeld kan ontwikkel. In die proses word rou data omgeskakel na 'n meer abstrakte samevatting van die noodsaaklikste begrippe ('n basiese struktuur). Betekenis word dikwels nie direk in die data waargeneem nie en word slegs na intense ontleding en gevolgtrekking bereik. Hoe meer verfyning plaasvind, hoe meer verskille en ooreenkomste word in die kwalitatiewe wyses waarop persone soortgelyke verskynsels ervaar, waarneem, konseptualiseer en verstaan, identifiseer, ondersoek en tentatief uiteengesit.

Verder is gevind dat die studie wat uitgevoer is, elemente van wat Tesch *hermeneutiese fenomenologie* noem, bevat: *Die kuns en wetenskap van ontleding van menslike handeling*. Soos fenomenologie, poog 'n hermeneutiese benadering om betekenisvolle menslike verskynsels in die persoon se natuurlike omgewing te bestudeer en sonder vooroordeel te ontleed (Tesch, 1990:37-38,92). Ook Ratcliff benadruk hierdie aspek: “*Tell their story, not yours...Qualitative approaches give you meanings and descriptions of personal significance*” (Ratcliff, [s.a.]:Intyds). Hermeneutiese navorsers maak hul eie interpretasies en gevolgtrekkings deel van die konteks waarin die belewenis van die deelnemers afspeel (Tesch, 1990:68). Gevolglik word alle waarnemings as interaktiewe produkte van 'n nie-gestruktureerde en onsuier proses beskou. Labuschagne noem die proses 'n “*kuns geskoei op ervaring, dissipline, opleiding, inoefening en harde werk*” (Labuschagne, 2003: Intyds). Ook Silverman (1997:120–127) verwys daarna dat die betekenis-konstrukte wat in hierdie tipe navorsing geskep word, onvermydelik wedersyds beïnvloed is, en as sulks aanvaar moet word.



Soos in die literatuur bevind is, is die data tydens die ontledingsfase deur 'n sistematiese proses van ontleding, kodering, groepering en samevatting van die beskrywings gevoer, met herhaaldelike terugverwysing na die onderhoude vir uitklaring van betekenis. Die proses het intense verwerking vereis, sodat data induktief en inklusief in betekenisvolle en toepaslike verwante kategorieë ingedeel kon word. Deur konstante vergelyking is elke stukkie data bestudeer en in 'n eenheid ingesluit, met uitbreiding van die bestaande eenhede om soveel aspekte van die data moontlik te omvat. Deur herhaaldelik data te sif en te rangskik, is analitiese en teoretiese idees ontwikkel, wat verder verfyn, verwerk en saam groepeer is. Breë temas is geskep waar nuwe data gevind is (Pope, 2000: Intyds; Burns en Grove, 2005: 547-548, 596; Polit en Beck, 2004: 247-248, 249). Ten einde kon 'n verstaanbare raamwerk wat die totaliteit van die deelnemers se unieke belewenis opsom en uiteensit, geskep word (Tesch, 1990: 91-93; Silverman, 1997: 120-127; Labuschagne, 2003: Intyds).

Data ontleding het in werklikheid reeds tydens onderhoudvoering in die studie begin. Daar is gevind dat hierdie proses parallel met data versameling gevloei het en selfs daarmee geïntegreer was. Volgens Tesch (1990: 04-73) en Pope (2000: Intyds) is hierdie werkwyse aanvaarbaar: Data versameling en ontleding is onafskeidbaar en selfs geneig om mekaar in 'n bepaalde rigting te stuur, terwyl vrae verfyn en nuwe areas van moontlike navraag ontgin kan word. Die studie se kategorieë was plooi- en veranderbaar na gelang die insigte waartoe uit nuwe data gekom is (Tesch, 1990: 95-96).

Tydens data ontleding is onder meer van eenvoudige woordontleding met 'n standaard Microsoft WINWORD program, sonder enige spesiale sagteware, spesiale formatering of rekenaarkodering gebruik gemaak. Die doel was om die eenvormigheid, of verskille en uniekhede in die belewenisse van die deelnemers te illustreer, en nie om die data te kwantifiseer nie. Woorde, interpretasie en strekking uit die onderhoude is saamgroepeer om patrone oor die reaksies van deelnemers uit die transkripsies van die onderhoude en veldnotas te bepaal. Woordontleding word as redelik vry van vooroordeel beskou en dra by tot die maklike ontginning van sentrale temas en vergelyking tussen groepe idees. Die grootste nadeel daarvan is dat dit nie insig in kulturele data kan verskaf tensy dit met ander inligtingsbronne soos etnografiese data gekombineer word nie (Ryan, 1997: Intyds).

In oorleg met kwalitatiewe navorsingsbeginsels, het die navorser doelbewus alle persoonlike verwagting en moontlike opinies oor die studie resultate opsy gesit (Brink, 1996:205, Burns en Grove, 2005:217, 536, 541; Polit en Beck, 2004: 253,435). Die resultate was so strydig met die faktore wat tentatief tydens die oorspronklike probleemstelling identifiseer is, dat 'n meer objektiewe studie daarvan gemaak kon word omdat verwagting geen rol gespeel het nie. 100% (N=12) van die deelnemers het byvoorbeeld aangedui dat hulle die na-blootstelling berading in Noodgevalle positief ervaar het. Geen spoor van die algemene negatiewe gevoel wat pre-studie deur die navorser onder die personeel waargeneem is, is dus onder die kategorieë of subkategorieë van blootstellingsbelewenis in die studie ingesluit nie.

## **2.10 ETIESE ASPEKTE**

In navorsing verwys etiek na die wyse waarop die proses bedryf word - die kuns om inligting op 'n eerbare wyse te bekom. Die basis waarop etiese beginsels berus sluit in dat die regte van die deelnemers beskerm en die proses met vaardigheid uitgevoer moet word. Die nodige hulpbronne moet eerlik toegepas en die bevindinge akkuraat weergee word. Verder moet regverdige erkenning aan elkeen wat hulp of leiding aan die navorser verleen het gegee word. Ten laaste moet die implikasies van die navorsing vir die groter verpleegberoep en -gemeenskap by die proses ingereken word (Brink, 1996:38–49; Burns en Grove, 2005:182, 443, 629, 739, ; Trochim, 2002:Intyds; Polit en Beck, 2004:143-154; Babbie, 2004:63, 71-72, 80, 306-307).

Etiese vraagstukke het meestal te doen met probleme verwant aan verpligting, regte, plig, begrip van reg en verkeerd, gewete, keuse, bedoeling en die verantwoordelikheid teenoor die deelnemers van die studie (Brink, 1996:38–49; Burns en Grove, 2005:27; Trochim, 2002:Intyds; Babbie, 2004:72,80-81; Burns en Grove, 2005:735; Polit en Beck, 2004: 143-154, 157).

Om die regte van al die deelnemers aan die navorsingsproses te verskans, is toestemming om die studie te onderneem van beide die Etiekkomitees van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat, en die bestudeerde hospitaal verkry. Skriftelike toestemming, wat van die deelnemers verkry is, was in beide Afrikaans en Engels beskikbaar, hoewel al die deelnemers in die studie Afrikaans as voorkeurtal gebruik het. Die in-diepte onderhoud is op oudioband vasgelê nadat toestemming daartoe van die deelnemers verkry is (Babbie, 2004:72,80-81).

Die beginsel van outonome, ingeligte en vrywillige deelname sonder vergoeding van deelnemers is deurgaans gehandhaaf. Geen van die deelnemers het na die aanvanklike inligting oor die doel en verloop van die studie, geweier om daarmee voort te gaan nie. Die navorser het onderneem om alle deelnemers se reg op billikheid, welsyn, waardigheid en privaatheid te beskerm, en nie enigeen in 'n posisie te plaas waar skade weens deelname aan die studie aan hulself of hul identiteit aangerig sou word nie (Brink; 1996: 38 – 41; Research Office. University of the Witwatersrand - Research Ethics 2004:Intyds; Babbie, 2004:64).

Geen konflik van belange het ontstaan nie, aangesien deurgaans aangedui is dat die navorser se eerste verantwoordelikheid teenoor die veiligheid van die deelnemer is (Research Office. University of the Witwatersrand - Research Ethics 2004:Intyds).

Universeel dien drie basiese beginsels as riglyn vir navorsers wat kwalitatiewe navorsing doen, te wete respek vir ander persone, weldadigheid en regverdigheid (Brink, 1996:39-41; Polit en Beck, 2004:143-146).

### **2.10.1 Beginsel van respek vir ander persone**

Die beginsel van respek vir ander persone berus op die oortuiging dat individue selfstandig is en oor die reg tot selfbeslissing beskik, asook dat individue met verminderde selfstandigheid (kinders, bewustelose- en geestelik versteurde persone of diegene in versorgingsinstansies) beskerming vereis. Selfstandige persone met die reg tot selfbeslissing mag gevolglik, sonder die risiko van benadeling, self besluit of hulle wil deelneem aan navorsingstudies. Deelnemers mag te enige tyd van 'n studie onttrek; weier

om inligting te verskaf of bykomende inligting oor die doel van die studie vra (Brink, 1996:39-40, Babbie, 2004:72; Burns en Grove, 2005:181-182).

Die beginsel van die respek vir selfbeslissing is in hierdie studie gevolg. Elke deelnemer wat aanvanklik om insluiting in die studie genader is, moes eers verbaal instem om aan die studie deel te neem, waarna die gegewe inligting in die toestemmingsbrief wat elkeen moes onderteken, herhaal is.

### **2.10.2 Die beginsel van weldadigheid**

Die beginsel van weldadigheid omvat die poging om die beswil van alle deelnemers te verseker. In wese bepaal dit dat daar slegs goed, sonder kwaad, aan ander gedoen moet word. Navorsers moet dus alle moontlike pogings aanwend om die deelnemers in 'n studie teen fisieke, emosionele, geestelike, sosiale, ekonomiese of geregtelike skade of ongemak te beskerm. Indien daar 'n moontlikheid van skade of ongemak by 'n deelnemer sou wees, moet so 'n voorgestelde studie in heroorweging geneem en besluit word of die inligting op enige ander wyse versamel kan word (Brink, 1996:40; Babbie, 2004:64, 72).

In hierdie studie is die beginsel van weldadigheid teenoor ander persone toegepas. Geen eksperimentele ingreep is op 'n deelnemer uitgevoer nie, en alle deelnemers is ingelig dat hulle die reg het om aan te dui as hulle ongemaklik oor 'n onderwerp voel, of liever inligting vir 'n persoonlike rede wil weerhou. Een van die deelnemers het dan ook hierdie opsie in die tweede van die reeks in-diepte onderhoude wat met haar gevoer is, uitgeoefen. Vir persoonlike redes het sy versoek dat 'n deel van die inligting wat sy vrywilliglik oorgedra het, nie in die studie gebruik moes word nie, wat gevolglik gedoen is.

### **2.10.3 Die beginsel van billikheid**

Die beginsel van billikheid omskryf die deelnemers se reg op regverdigse seleksie en behandeling, asook die reg op privaatheid. Deelnemers aan die studie is weens redes wat direk met die studieprobleem verband gehou het, geselekteer en nie omdat hulle maklik bereikbaar of manipuleerbaar was nie. Enige ooreenkoms wat met 'n deelnemer gesluit is, is volgens die vereistes daarvan nagekom en alle deelnemers is te alle tyd respekvol, eerlik, hoflik en regverdig behandel (Brink, 1996:40, Babbie, 2004:72).

In die studie is daar byvoorbeeld moeite gedoen om die deelnemers ten opsigte van hulle tydskedules tegemoet te kom. Veral verandering aan-diensroosters op kort kennisgewing is noodgedwonge aanvaar en alternatiewe tyd vir opvolg onderhoude ingeruim, hoewel dit weens tydsbeperkings dikwels nie maklik was om die toegewings te maak nie.

Onder die beginsel van billikheid ressorteer ook die reg op privaatheid, anonimiteit en konfidensialiteit:

### **2.10.3.1 Die reg op privaatheid**

Privaatheid is die vryheid waaroor elke individu beskik om self te besluit tot watter mate, onder watter omstandighede en met wat enige persoonlike inligting gedeel of weerhou gaan word. Persoonlike inligting omvat die persoon se houding, oortuigings, gedrag, opinies asook enige dokumente of rekords met betrekking tot homself (Brink, 1996:40; Babbie, 2004:70-71).

In die studie wat onderneem is, is hierdie aspekte juis die bron van die navorsingsdata. Dus moes die deelnemers se reg op privaatheid tydens die ontwerp en uitvoer van die studie in aanmerking geneem word. Indringing van privaatheid vind plaas wanneer privaat inligting sonder die persoon se kennis, of teen sy wil, bekend gemaak word. Brink (1996:40) beweer dat deelnemers gewoonlik tydens die dataversamelingsproses die meeste indringing van privaatheid ervaar, en stel dit duidelik dat geen data ooit sonder die deelnemer se kennis of toestemming versamel mag word nie.

Die reg van privaatheid van die deelnemers in die studie is deur die ooreenkoms om inligting konfidensieel te hou, asook die ingeligte toestemming wat deelnemers vooraf verbaal en skriftelik moes verskaf, beskerm. Toestemming is skriftelik bekom om die beskerming van die deelnemers en navorser sonder twyfel te verseker. Die gegewe toestemming handel oor insluiting in die studie, die versameling en gebruik van die inligting wat benodig word, asook oor publikasie van die bevindinge daarna (S.A. Grondwet, Hoofstuk - 2 Menseregte, 1994:Intyds; Brink, 1996:40, Babbie, 2004:64, 68; Burns en Grove, 2005:186-187).

### **2.10.3.2 Anonimiteit**

Anonimiteit dui daarop dat alle deelnemers tydens deelname aan die studie ongeïdentifiseer sal bly, en dat slegs die noodsaaklikste lede van die navorsingspan enige kennis oor die individuele deelnemers sal dra. In die studie was die navorser die onderhoudvoerder en enigste lid van die navorsingspan, en kon anonimiteit deur slegs 'n unieke opvolgende verwysingsnommer (byvoorbeeld Deelnemer 1, eerste of tweede in-diepte onderhoud) verseker word. Geen name is op die transkripsies self geplaas nie. Om die deelnemers se name op 'n lys te bewaar is noodsaaklik wanneer data soos in hierdie geval, na 'n periode van tyd weer in verband met bepaalde deelnemers gebring moet word. Die navorser het die lys met die deelnemers se verwysingsnommers agter slot en grendel bewaar. Waar inligting wel die identifikasie van 'n persoon sou kon meebring, is die inligting so gou moontlik in die breër data-poel verwerk en die transkripsie daarna geberg.

Anonimiteit ten opsigte van alle ander persone, uitgesluit die navorser self, verseker dat die deelnemers se waardigheid en privaatheid deurgaans gerespekteer word (Brink, 1996:41; Babbie, 2004:65; Burns en Grove, 2005:194).

### **2.10.3.3 Konfidensialiteit**

Konfidensialiteit dui op die navorser se verantwoordelikheid om alle data wat in die bestek van die studie versamel is, teen onthulling of beskikbaarstelling aan ander persone te beskerm. Tydens die studie is alle versamelde data deurgaans konfidensieel hanteer, met slegs die opvolgende persoonlike identifiserende verwysingsnommer as indikasie van wat die deelnemer is. Tydens die data ontledingsproses is met spesifiek toegewysde kleurkodes gewerk om te verseker dat data vir die navorser opspoorbaar is, maar konfidensieel bly. Selfs nadat die rou data verwerk is, sal alle toestemmingsbriewe, dokumente, notas en oudiobande tot na voltooiing van die studie agter slot bewaar word, waarna dit vernietig sal word.

Deelnemers behoort tydens die fase van verlening van ingeligte toestemming reeds konfidensialiteit ingelig te word. Tensy direkte toestemming aan die navorser verleen is om inligting bekend te maak, moet alle inligting slegs aan gemagtigde persone beskikbaar wees. Voordat enige resultate gepubliseer word, moet deelnemers daarvan in kennis

gestel word. Indien nodig, moet deelnemers vooraf tot die artikel toegang hê om hulself gerus te stel dat konfidensialiteit nie geskend is nie. Skending van konfidensialiteit kom gewoonlik voor wanneer ongemagtigde persone tot versamelde rou data toegang kry, of wanneer die navorser die deelnemers se identiteite tydens rapportering of publisering openbaar maak (Brink, 1996:41; Babbie, 2004:66-67; Burns en Grove, 2005:188-189, 194).

## **2.11 SAMEVATTING**

In Hoofstuk 2 is die navorsingsmetodologie van die studie in diepte bespreek. Die navorsingsontwerp is uit 'n kwalitatiewe, beskrywende en kontekstuele oogpunt beskou, terwyl die eenhede van ontleding en steekproeftrekking aandag geniet het. Die navorsingstegniek en onderhoudvoering is bespreek. Die verkenningsonderhoud wat onderneem is, die proses van dataversameling en betroubaarheid daarvan is uiteengesit, waarna data ontleding en etiese aspekte daarvan aan die beurt gekom het. Ten laaste is 'n kort oorsig oor die navorsingsproses en sommige van die probleme wat daaruit ontstaan het, verskaf.

In die volgende hoofstuk sal aandag geskenk word aan die data ontleding en – interpretasie, asook die literatuurkontrolle wat daarmee verband hou.

## HOOFSTUK 3

### DATA ONTLEDING, -INTERPRETASIE EN LITERATUURKONTROLE

#### 3.1 INLEIDING

“...In two short decades HIV/AIDS has become the premier disease of mass destruction.

The death odometer from HIV/AIDS is now at 8,000 a day and accelerating”

synde Dr Jack Chow van die Wêreld Gesondheidsorganisasie

(HIVAN, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds).

Reeds in 2002 het die WGO data publiseer waarin beweer is dat 2.5% van MIV-infeksies en 40% van hepatitis B- en C-gevalle onder gesondheidsdienswerkers wêreldwyd aan beroepsverwante blootstelling toegeskryf kan word (Wilburn, 2004:Intyds). In Brittanje is blootstelling aan bloed en liggaamsvloeistof tans die tweede hoogste beroepsbesering onder gesondheidswerkers (Allan, 2005:50).

Reeds meer as 20 verskillende patogene is identifiseer wat deur naaldprik- en skerpvoorwerpbeserings oorgedra kan word (Mich Nurse, 2000:Intyds). Hieronder tel die MIV-, hepatitis B- en hepatitis C-virusinfeksies as die ernstigste. Die risiko word verhoog hoe meer tyd verloop voor profilaktiese behandeling toegedien word (Goeldner, 2000:Intyds; Stoker, 2004:Intyds; Regez, 2005:671-672; National Public Health Service for Wales, 2005: Intyds; Smith en Leggat: 2005:450, Yassi, 2005:Intyds). Moloughney (2001:Intyds) sluit hierby aan dat dit in werklikheid die vrees vir MIV-infeksie is wat aan die kern van die spanning en angs by blootgestelde gesondheidsdienswerkers lê, terwyl hepatitis virusse eintlik makliker van mens tot mens oordra (Maloughney, 2001:Intyds; Wnuk, 2003:Intyds). Hoewel MIV-infeksie potensieel lewensbedreigend is, is dit tot 'n mate voorkombaar, 'n feit wat die emosionele las van 'n blootgestelde persoon mag verhoog (Bandolier Extra, 2003:Intyds).



In sub-Sahara Afrika, waar ongeveer 10% van die wêreld se bevolking woon, is 64% van die bevolking reeds met die menslike immuunonderdrukkende virus geïnfekteer (CDC, 2006: Intyds). Hoewel die hoogste gelokaliseerde insidensie van MIV-infeksie onder gehospitaliseerde pasiënte voorkom, word daar maar eers die afgelope paar jaar enigszins aandag aan voorkoming van beroepsverwante blootstelling in Afrika geskenk (CDC, 2006: Intyds). Gesondheidspersoneel in Afrika beleef verder 'n skokkende gemiddelde van twee tot vier naaldprikongelukke per persoon aan-diens per jaar, terwyl tot die helfte van hul pasiënte op 'n gegewe oomblik MIV-positief is (Wilburn, 2004: Intyds).

Ook in Suid-Afrika lyk die prentjie donker. Volgens die nuutste internasionale syfers het Suid-Afrika, met 'n MIV-prevalensie van 18,8% en ongeveer 5,5 miljoen mense wat met MIV-infeksie leef, saam met Indië die hoogste insidensie van MIV in die wêreld (CDC, 2006: Intyds). Die laaste Voorgeboortelike MIV en Sifilis Prevalensie Opname van die Suid - Afrikaanse Departement Gesondheid het aan die lig gebring dat die Vrystaat op 30,3%, die vyfde hoogste insidensie van MIV-infeksie in die land toon. Tussen 2002 en 2006 het die beraamde aantal geïnfekteerde persone nasionaal met gemiddeld 400 000 gestyg. Hierdie word as 'n relatiewe konserwatiewe skatting aanvaar, inaggenome die beperkte bevolkingsegment wat in die opname ingesluit is (Department of Health National HIV and Syphilis Antenatal Prevalence Survey in South Africa, 2003 ). Die hantering van MIV en VIGS in Suid-Afrika is verder ook gefokus op die mediese behandeling van die infeksie, met min aandag aan die onderwerp van geestesgesondheid en die psigososiale impak daarvan op die bevolking, insluitend gesondheidswerkers wat met die pasiënte werk, of die traumatiese stres wat landwyd met die epidemie gepaard gaan (SAITS, 2003: Intyds).

Ten spyte van die vooruitgang wat internasionaal met anti-retrovirale terapie teen MIV-infeksie behaal is, beraam die WGO dat slegs 20% van persone in lae- en middel-inkomste lande, (insluitend Suid-Afrika) teen Desember 2005 enige terapie begin ontvang het. Terselfdertyd het slegs een uit elke tien swanger vrouens toegang gehad tot behandeling wat oordrag van moeder-na-baba voorkom, en minder as dié getal het dit nooit ontvang nie (CDC, 2006: Intyds).

Met hierdie agtergrond in gedagte, het Hoofstuk drie van die studie te make met ontleding en interpretasie van die data wat versamel is, en die kontrole daarvan teen die literatuur wat ten tye van die studie beskikbaar was.

## **3.2 BESKRYWING VAN DIE EENHEID VAN ONTLEDING**

Die eenheid van ontleding in die studie bestaan uit twaalf deelnemers vanuit die verpleegpersoneel van die bestudeerde hospitaal, wat tydens 'n besering- en/ of blootstelling-aan-diens aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is.

### **3.2.1 Ouderdom en kwalifikasie**

Die deelnemers in die studie was tussen 18 en 57 jaar oud (gemiddeld 33 jaar), terwyl hul kliniese ervaring van vier weke tot 39 jaar diens (gemiddeld 15 jaar) gewissel het. Agt deelnemers was geregistreerde professionele verpleegkundiges, een 'n geregistreerde professionele ingeskrewe verpleegkundige, terwyl drie leerlinge met hul basiese opleiding vir die rang geregistreerde professionele ingeskrewe verpleegkundige besig was. Twee leerlinge was in hul eerste jaar en een in die tweede jaar van studie.

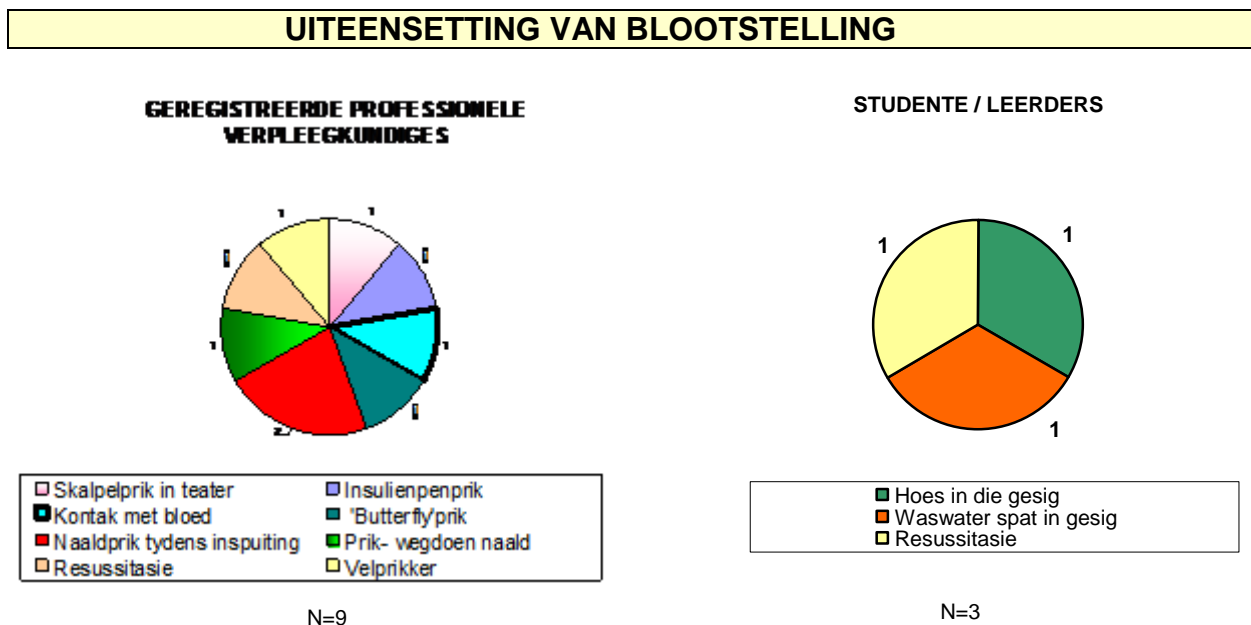
Twee van die geregistreerde professionele verpleegkundiges het oor bykomende kwalifikasies beskik, te wete teatertegniek en kritieke sorg. Slegs een van die deelnemers was manlik.

### **3.2.2 Tipe blootstelling**

Uit die twaalf deelnemers het sewe skerpvoorwerpbeserings en vyf menslike bloed of – liggaamsvloeistof spatsels in die gesig gehad. Interessant genoeg was dit die verpleegleerlinge wat die spatselongelukke gehad het, terwyl die ouer opgeleide en gekwalifiseerde geregistreerde professionele verpleegpersoneel meestal die skerpvoorwerpbeserings gehad het. 'n Moontlike verklaring hiervoor is die feit dat die leerlinge tydens blootstelling almal basiese fisieke pasiëntversorging uitgevoer het, terwyl die meeste gekwalifiseerde personeel met medikasie toediening of meer gespesialiseerde take bedrywig was.

Wêreldwyd in die literatuur geniet binnedringende skerpvoorwerpbeserings soos naaldprikke of skalpelsnye, eerder as spatsels menslike bloed of liggaamsvloeistof, die meeste aandag (Stoker, 2004: Intyds). Weens die risiko om ook MIV tydens ander tipes blootstelling aan bloed en liggaamsvloeistof op te doen, is blootstelling aan spatsels met hierdie vloeistowwe ook in die studie ingesluit.

Twee deelnemers wat onbeskermd mond-tot-mond kontak gehad het tydens aktiewe kardiopulmonale resussitasie op 'n besoeker wat op 'n openbare parkeerterrein inmekaar gestort het, is gevolglik ook in die studie opgeneem (verwys na Figuur 1).



**FIGUUR 1**

### 3.3 DATA ONTLEDING, -INTERPRETASIE EN LITERATUURKONTROLE

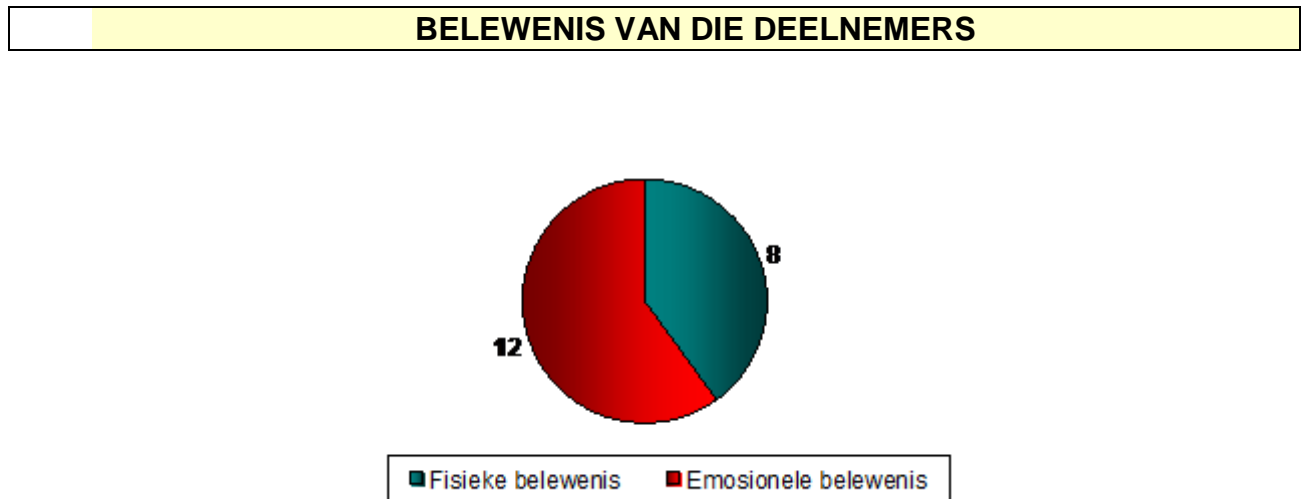
Beroepsverwante blootstelling aan MIV word allerweë as 'n traumatiese situasie met 'n hoë waarskynlikheid van direkte of indirekte benadeling van gesondheid, en selfs lewensverlies aanvaar (Balachandran, 2002: Intyds; Bandolier Extra, 2003: Intyds; HASA, 2003: 12-14; Stoker, 2004: Intyds).

Die studie het hierdie siening ondersteun, en getoon dat verpleegpersoneel enige beroepsverwante blootstelling aan 'n pasiënt se bloed of liggaamsvloeistof as besonder traumaties ervaar. In die konteks van verpleging, word 'n traumatiese insident as enige gebeurtenis buiten die gewone daaglikse werksaamhede beskou, veral indien dit as besonder ontstellend deur die personeellid ervaar was en die daaglikse roetine daarna beduidend versteur word (NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]:Intyds; GP-Training.net: 2006a:Intyds). Selfs al was daar geen direkte fisieke infeksie as gevolg van die blootstelling nie, word die gebeure steeds weens die verlies aan beheer daaroor as traumaties bestempel (Phalen, 1998:Intyds; Matson, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; HASA, 2003:12-14; Gao, 2004:intyds; Stoker, 2004:Intyds; Leonard, 2004:Intyds; Watterson, 2005:6; Worthington, 2006:215-217).

O'Neill en McKinney (O'Neill, 2003:Intyds), asook King (HIVAN, 2002:Intyds), beklemtoon die feit dat verpleging en pasiëntsorg inherent tot hoë vlakke van kroniese spanning aanleiding gee. Die kern van hierdie spanning is die teenwoordigheid van primêre en sekondêre stressors in die dagtaak. Primêre stressors spruit uit die aard en intensiteit van sorggewende take, insluitend werksdruk en groot getalle pasiënte. Sekondêre stressors sataan ekstern tot die werklike sorggewersrol, byvoorbeeld die blootstelling aan menslike liggaamsvloeistof tydens besering-aan-diens (O'Neill en McKinney, 2003:Intyds). Hierdie stelling strook met navorsing onder blootgestelde gesondheidsdienspersoneel in Szczecin, wat aangedui het dat MIV-infeksie met baie sterk emosionele kwessies verbind kan word (Rosenstock, 2004:Intyds; Giza, 2004:Intyds). MIV-infeksie word as 'n traumatiese toestand van verliese beskou, wat emosionele en fisieke aspekte soos verlies aan onaantasbaarheid, selfkonsep en selfbeeld, en afname in aktiewe liggaamsfunksie en – kragte insluit (Psychosocial impact of HIV/AIDS, [s.a.]:Intyds).

Ongeveer 30% van alle persone wat aan trauma blootgestel word sal daarna 'n post traumatiese stres versteuring ontwikkel. Ongeveer 5% van mans en 10% vrouens word op 'n stadium van hul lewens deur hierdie versteuring aangetas, wat redelik algemeen voorkom en met simptome soos konsentrasieverlies, slapeloosheid, of 'n gevoel van afsondering, vereensaming of afsydigheid teenoor die lewe gepaard gaan. Gewoonlik verdwyn die simptome in die dae en weke wat volg (NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]:Intyds). Verskeie deelnemers aan die studie het ooreenstemmende ervarings hieraan beskryf, soos in die raamwerk vir die ontleding van die data (Figuur 3) uiteengesit is.

Die navorser het die transkripsies van die twee stelle in-diepte onderhoude herhaaldelik bestudeer en die data in twee hoof ervaringskategorieë, te wete emosionele belewenis van die blootstelling en fisieke belewenis van newe-effekte na profilaktiese anti-retrovirale behandeling, ingedeel (verwys na Figuur 2):



**FIGUUR 2.**

Sub-kategorieë met temas is onder elke kategorie identifiseer. Die sub-kategorieë onder emosionele belewenis sluit in: “Rourespons”, “Die ervaring van ondersteuning”, asook “Gedagtes aan die gebeure”. Onder die kategorie “Fisieke belewenis” is die sub-kategorie “Ervaring van newe-effekte weens die profilaktiese behandeling” identifiseer. Onder elke sub-kategorie is temas identifiseer wat vanuit die transkripsies verkry is (vergelyk Figuur 3).

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
3.3.1 Emosionele belevens	3.3.1.1 Rouespons: 3.3.1.1.1 Ontkenning	<p>“Ek wou nie weet nie...”.</p> <p>“Ek is nie reg hiervoor nie”.</p> <p>“Dis oor. Ons gaan net aan...”.</p> <p>“Die gedagte aan ’n herhaling van alles was net te veel”.</p> <p>“Ek het getalm, en getalm, totdat ’n verpleegster gesê het ek moet gaan”.</p>
	3.3.1.1.2 Angs en vrees	<p>“Ek was só bang gewees...”.</p> <p>“Ek kon net nie weer daardeur gaan nie”.</p> <p>“Dis ’n nagmerrie. Ek wil trou...”.</p> <p>“Ek wou ophou verpleeg. Ek bly bang”.</p>
	3.3.1.1.3 Woede	<p>“Ek is somer weer kwaad”.</p> <p>“Dit maak my woedend om te dink...”.</p>
	3.3.1.1.4 Aanvaarding	<p>“Ek weet ek is blootgestel”.</p> <p>“Ek het nou soveel meer empatie met die MIV-positiewe pasiënte. Daar is bevrediging in versorging van die pasiënte”.</p> <p>“Dis déél van die werk”.</p>
	3.3.1.2 Ervaring van ondersteuning	<p>“Dis baie goed gewees...Ek is tevrede met die ondersteuning”.</p> <p>“Ek het nie klagtes nie”.</p> <p>“Ek dink daar moet ’n voltydse persoon hiervoor aangestel word”.</p> <p>“Ek is goed ondersteun by die werk”.</p> <p>“My man verstaan wat ek moes deurgaen”.</p>
	3.3.1.3 Gedagtes aan die gebeure	<p>“Ons was so besig, daar was nie tyd om aan jouself te dink nie”.</p> <p>“Dis eers toe die briefie vir die opvolg bloedtoets gekom het, dat ek weer daaraan gedink het”.</p> <p>“Ek het heeltemal daarvan vergeet, tot nou toe”.</p> <p>“Ek is nou altyd baie meer versigtig”.</p> <p>“Ek is altyd bewus van die risiko”.</p> <p>“Ek bly bang”.</p>
3.3.2 Fisieke belevens	3.3.2.1 Newe-effekte weens die profilaktiese behandeling	<p>“Ek wou nie weer die pille drink nie. Daardie pille maak jou dóód!”</p> <p>“Ek was so bang ek word nog sieker van die medikasie”.</p> <p>“Almal praat oor die effek van die pille op ’n mens, en dit is so. Dit maak jou siek voel”.</p> <p>“My grootste vrees was die medikasie”.</p> <p>“Die newe-effekte...!”.</p> <p>“Ag, nee, ek was so effens mislik, maar dis al”.</p> <p>“Ek was nie naar nie!”</p>

**FIGUUR 3** Raamwerk vir data ontleding

Die emosionele belewenis van die blootstelling, wat deur al die deelnemers beklemtoon is, word vervolgens in meer besonderheid bespreek.

### 3.3.1 Emosionele belewenis van die blootstelling-aan-diens

In die studie is gevind dat die emosionele belewenis ten opsigte van die blootstelling sonder uitsondering die meeste deur al die deelnemers beklemtoon is, en 'n langdurige impak op hul emosies en selfs werkswyses gehad het. Verskeie deelnemers het reeds met die eerste in-diepte onderhoud vertel dat hulle emosionele uitvalle na blootstelling ervaar het.

*“Dit vat maar aan 'n mens emosioneel en fisiek, veral omdat ek nou hierdie [nuwe]effekte [van die profilakse] gekry het.”*

Hierdie gevoelens het gewissel van angs, gelatenheid en aanvaarding, tot meer negatiewe emosies soos vrees, woede en verlies. Een leerling deelnemer het tydens leersituasies van aangetaste kognitiewe funksie in die vorm van gebrekkige konsentrasie, indruisende gedagtes en geestelike moegheid gekla, terwyl 'n ander deelnemer 'n oorheersende gevoel van algemene vereensaming en afsondering gerapporteer het.

*“Omdat ek nie getroud is of [met iemand] betrokke is nie, het ek niemand gehad om te vertel nie. ”*

Die meerderheid deelnemers was tydens die eerste in-diepte onderhoud sigbaar bewoë, huilerig of verdrietig. Enkeles was om die beurt tydens die onderhoud kwaad en ontsteld:

*“Ek word sommer weer kwaad as ek aan die onregverdigheid daarvan dink!. Daardie persoon [wat die besoedelde skerpvoorwerp in die gebruikte instrumentblad gelos het] kom skótvry daarvan af! En ék wou nét hélp! ”*

In die enkele geval waar die bronpasiënt se MIV-(positiewe) status voor die blootstellingsinsident bekend was, is die emosionele trauma meer intens deur die blootgestelde personeellid ervaar. Nadat hierdie uitslag aan die deelnemer bekend gemaak is, het sy in 'n periode van 'n week toenemende wisselende emosies ervaar.

Hierdie was die enkele geval tydens die studie waar 'n deelnemer so siek geword het weens newe-effekte van die anti-retrovirale profilakse dat sy nie met haar dagtaak kon voortgaan nie, en waar siekverlof aan haar toegestaan moes word.

*“Ag, dit gaan nou weer goed, eintlik. Net baie naer – aan die begin was ek baie naer gewees. Ek drink nou Maxalon® voor elke keer as ek die pille moet drink. En ek moet sê, dit gaan beter. En die moeg – ek was móég. En die klomp sê ek is mal – het sulke mal fases, maar Dr J sê dis maar hoe ek is! [lag.] Verder gaan dit nou goed met my.”*

In die ander elf blootstellings in die studie was die bronpasiënte se MIV-status onbekend omdat geen laboratorium bloedontledings vooraf of daarna uitgevoer is nie. Die hospitaal se bewakingsprotokol vereis nie dat dit gedoen word indien die blootgestelde personeellid in elk geval anti-retrovirale profilakse gaan gebruik nie. Interessant genoeg het die groep deelnemers wat nie kennis van die pasiënt se MIV-status gehad het nie, minder spanning daarvoor rapporteer, hoewel almal aanvanklik tot 'n mate angstig daarvoor was.

*“... Maar toe sê Suster C vir my al toets die pasiënt in die vensterperiode, vir veiligheid moet ek maar afgaan [Noodgevalle toe]. Toe het hulle [my] bloed getrek en my op behandeling gesit.”*

Die drie maande van die bewakingsperiode was met emosie belaa. In hierdie tyd is die navorser deur die diepte van die emosie van sommige van die deelnemers geraak. Veral een opvolg in-diepte onderhoud met 'n deelnemer wat ná drie maande steeds 'n diepe verdriet openbaar het, het 'n impak op die navorser gehad. Hierdie deelnemer se blootstelling het 'n uitgebreide nadraai vir haar gesin gehad. (Geen aanhaling hieroor is beskikbaar nie, aangesien die deelnemer versoek het dat hierdie spesifieke data nie in die studie ingesluit word nie).

In vergelyking was die emosieloosheid van twee van die deelnemers tydens die eerste onderhoud meer onverwags. Die navorser het hierdie afsydigheid moeiliker verklaarbaar as uitgesproke hartseer gevind, in aggenome die kort tydjie wat na die blootstelling verloop het. Die deelnemers was gevolglik minder maklik om te ondersteun. Ten laaste is tot die gevolgtrekking gekom dat hierdie persone waarskynlik 'n baie streng houvas op hul emosies as deel van hul persoonlike hanteringsmeganismes toegepas het. Hoogs



getroumatiseerde persone kom soms juis ongeërg voor om hul gevoelens van uiterste hulpeloosheid en uitlewering te verbloem (Holtzman, [s.a.]:Intyds; Brahm, 2004:Intyds).

*“Ek het eerlikwaar nie tyd om verder daaroor te worry nie. Ek hanteer baie van die goed op krisisbestuur. Dit waarvoor ek nie tyd het nie, worry ek net nie oor nie.”* [Deelnemer haal die skouers op, swaai haar arms en kyk die navorser vas in die oë, amper glurend].

’n Vergelyking van die waargenome verskille in die individuele deelnemers se emosionele status gedurende die eerste en die tweede in-diepte onderhoud was interessant. Tydens die tweede onderhoude het agt van die deelnemers gesê dat die insident na hul mening verby is, en dat hulle net so gou moontlik daarvan wil vergeet. Terselfdertyd was daar egter die agt wat na drie maande steeds oor die gebeure bewoë geraak het, terwyl vyf deelnemers erken het dat hulle steeds by die werk gespanne is en vrees ervaar as hulle aan die blootstelling dink.

*“Dis al die strooi wat jy snags lê en dink as jy skuldig voel en lus is om góór te wees met jousef. Nou in retrospek weet ek nie of ’n mens dit regtig aan jousef moet doen nie. Maar ... oe, nou raak ek skoon bewoë! [oë skiet vol trane] ... jy doen dit.”* [Tweede onderhoud, drie maande later].

*“...Ek is nou ‘flippin’ bang vir daardie goed!”*.[Intraveneuse toestelle met skerp stilette].

Drie maande na hul blootstelling was drie van die deelnemers steeds bekommerd dat hulle as gevolg daarvan met MIV geïnfecteer mag wees, ten spyte van wetenskaplik gegronde feite oor MIV wat tydens die na-blootstellingsberading oorgedra is, en suksesvolle voltooiing van die kursus profilaktiese anti-retrovirale terapie deur elkeen.

*“Die suster het daardie tyd gesê mens kan nie sommer VIGS so kry nie. Ek bly nogtans bang. Sê nou... Ek het nou die dag ook oor TB geworry, maar toe sê die dosent mens steek nie so maklik aan nie!”*.[Eerste jaar leerling].

Die meeste deelnemers het erken dat hulle groter versigtigheid by die werk aan die dag lê, terwyl twee openlik aangedui het dat hulle soms tydens hul dagtaak bedreig voel.

*“Nee, ek weet net ek is nou net baie versigtiger. Ek is regtig baie versigtig, veral met die mes [skalpel]. Ek kyk baie goed ... ek het my dokters nou ook so. Hulle weet ek is bang en ek watch hulle met valkoë. Ek dink ... Dis miskien die een goeie ding hieruit – ’n mens raak baie meer versigtig met skerpvoorwerpe. Ons is nié maatjies nie.”*

*“Ek het reeds twee vriendinne verloor deur die virus. Somehow, ek weet nie, voel ’n mens as jy iets doen, dan is dit maar aanvaarbaar as jy dit [MIV] opdoen, maar nie deur die werk nie. Maar dit kom maar saam met die territory. Ek het nog nie weer self bloed getrek nie, behalwe met ’n arteriële lyn nie [lag].”*

*“Ek is versigtiger, maar ek sê ook vir hulle: ... ‘Matrone sê altyd: Trek aan julle handskoene’, dan is jy partymaal haastig en het jy nie handskoene aan nie. Maar ek is versigtig – liever bang Jan as dooie Jan. Ons sê vir hulle. Baie keer dan sê die dokters of narkotiseurs, as hulle dink die pasiënt is ... ons praat met hulle, en hulle sê as hulle dink daar is fout.”*

In die literatuur bestaan daar geen twyfel dat verpleegpersoneel van alle gesondheidsdissiplines, die hoogste beroepsverwante risiko loop vir MIV-blootstelling nie (Giza, 2004:Intyds; Watterson, 2005:20-21; Allan, 2005:50; Perry, 2005:28; Smith en Leggat, 2005:449-450). Hoewel moontlike beroepsverwante blootstelling aan MIV-infeksie ’n onvermydelike deel van die verwysingswêreld van die verpleegpersoneel van die bestudeerde hospitaal uitmaak, is relatiewe spoedige aanvaarding van die gebeure en die daaglikse risiko daarvan deel van hul reaksie daarop, soos aangehaal.

*“Ek moet sê, hierdie drie maande het ek nie eens twee keer daaraan gedink nie. Omdat dit die tweede keer is dat dit met my gebeur, dink ek. Die eerste keer het ek al in my gedagtes alles uitsorteer en my planne gemaak. Ek was voorbereid as ek positief sou wees. Hierdie keer was ek rustig gewees, amper té rustig?”*

*“Ek voel die noodlot is die noodlot en as iets gaan gebeur, gaan dit gebeur. Niks kan jou voorberei nie. Geen personeel doen so iets doelbewus nie. Dis ’n ongeluk.”*

*“Daar het niks eintlik regtig verander daar nie. Ek voel maar net soos altyd daaroor. Dis nie dat ek méér negatief voel daaroor nie. Glad nie. Hulle sê mos elke sport het sy beserings, maar ekke ... ek is [voel] nog steeds positief.”*

### 3.3.1.1 Die rourespons, as deel van die rouproses

Uit die transkripsies het dit geblyk dat die deelnemers aspekte van die rourespons intensief beleef het. Agt van die deelnemers het episodes van vergeetagtigheid gerapporteer, soos prakties deur die navorser ondervind is toe deelnemers herinner moes word om in-diepte onderhoude en afsprake vir bloedsiftingsstoetse na te kom. Gedrag soos hierdie, waar persone aktief of onbewustelik optree om herinnering aan die traumatiese blootstelling te vermy, is sprekend van 'n normale, maar negatiewe meganisme waarmee gevoelens oor die trauma hanteer word. Veral in gevalle waar persone na die gebeurtenis meer angs, irritasie, skrikkerigheid of oor-waaksaamheid as gewoonlik ervaar. Dit kom dikwels voor waar persone reeds voorheen angservarings gehad het, of moontlik nie voldoende ondersteuning van kollegas, gesinslede of vriende ontvang het nie (NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]:Intyds; American Hospice Foundation, 2000:Intyds; Brahm, 2004:Intyds; GP-training.net, 2006b:Intyds).

Indien die belewenisse, soos deur die deelnemers weergegee bestudeer word, blyk die beskrywings ooreen te stem met die tipiese rouproses soos in die literatuur beskryf word (O'Neill en McKinney, 2003:Intyds). Die rouproses sluit 'n *rourespons* in, soos duidelik deur die deelnemers in die studie aangetoon is. Die rourespons bestaan uit die ervaring van verskeie emosies soos woede, vrees, ontkenning, depressie, gelatenheid en aanvaarding (American Hospice Foundation, 2000:Intyds; Gorle, 2002:Intyds; Pecorino, 2002:Intyds; HIVAN, 2003:Intyds; O'Neill en McKinney, 2003:Intyds; Kessler, 2005:Intyds; American Cancer Society, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds).

Gedrag- en emosionele wisseling is ongetwyfeld deel van die aktiewe rourespons (O'Neill en McKinney, 2003:Intyds). Die meeste mense word volwasse met die onbewuste geloof dat hul lewe redelik veilig en seker is, en 'n bepaalde vorm, betekenis en doel gaan aanneem. Gedurende die persoon se onverwagte blootstelling aan

moontlike MIV-infeksie en die daaropvolgende trauma, is hierdie innerlike beeld van die deelnemers vernietig, of is daar verskillend opgetree van wat die verwagting of behoefte was. Die deelnemers aan die studie rou dus oor die verlies van hul basiese oortuiging oor lewe, asook hul eie konsep van persoonlike gesondheid en onaantasbaarheid (GP-Training.net, 2006a:Intyds), hoewel verskillende uiterlike verskynsels hiervan waargeneem is. Hierdie belewenis is een aspek van post traumatiese stres versteuring (GP-Training.net, 2006a:Intyds). Die deelnemers mag onbewustelik die skok van die oomblik gemeet het teenoor die verwagte verandering wat dit in hul lewens sal veroorsaak. Verwagte verdriet mag ontwikkel (Reder, [s.a]:330; O'Neill en McKinney, 2003:Intyds).

Verwagte verdriet word vanaf die oomblik van blootstelling of skok beleef (Pecorino, 2002:Intyds; O'Neill en McKinney, 2003:Intyds; Interdenominational Church, 2005:Intyds; Callahan, 2005:Intyds). As sulks is verwagte verdriet 'n fase waarin 'n voorheen onfeilbare vertrouwe in die toekoms verloor word; aannames oor persoonlike veiligheid en onaantasbaarheid drasties aangepas moet word, en rolverandering moet plaasvind.

*“Toe ek my raakgesteek het, het ek geskrik en jy wonder wat gaan gebeur. Maar dan dink jy maar weer aan daardie pasiënt wat daar lê – sy is maar nege jaar oud. Een van die XXXX se kinders. Toe het ek na Sr LR toe gegaan en toe sê sy ek móét alles invul. Ek wou dit eers los, maar toe dink ek 'n mens kan dit vandag nie meer sommer los nie. 'n Mens weet nie meer nie. 'n Mens hoef ook nie maer te wees nie, nê?”*

Die praktiese effek van verdriet is by die deelnemers waargeneem aangesien aanpassings in professionele werkswyse en in gesinsverband gemaak moes word, byvoorbeeld waar kondome skielik in 'n stabiele huwelik gebruik moes word.

*“Ons het nie kondome gebruik nie. Ek moes vir hom [eggenoot] gesê het, maar ek was nie reg om vir hom te sê nie.”*

'n Rouende persoon beleef hartseer, angs en depressie voordat die verlies en verandering verwerk en aanvaar kan word (Cross Creek, [s.a.]:Intyds). Stellings soos “Ek het altyd gedink ...” en “Hoe gaan ek ...?” word dikwels gebruik, soos deur die deelnemers gedoen is.

“*Ek het nooit gedink dat ek op so 'n situasie sal afkom nie.*”

“*Hoe sê ek vir my man? Hy is soms só vyandig oor my werk.*”

Die gedagte dat die blootstelling moontlik voorkombaar was, kompliseer dikwels 'n persoon se rouproses, soos die ervaring van newe-effekte weens profilaktiese behandeling (HIVAN, 2003:Intyds; O'Neill, 2003:Intyds; Medical Library, 2004:Intyds; Health 24.com, 2006:Intyds).

Dr Elizabeth Kübler-Ross is waarskynlik een van die wêreld se bekendste skrywers op die gebied van die klassieke stadiums van die rourespons. Sedert haar werk verskyn het, is verskeie ander modelle hieroor geformuleer, byvoorbeeld dié van Worden, Bowlby, Horowitz en Rando (National Institute of Health Grief Information, [s.a.]:Intyds; Gorle, [s.a.]:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds). Die Kübler-Ross model bestaan uit vyf oorvleuelende stadiums, naamlik *ontkenning* (wat elemente van angs en vrees insluit), *woede*, *onderhandeling*, *depressie* (wat weer eens angs en vrees insluit) en *aanvaarding* (Bowers, [s.a.]:Intyds; National Institute of Health Grief Information, [s.a.]:Intyds; Gorle, 2002:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds; Callahan, 2005:Intyds). Dikwels word hierdie vyf stadiums van die rourespons in drie saamgevat, naamlik ontkenning, hantering en afhandeling (MentalHelp.net, 2005:Intyds; eMedicine, 2005:Intyds; Kessler, 2005:Intyds; Callahan, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds).

Uit die response van die deelnemers was dit duidelik dat die elemente van die model van Kübler-Ross die beste met die emosies wat die studiedeelnemers beleef het, ooreenstem. Ontkenning, woede (wat vrees en angs insluit) en aanvaarding is duidelik tydens die studie demonstreer, en daar is besluit dat angs en vrees meer breedvoerige beskrywing regverdig omdat hierdie emosies so prominent deur die deelnemers beskryf is. Van die deelnemers se vertellings het elemente van depressie en hartseer tydens hul onderhoude openbaar, terwyl onderhandeling, waar die persoon volgens Kübler-Ross

“met ’n Hoër mag” pleit om die verlies ongedaan te maak, nooit direk deur die deelnemers geverbaliseer is nie (Gorle, 2002:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds).

Met die eerste in-diepte onderhoud, net na die blootstelling, is die ontkenningfase die sterkste gedemonstreer.

### **3.3.1.1.1 Ontkenning**

Ontkenning is die onvermoë of onwilligheid om die skok of verwagte verlies (blootstelling) te aanvaar of te erken, en kom dikwels kort na die insident voor. Die gebeure mag soos ’n slegte droom ervaar word, waar alles weer na normaal sal terugkeer wanneer die dromer wakker word. Dikwels gaan persone deur periodes waar hulle die werklikheid misken of afsydig daarteeor staan, en word hul aandag so deeglik deur ander aktiwiteite en gedagtes afgelei dat daar nie aan die blootstelling of verwagte verlies gedink word nie (NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]:Intyds; Macnair, 2005:Intyds; Kessler, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds, GP-Training.net, 2006b:Intyds).

Laasgenoemde verskynsel is duidelik tydens die studie waargeneem, waar verskeie deelnemers dikwels spontaan opgemerk het dat hulle steeds nie kan glo dat die blootstelling plaasgevind het nie, of nie kan glo dat hulle daarvan vergeet het nie:

*“Oor die algemeen is ek altyd baie versigtig – ek kan steeds nie dink hoe dit gebeur het nie!”*

*“Dit bly ’n slegte ding... En tóg het ek vergéét! As jy nie daardie briefie gestuur het nie, dan het ek nie onthou nie! En ek het gegaan en eintlik het die uitslae so gou gekom, so sonder moeite!”*

Ander het oënskynlik ’n meer pragmatiese houding ingeslaan, maar tog gehuiwer om onmiddellik behandeling of hulp te soek, het nie die blootstelling openbaar gemaak of openlik daaroor gepraat nie, wat op ’n ontkenning van die impak van die gebeure mag dui (NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]:Intyds; Brahm, 2004:Intyds; Macnair, 2005:Intyds; Kessler, 2005:Intyds; Callahan, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds, GP-Training.net, 2006b: Intyds).

*“...En ek het dinge hier gehad wat ek moes doen. Nog steeds worstel ek nie met die gedagte dat ek gaan VIGS kry nie.”*

*“Dis vir my aanvaarbaar om net vir een mens daarvan te vertel.”*

Volgens kundiges soos Kübler-Ross en Horowitz is ontkenning 'n normale hanteringsmeganisme, met die doel om die akute pyn van die verlies of skok meer draaglik en minder oorweldigend te maak (Psychosocial impact of HIV/AIDS, [s.a.]:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds; Pastoral Care for Grief, 2005: Intyds; GP-Training.net, 2006b:Intyds).

*“En die groot ding is, 'n mens is bietjie in **denial** en wil nie regtig daaroor praat nie, wil nie daarmee deal nie [lag onderlangs].”*

Ontkenning skep dikwels noodsaaklike ruimte vir kognitiewe en emosionele rus tydens spanning (Psychosocial impact of HIV/AIDS, [s.a.]:Intyds).

*“Ek was ... na die tyd besig om my hande te was en toe vra hy [dokter] vir my wat ek doen. Doodrustig sê ek vir hom ek het my raakgesteek, en toe reageer **hy** [aksentueer], en toe **hy** reageer, toe skrik **ék**, want hy ‘melk’ toe my hand verder uit. Hy het hom omtrent amputeer! Ek vra toe vir hom is hy bekommerd oor iets, maar hy sê: ‘Nee’ hy’s nie bekommerd nie, hy wéét die pasiënt is [HIV] positief! Toe skrik **ék** omdat **hy** skrik!”*

'n Persoon in ontkenning voel dikwels koud en mag gevoelloos of apaties voorkom (Brahm, 2004:Intyds; Macnair, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds; GP-Training.net, 2006b:Intyds).

*“Weet jy, ek hét nie nou lús hiervoor nie! [heftig, swaai die hand]. Nie wéér nie... As die personeel nie so aangehou het nie, was ek nou by die huis.”* [Personeellid kom koud en klinies in haar vertelling van die gebeure voor, maar raak driftig wanneer sy oor die gebeure praat].

Onsensitiwiteit deur die werkgewer, kollegas of gesinslede in hierdie stadium mag veroorsaak dat die blootgestelde persoon eerder in stilte sal rou of weens voortgesette gevoelens van verwarring, verlies of hartseer nog skuldiger sal voel (Leaver, 2006:Intyds):

*“Maar moet ons dan nie liewer skermbrille dra nie? Maar dra ons nie, dan is dit mos eintlik ons eie skuld? Hoe werk dit nou?”* .[Verwarde leerling, wat skielik tydens die tweede onderhoud vervaard beseft het dat sy self verantwoordelikheid dra vir wat met haar gebeur het].

*“Niemand het vreeslik aandag gegee [na die aanvanklike ophef] nie. Almal het maar weer aangegaan met waarmee hulle besig was. Ekself het nie geworry, of regtig omgee nie. Dis maar net sleg – ’n ongemaklike situasie, dis maar al.”* . [Skud die kop, kyk af].

Hoewel daar sommige deelnemers as gevolg van ontkenning gehuiwer het om die blootstelling onmiddellik te rapporteer, het hierdie respons tog nie verhoed dat dit wel gedoen is en al die personeel behandeling ontvang het nie.

*“Ek het as gevolg van my eie veiligheid besluit om die pille te drink. As daar **iéts** kón wees, dan kon hulle gekeer het of dit weggeneem het.”*

*“Aan die begin is jy so opge-psych oor wat gebeur het, jy wil net weet wát gaan aan, wát gaan aan? Verstaan jy? Maar as verby is en jy begin veilig voel, dan dink jy: ‘Ag, ek is nie rêrig lus om terug te gaan nie’.”* . [Verduideliking aangebied oor hoekom die deelnemer getalm het voordat sy vir die laaste bloedtoetse gegaan het, ten spyte van haar aanvanklike angstigtheid oor die naaldprik].

Tydens data ontleding was dit duidelik hoekom verskeie blootgestelde verpleegpersoneel in die bestudeerde hospitaal aanvanklik gehuiwer het om die insident aan te meld.



*“Ek het eers gedink moet ek dit nie maar los nie – dit heeltemal uitlos. Toe dink ek ‘Nee, dalk moet ek dit liever nie los nie’. Ek het toe gedink ‘Ag dit sal seker niks maak nie, maar ’n mens weet nooit’. Toe sê ek maar vir die suster.”. [Student, verward en onseker].*

*“Ek was nie lús om af te gaan [ Noodgevalle toe] nie! ... Ek het getalm en getalm - ek wóú nie gaan nie. Suster B was by en sy het gesê ek moet afgaan Noodgevalle toe, maar wat deur my kop gegaan het is dat ek nie wéér deur die behandeling wil gaan nie ... Vir my is dit: Ek was weer agterlosig!! Dat dit nou weer dieselfde met my gebeur het. So het ek nou maar aangegaan met my dagtaak, ek wou nie gaan nie. Dit het [my] so twee of drie uur gevat voor ek toe gegaan het.”.*

Bandolier Extra (2003:Intyds) beweer dat naaldprikongelukke skynbaar ’n gereelde maar verborge internasionale probleem in gesondheidsorg is, wat daarna weer meestal deur die blootgestelde personeel vergeet word omdat “die lewe moet voortgaan”.

*“Dis agter my, verby. Ek wil nou net vergeet en met my werk aangaan. Ek het nie tyd om aan te hou tob nie. Dis mos nou oor.”.*

Hierdie tendens is in die studie waargeneem, ten spyte van die relatief klein aantal deelnemers. Hoewel al die deelnemers se blootstellings amptelik aangemeld en gedokumenteer is, het drie langer as twee ure gewag voor dit gedoen is. Slegs vier het dit binne die voorgeskrewe uur na blootstelling gedoen.

*“Ek het getalm en getalm, ek wóú nie gaan nie... Dit het agtuur gebeur en ek is eers eenuur Noodgevalle toe.”.*

Hierdie neiging om te huiwer keer nie dat ’n groeiende persentasie van die blootstellings-aan-diens wel in Suid-Afrika aangemeld word nie. Die Hospitaal Vereniging van Suid-Afrika (HASA) meld dat toenemend meer eise ter waarde van tussen R10 000-00 en R15 000-00 per jaar vir besering-aan-diens in Suid-Afrika ontvang word (HASA, 2003:11-14).

Deel 8 van die Suid-Afrikaanse Beroepsgesondheid en Veiligheidswet, (Suid-Afrika. Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, wet nommer 85 van 1993, soos aangepas), bepaal dat blootgestelde werkers op werkgewersondersteuning aanspraak mag maak, en vereis dat werkgewers aandag aan elke blootstelling-aan-diens moet skenk. Dus moet hierdie insidente altyd aangemeld word, al sou die betrokke persoon nie self daarmee saamstem nie en eerder die insident wou vergeet (Suid-Afrika. Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, wet nommer 85 van 1993, soos aangepas).

Ander deelnemers aan die studie het op die oomblik geweier om aan die blootstelling te dink, daarvoor te praat of dit aan te meld, en het eers later hulp gaan soek. Die redes vir die aarseling wat aangevoer is, sluit skok, werksdruk en vrees vir die verwagte newe-effekte van profilaktiese behandeling in.

*“Punt nommer een - ek wil nie wéér deur dáárdie behándeling [beklemtoon die woord] gaan nie. Ek was laas soos ’n dóóie lyk – ’n zombie.”. [Tweede blootstelling binne een jaar].*

*“Aan die begin is jy so opge-psych oor wat gebeur het .... Maar as als verby is en jy begin veilig voel, dan dink jy: ‘Ag, ek is nie rêrig lus om terug te gaan nie’.”.*

Al vier deelnemers wat ook voorheen aan-diens beseer is het gevoel dat die proses om die vereiste dokumente te voltooi baie tyd in beslag neem, terwyl daar ’n verlies aan produktiwiteit is. Hierdie verskynsel is in die literatuur gevind (Balachandran, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds).

*“...Ek was omtrent twee uur in Noodgevalle gewees. Intussen het die werk gestaan.”.*

*“Daar is baie papierwerk, en suster B het alles vir my help doen. Ek is nie geburden daarmee nie. Ek is nie onnodig opgehou nie, en dit was lekker om te hoor hoe sy vir suster Z... by die huis gebel het om dinge uit te vind. Dit was gerusstellend.”.*

Dieselfde kommentaar is van sommige van die ander deelnemers, wat vir die eerste keer deur die proses is, ontvang.

*“Wat sleg was is om onmiddellik weer terug te gaan werk toe en in die hoërsorg van die eenheid twee pasiënte te hê, en twee ure weg te wees. En dan moet jy nog vrede maak met wat gebeur het.”*

*“Toe ek by Noodgevalle kom, het die suster en dokter wat aan-diens was albei met my ’n onderhoud gevoer. Ek moes ’n rukkie wag want dit was besig, ... hulle het my dadelik in ’n cubicle laat sit en die bloede getrek wat getrek moes word, die onderhoud gevoer en die Combivir® gegee wat ek moes drink.”*

*“Toe sê ek maar vir die suster. Hulle het láánk [beklemtoon] gevat voor hulle my daar gehelp het, by die saal, voordat ek nou eers Noodgevalle toe gegaan het. Toe het ek uiteindelik alleen Noodgevalle toe gegaan. Toe sê die suster by Noodgevalle hulle sal my laat weet wanneer om te kom – hulle kon my nie dadelik help nie. Daar was baie rugbybeserings gewees. Dit het báie lank gevat.”*

Die literatuurkontrole van die studie onthul dat 40-70% van blootgestelde personeel wêreldwyd versuim om die insident hoegenaamd te rapporteer. Ontkenning van die blootstelling kan tot onderrapportering aanleiding gee, en is ’n groot bron van kommer vir gesondheidsdienste (Wilburn, 2004: Intyds). So ver bekend, is alle gevalle van blootstelling-aan-diens tydens hierdie navorsingsperiode aangemeld en in die studie ingesluit.

Benewens die ontwrigting van persoonlike lewens, lei profilaktiese behandeling dikwels tot gevoelens van verleentheid, newe-effekte en ander siektetoestande, wat weer behandeling vereis (Lee, 1999: Intyds; Goeldner, 2000: Intyds; Brahms, 2000: intyds; Stoker, 2004: Intyds). Newe-effekte na die gebruik van die middels was deurgaans ’n probleem vir die deelnemers aan die studie.

*“Ek weet mos die pille gaan jou siek maak.... Ek was nie lus om vir hierdie klein beserinkie af te gaan nie. Wat kan nou tog gebeur?”*

*“Ek het nie eintlik vir baie mense vertel nie, want dit was nie eintlik vir my dramaties gewees of so nie. Dit was eintlik meer snaaks ... Dit wás ’n verleentheid om dit vir die suster te gaan vertel.”*

Doebbeling (2003:Intyds), Osborne (2003:Intyds), Kotelchuck (2004:Intyds) en Elimiye (2004:Intyds) het hierdie vermyding of huiwering om aan te meld onder blootgestelde gesondheidspersoneel in die Verenigde State van Amerika, Australië en Brittanje beskryf. ’n Opname deur Elimiye (2004:Intyds) onder 300 gesondheids-dienerswerkers (verpleegkundiges ingesluit), het getoon dat 80% van die deelnemers bewus was dat ’n naaldprikvoorval aangemeld moet word, hoewel slegs 51% van die blootgestelde personeel in daardie studie sover gekom het. Dit wil voorkom asof daar internasionaal ’n “kultuur van stilte” oor skerpvoorwerpverwante besering-aan-diens bestaan (Doebbeling, 2003:Intyds; Elimiye, 2004:Intyds).

Die deelnemers het weens persoonlike oorwegings van mekaar verskil oor wat hulle van hul blootstellingsinsident vertel het:

*“Ek het nie my kind vertel nie – ek wil hom nie blootstel nie ... Ek het nie my pa-hulle gesê nie. Ek hét my sussie gesê en ons het besluit ons twee sal dit hanteer en kyk wat gebeur. Ek wil nie dat my pa bekommer nie – hy is tog so beskermend oor sy dogtertjie.*

*“Ek het vir almal gesê – ek’s so gewoon aan praat.”*

Wat positief in die plaaslike studie was, was dat verskeie kollegas die blootgestelde of beseerde deelnemer aangemoedig het om die insident aan te meld, al wou van die deelnemers dit aanvanklik nie doen nie.

*“Die dag wat ek my raakgesteek het – ek wou nie af [na Noodgevalle] gegaan het nie. Suster B het gesê ek moet gaan en Dr K het gevra hoekom ek nóg nie gegaan het nie.”*

*“Daar was ’n verpleegster in die herstelkamer wat aanhou sê het ek moet Noodgevalle toe gaan. Ek het geweet ek gaan nou eers na sewe by die huis kom. Maar ek wou eers nie – ek was nie lus nie. Ek is toe tog af, en ek is bly ek het gegaan. ’n Mens sal altyd bly wonder het.”*

### 3.3.1.1.2 Angs en vrees

In die studie was angstigheid en vrees twee sterk emosies wat die meeste deelnemers gedurende die eerste in-diepte onderhoud gerapporteer het. Veral die twee blootgestelde verpleegleerlinge het oorweldigende angste oor die spasies liggaams-vloeistof in die gesig beleef, terwyl die naaldprik- en skerpvoorwerpbeserings deur die oer, gekwalifiseerde deelnemers met groter gelatenheid ervaar is.

*“Ek is net bekommerd oor óúd word, nie oor hierdie dinge nie [lag]. Maar nou wonder ek tog oor die bloeduitslae – die natrium en kalium. Ek drink nou ekstra vitamienes.”*

*“Ek was minder as twee uur in Noodgevalle en het natuurlik in die eerste uur al gesê ‘Gee my pil! Gee my pil!’ [Lag effens].”*

Volgens Meienberg (2002: Intyds) en O’Neill (2003: Intyds) dra faktore soos die vlak van opleiding van die blootgestelde persoon sonder twyfel tot verskille in die ervaring van rou by, soos duidelik uit ’n aanhaling uit die onderhoud van een van die leerling deelnemers blyk:

*“...Ek het baie groot geskrik. Die een suster het gesê dis niks nie, maar toe ek vir Suster O [dosent] bel en sy sê ek móét Noodgevalle toe gaan, toe het ek baie groot geskrik. Ek het gedink nou gaan ek dóód!” [Jongste, groot-oog, onervare leerling.]*

“Angs” word as ’n vae, ongemaklike emosionele toestand gedefinieer, waartydens gevoelens van onsekerheid, ongemak, onrustigheid en ontsetting sonder ’n spesifieke rede voorkom. “Vrees” kom met angste ooreen, maar het ’n spesifieke rede of oorsaak

(Kelvens, 1997:Intyds; Answers.com, [s.a.]:Intyds; Loughborough University, 2005:Intyds). Tydens skielike intense emosie word ang en vrees dikwels soortgelyk ervaar, en daarom word die twee emosies in hierdie studie saam geroep.

Angs kan gesond wees en aanpassing bevorder, of die persoon heeltemal benadeel. Indien laasgenoemde plaasvind, verloor die persoon in 'n mate die vermoë om te dink, op te tree of te werk. 'n Persoon word op drie wyses deur ang aangetas, naamlik kognitief (deur veranderde gedagtes), gedrag (gewysigde optrede) asook in psigologiese reaksies soos post-traumatiese stres versteuring (Kelvens, 1997:Intyds; Answers.com, [s.a.]:Intyds; NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]; Intyds; Leonard, 2004:Intyds; Brahm, 2004:Intyds; Loughborough University, 2005:Intyds; Henning, 2006:Intyds; MedicineNet.com, 2006:Intyds; GP-Training.net, 2006b:Intyds).

*“Dit klink nou [na die tyd] seker vreeslik om dit te sê – hoekom ek dit sê ... maar ek het net nie kans gesien om [weer] vir lank sleg te voel nie. Ek haat dit ... ek kan net nie vir so 'n lang tydperk sleg voel nie.”* [Deelnemer verduidelik hoekom sy selfs die gedagte van profilaktiese behandeling na 'n tweede naaldprikinsident binne een jaar, totaal onaanvaarbaar gevind het].

Die deelnemers se self-rapportering van moegheid, vergeetagtigheid, verlies aan konsentrasievermoë en doelgerigte werksverrigting gedurende die eerste onderhoud is aan angsversteuring toegeskryf indien die deelnemer met die tweede onderhoud aangedui het dat dit beter gaan. Haiken (2004:Intyds) stel dit dat wanneer die tydelike spanning eers verlig en die ang verby is, die liggaam en brein herstel en die persoon stadigaan optimaal sal begin funksioneer, totdat volle kapasiteit weer bereik word.

*“Dit bly 'n slegte ding. En tog het ek vergéét! As jy nie daardie briefie gestuur het nie, dan hét ek nie onthou nie. En nou gaan dit goed!”*

*“Ek het die inligtingstuk weer gelees, en gesien: Haai ja, hulle hét dit vir my gesê, en ek hét dit gelees, maar ek was so geskok [op daardie oomblik] ek kon dit nie onthou nie.”*

Behalwe kognitiewe veranderings, het deelnemers gekla van fisieke nuwe-effekte op die behandeling en spanning weens die blootstelling.

*“Ek was moeg en lam gewees, en dit het net gevoel asof ek ’n onvermoë gehad het om enigiets te doen. Ek het gesukkel om te konsentreer.”*

*“Dan begint ek te werk, dan is dit weer ’n doodse moegheid oor my.”*

Vrees en skuldgevoelens mag kombineer om te verhoed dat die blootgestelde persoon hulp soek, oor die gebeure praat of selfs ander persone vertrou.

*“Ek het vir die mense by die huis vertel, maar so iets gebeur [met ’n mens by die werk] en jy wil nie eintlik oorvertel nie. Dit voel te simpel...”. [Wou nie dat te veel kollegas of ander werksmense moet weet nie].*

Die onvoorspelbare aard van MIV-infeksie na blootstelling-aan-diens gee tot gevoelens van hopeloosheid, frustrasie en oorweldiging aanleiding, asook die vrees dat vriende en gesinslede van die persoon sal onttrek (Goldblum, [s.a.]:Intyds; Psychosocial impact of HIV/AIDS, [s.a.]:Intyds; American Psychiatric Association, 2006:Intyds).

*“Kyk, vir my man sê ek niks nie. Ek is te bang om dit vir hom te sê ... hy sal vir my ... nie met my worry ... of dit nie. Nou weet hy, maar toe dit gebeur het, het ek nie vir hom gesê nie.”* [Tweede in-diepte onderhoud, drie maande later].

Die angskomponent van die belewenis van blootstelling vir verpleegpersoneel is baie duidelik in die literatuur bespeur (Bandolier Extra, 2003: Intyds). Navorsing het bevind dat gesondheidswerkers dikwels na blootstelling traumatiese angs ervaar, ten spyte van die beskikbaarheid van doeltreffende anti-retrovirale profilakse (Bandolier Extra, 2003:Intyds; Wnuk, 2003:Intyds), maar dat getuienis-gegronde navorsing hieroor skaars is (Meienberg, 2002:Intyds).

Meienberg en kollegas (2002:Intyds) het die “State Trait Anxiety Inventory” gebruik om twee angsprofile in deelnemers aan sy studie te meet, te wete *geaardheidsangs* (“trait anxiety”, of die neiging om ’n situasie as skadelik te interpreteer); asook

*omstandighedsangs* (“state anxiety”, ’n emosionele toestand wat wissel na gelang die omstandighede, gekenmerk deur bekommernis, senuagtigheid en vrees). Daardie studie het ten laaste bevind dat daar geen verwantskap bestaan tussen die ervaring van akute angste en die tipe blootstelling wat ’n deelnemer gehad het nie (Meienberg, 2002: Intyds).

Angste is as volg deur een van die deelnemers verwoord:

*“Dis wat my báng gemaak het. ’n Ongeluk gebeur só vinnig en ek is elke dag daaraan blootgestel. Ek was in só ’n toestand toe dit gebeur.”* [Personeellid werk as chirurgiese skropverpleegkundige in ’n algemene teater, waar die chirurg haar met ’n gebruikte skalpel raakgeprik het].

*“Ek het eers aan VIGS gedink in die klas, nádat ek die pasiënt gehelp het. Ek het bly dink dat ek myself nou blootgestel het en wát sal gebeur as ek ’n siekte moet opdoen?”* [Student wat vrywilliglik met onbeskermdede kardiopulmonale resussitasie op ’n bewustelose besoeker in die parkeerarea begin het].

Vyf van die twaalf deelnemers het lank na die insident steeds voortgesette angste en vrees aan-diens ervaar.

*“Ons het nou geleer om inspuittings te gee, en ek is noag bekommerd dat ek myself met ’n naald kan raaksteek. Dit pla my, maar ons hét geleer hoe ... Ek móét versigtig wees...”* [Student, wat na verloop van drie maande steeds oor die spatsels liggaamsvloeistof in haar gesig angstig voel].

*“Baie [trou]planne gehad, en die bloedtoetse het maar ’n groot rol daarin gespeel – in die besluite wat ek geneem het ... Dit was maar iets wat ek in gedagte móés hou en ek hét dit die hele tyd in gedagte gehou, ... en half ...* [praat huiwerig, amper ingedagte. Kyk dan op, maak oogkontak]. *Die eerste uitslag was negatief, maar ’n mens hóú dit maar in jou agterkop.”*



*“Soos ek nou sê, dis my werk, maar somtyds ... as dit gebeur het, dan sê jy vir jouself dit móés nie gebeur het nie, ek móés beter gekyk het... Máár, next time?? ...”.*

Naas angs en vrees, was woede die volgende prominente emosie wat deur die deelnemers beskryf is.

### **3.3.1.1.3 Woede**

Woede is die ervaring van sterk gevoelens wat wissel van geringe ongelukkigheid, verleentheid, irritasie of vyandigheid tot uiterste antagonisme, en deur werklike of veronderstelde benadeling, onreg of skade veroorsaak is (Dictionary Information, 2001:Online; Brahm, 2004:Inlyds; MedicineNet, 2006:Inlyds.)

Tien van die twaalf studie deelnemers het veral met die eerste in-diepte onderhoud woede, irritasie, frustrasie of ontseltenis oor die gebeure rapporteer, hoewel dit op 'n verskeidenheid van wyses, soos ongeduld, irritasie of huilerigheid, uitgeleef is.

*“Aan die begint was ek kwaad vir die pasiënt en wou ek nie [weer] by die kamer ingaan nie. Maar later het ek maar weer ingegaan.”.*

Sommige van die deelnemers het aangedui dat hulle vir hulself kwaad, ongelukkig of vies oor die rol voel wat hul in hulle eie blootstelling gespeel het.

*“Ek is so kwáád vir myself!”*

*“Ek was so kwaad vir myself, ek het gesê dat ek nóóit weer iemand sal wys hoe om insulien te spuit nie ... Dis nie die moeite werd nie!”.*

Van die deelnemers het weens die omstandighede waaronder die blootstelling plaasgevind het, woede teenoor die bronpasiënt, werkgewer of 'n chirurg rapporteer.

*“In die eerste plek was ek vies vir die dokter [wat haar in die teater met die gebruikte skalpelleem raakgesteek het]. Die dokters is eintlik baie naïef oor hierdie storie. Hulle lag vir jou as jy jou [skerm]bril opsit... En hulle moet ons nie so aanjaag nie. Dit gaan oor haastigheid. Hulle vra drie goed tegelyk, en jy probeer al drie goed gelyk gee.”*

’n Klein groepie deelnemers het min of geen emosie tydens die eerste in-diepte onderhoud getoon nie, wat moontlik aan emosionele onttrekking en afstomping toegeskryf kan word (GP-Training.net, 2006b:Intyds).

*“’n Mens is maar blootgestel, maar daar is probleme. ’n Mens kan nie met ’n dokter stry nie.”*

Verskeie deelnemers het vertel dat hulle soms tot hul eie verbasing onveranderd, asof niks met hulle gebeur het nie, met hul dagtaak en lewens aangegaan het:

*“Ek was die vorige keer meer gespanne oor die profilakse en die hele proses, maar hierdie keer is ek verbasend genoeg nie! Miskien verander dit later, maar nou gaan dit met my góéd.”*

Soos deur tien van die deelnemers gerapporteer is, kan woede direk of verbloem voorkom, en teen die persoon self, ’n mediese instansie, die werkgewer, die bronpasiënt, of selfs gesinslede of God gerig wees.

*“Ek was regtig eers baie kwaad vir hom [die verwarde pasiënt wat haar in die gesig gespoeg het] gewees. Maar hy kon dit nie help nie – hy het nie geweet wat hy doen nie!”*

Met tye gaan woede met ’n gevoel van belemmering, verlatenheid of om in die steek gelaat te word, gepaard (Gorle, [s.a.]:Intyds; Callahan, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds; GP-Training.net, 2006b:Intyds), soos in die studie weerspieël word:.

*“Ek wou nie [Noodgevalle toe] gaan nie. By Noodgevalle, die susters wat aan-diens was ... die houding van die een was ‘Ag, tog nie alwéér ’n BAD nie!’ Dit skrik ’n mens eintlik ’n bietjie af. [Deelnemer beskryf hoe verlate en eensaam sy na die blootstelling gevoel het].*

Verskeie deelnemers se woede teenoor die pasiënt aan wie hulle blootgestel is, is as volg verwoord:

*“Ek is nie [meer] vir die pasiënt kwáád nie, want hy is eintlik baie siek, maar ek was op daardie oomblik ongelukkig oor wat gebeur het.”.*

Woede oor die blootstelling en die hantering daarvan is teenoor kollegas uitgespreek:

*“Ek was half kwaad oor die manier waarop dit hanteer is. Ek voel daardie suster moes dadelik daaraan aandag gegee het.”.* [Die verpleegkundige-in-beheer van die afdeling het weens werksdruk gesê dat hulle eers later aan die blootstelling aandag moet gee].

Woede kan verskillende vorms aanneem, afhangende van die geaardheid van die persoon wat dit ervaar. Apatie, of onttrekking weens oorlading van emosie, is een vorm van verbloemde woede (Medical Library, 2004: Intyds; MentalHelp.net, 2005: Intyds; Richmond, 2006: Intyds).

*“Dit was nie ’n situasie waaroor ek beheer gehad het nie.”.* [Deelnemer vertel heeltemal koud en emosieloos wat in die teater herstelkamer gebeur het toe ’n narkotiseur haar met ’n gebruikte naald geprik het].

Op sigself is woede ’n nodige deel van die rourespons, aangesien dit van die emosionele druk help verlig (Pastoral Care for Grief, 2005: Intyds).

Tydens die studie het verskeie van die deelnemers tydens beide die onderhoude rapporteer dat hulle kort van draad was en deur klein gebeure by die werk of huis gefrustreer is.

*“Die dokters weet, ek watch hulle soos ’n valk!”*

*“Ek dink Noodgevalle is ’n swak kol in die diens van hierdie hospitaal. Regtigwaar. Dit maak nie saak watter tyd van die dag of nag jy daar uitkom nie. Dit maak nie saak of jy daar aankom as die ma van ’n siek kind in die middel van die nag nie, en of jy daar aankom omdat jy geprik is met ’n naald, in jou uniform nie. Hulle diens is altyd swak.”*

*“In die eerste plek was ek vies vir die dokter, en tweedens, ek was moeg en heeltemal uitgeput aan die einde van daardie dag en wou net huis toe gaan. Ek was nie meer lús vir bloedtrek nie. Ek het ... nie geweet of ek swanger is nie, en ek wéét mos daardie pille gaan jou siek maak.”*

Sommige deelnemers was met tye baie geïrriteerd met hulself omdat hulle so buitengewoon prikkelbaar opgetree het. Die oorweldigende behoefte van ’n verwoede persoon om in beheer van die situasie te bly mag soms tot gedrag soos uiterste irritasie, oor-waaksaamheid, argumentering, skoorsoekerigheid, klaerigheid, afhanklikheid, onverantwoordelikheid of veeleisendheid aanleiding gee (Psychosocial impact of HIV/AIDS, [s.a.]:Intyds; Brahm, 2004:Intyds; Foa, 2006:Intyds; GP-Training.net, 2006b:Intyds).

In teenstelling was sommige deelnemers self later kalmer oor die gebeure, maar beskryf gevoelens van woede en skok wat deur familie en vriende ervaar is.

*“Hulle [verloofde en moeder] was eers albei kwaad daaroor [die blootstellingsinsident] gewees, maar ons het lank daaroor gepraat en later het hulle beseft dat dit beter is om iemand te help, al was ek blootgestel.”*

*“My man was dadelik kwaad [lag], en hy was vies vir die dokter. Ek het net aanhou sê dis net ’n blote ongeluk, en hy het eintlik nie veel meer gesê nie.”*

Slegs enkele deelnemers het drie maande later, met die tweede in-diepte onderhoud, steeds 'n gevoel van sterk irritasie of ongeluk gedemonstreer, soos deur die volgende aanhaling uit die in-diepte onderhoude bewys word:

*“Vir seker 'n week daarna was dit hierdie gevoel van onvergenoegdheid en frustrasie wat ek ervaar het. Enige negatiewe gevoelens kon ek glad nie aan die blootstelling koppel nie [wel aan eie optrede]. Wat seker erg is! Maar dit het gegaan oor die insident en nie die siekte nie. Ek is steeds ongelooflik gefrustreerd in myself.”.* [Tweede onderhoud, drie maande later].

Met die tweede en laaste in-diepte onderhoud was die emosie wat sterk na vore gekom het een van aanvaarding en groter berusting in die gebeure.

*“... Dit kom met die territory ...”.*

#### **3.3.1.1.4 Aanvaarding**

*“Ek verstaan dit is deel van my werk – 'n risiko wat ons loop.”.*

*“Die [bewakings]tyd moet nou net verbygaan. Ek wil gaan beenmurg skenk.”.*

Soos uit die aanhalings afgelei kan word, is aanvaarding 'n stadium in die rouproses waar die blootgestelde persoon met die gebeure vrede maak, 'n toekoms-georiënteerde uitkyk ontwikkel om met meer energie toekomsplanne te beraam en weer met ander mense kontak maak (Bowers, [s.a.]:Intyds; Brahm, 2004:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds; Leaver, 2006:Intyds).

*“Ek meen, ek dink daaraan [die blootstellingsinsident en die risiko om beroepsverwante-MIV op te doen], want ek werk in 'n eenheid waar HIV 'n werklikheid is, verstaan jy. Maar ek kan aangaan. Ek trek weer bloed deesdae, en ek dink nie meer heelyd daaraan nie. Ja ... ek is een van daardie mense, ek dink ek werk 'n ding deur, en gaan aan.”.*

Dikwels is die aanvaarding van die werklikheid 'n aanduiding dat die persoon die emosionele balans herwin het, en herstel besig is om plaas te vind (Interdenominational Church, 2005: Intyds).

*“Ek dink dit het gehelp dat ek nie gaan sit en tob en vreeslik bekommerd was nie. Ek dink dit het bygedra dat ek dit aanvaar het... Ek het aanvaar dat ek gedoen het wat ek kon, en so bietjie beheer uitgeoefen het.”*

*“Ek het vir 'n vriend gesê ek het nou die naaldprik gehad vandag en voel nie lekker nie, maar ek het dit gou agter my gesit en aangegaan.”*

Indien persone wat 'n rourespons ervaar het, gereed is om openlik oor die gebeure te praat sonder om oormatige hartseer of skuld te beleef, is die proses [feitlik] afgehandel (MentalHelp.net, 2005: Intyds; GP-Training.net, 2006b: Intyds).

*“Intussen het ek myself al vergewe – dit was nou maar my eie skuld, en van toe af kyk ek baie beter. Dit was 'n eye-opener, regtig 'n eye-opener. Nou kyk ek beter. Dit kon baie erger gewees het.”*

*“Dit was baie sleg, maar dis verby, en ek het daaruit geleer. Moet nógóit jou oog van die mes afhaal nie! [lag ontspanne].”*

Sommige deelnemers het vrede gemaak met die gebeure en die risiko, en het na drie maande weer lus gevoel om te verpleeg, soos as volg uitgedruk is:

**Eerste onderhoud:** *“Ek voel ernstig oor [n alternatiewe pos in] administrasie op die oomblik [lag kortaf]. Ek is érnstig. 'n Mens verstaan nie...”*

☺☺☺

**Tweede onderhoud, drie maande later:** *“Administrasie? Nee wat, ek verpléég weer!”*

*“Ek hou van my werk. As ek sien die ander doen iets verkeerd, dan praat ek en ek sê hulle, hulle moet nie dit só doen nie.”*

Wanneer ondersteuning aan blootgestelde personeel verskaf word, is die doelwit om 'n punt te bereik waar die persoon sal insien dat negatiewe gevoelens (woede, angs en vrees) op dieselfde tydstip as positiewe ervarings soos vreugde beleef kan word (Cross Creek, [s.a.]:Intyds; Crisis Intervention Forum, 2006:Intyds).

*“Daardie dag was ek baie lus en sê vir Suster O ek wil nie aangaan met verpleeg nie. Maar toe onthou ek dis nie my saal [waar die blootstelling plaasgevind het] nie, en ek het nie regtig geweet wat om te doen nie. Ek geniet dit om in my eie saal te verpleeg. Dis vir my báie lekker. Ek sal nie sommer daar ophou verpleeg nie.”* [Jong leerling, wat tydens 'n pasiëntsorg prosedure deur 'n verwarde pasiënt in die gesig gespoeg is].

Dis selfs moontlik om binne drie maande 'n toestand van totale aanvaarding en berusting te bereik, waarna openlik oor die gebeure gepraat en selfs gelag kan word.

*“Ag, ons dink nie eintlik meer daaroor nie. Ons lag so af en toe as ons onthou van dit. Maar, nou die dag het ek met iemand gepraat en sy het gesê sy hoor die pille maak jou aggressief. En toe praat ons só en ek sê nee, dit het nie so met my gebeur nie.”* [Die oudste deelnemer aan die studie, wat in die teater deur 'n narkotiseur met 'n gebruikte spuitnaald raakgeprik is, en daarna sonder enige nuwe-effekte vir 28 dae anti-retrovirale terapie gebruik het].

*“...Maar dit gaan nie net om HIV nie, daar is hordes ander siektes wat ook met bloed aansteek.”*

Die oorgrote meerderheid blootgestelde verpleegpersoneel het rapporteer dat die angs en vrees na die aanvanklike onderhoude met beraders, asook die navorsingsonderhoude verminder het, aangesien hulle gevoel het dat hulle ondersteun word.

*“Dit was ’n leerondervinding – nie ’n goeie een nie, maar tog. Iets wat jy moet deurwerk. Die berading het my gehelp om dit konstruktief deur te werk. En dan maak jy daardie deur toe. Ek wil nie vir die res van my lewe op berading gaan nie [lag] – maar op sy plek is dit nodig.”*

*“Die klomp by die werk is baie goed vir my. Almal is baie oopkop en vriendelik. Van daardie eerste dag af. Even die ouens saam met wat ek nie werk nie. Almal vra hoe dit gaan.”*

Hierdie verskynsel word deur bronne in die literatuur gestaaf, hoewel daar universeel konsensus is dat daar meer op die gebied van portuur-ondersteuning gedoen kan word (Phalen, 1998:Intyds; Matson, 2000:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds), soos deur van die deelnemers genoem is.

*“Ek dink ons het almal daar onder ’n bietjie nader aan mekaar gekom. Kyk, ons is mos soos ’n familie, en ons was daardie dag almal in trane. Ons is baie meer close. Die ander is versigtiger, maar ek is die naalde-hanteerder daar – ek spuit en sit die drips op.”*

*“Suster B... was ook op ’n kursus [antiretrovirale terapie] en ons het maar gereeld op mekaar se skouers gelê.”*

*“Die bloede is getrek en die resultate het jy vir my gegee. Dit laat mens ook voel jy kry nie net ’n spul pille nie, maar daar word gekyk na jou, dat jy nie ander newe-effekte ontwikkel of slegte gevolge ontwikkel nie. Daar word gekyk dat jy fisies gesond bly.”*

Vyf van die deelnemers het aangedui dat hulle na drie maande totaal van die blootstelling vergeet het, en eers weer daaraan gedink het toe hulle direk daaraan herinner is of ’n opvolg aanvraagvorm vir die bloedsiftingstoets ontvang het.



*“Al wat maar gebeur het is dat ek weer ’n vormpie gekry het dat ek weer moet gaan, en dat ek weer getoets is.”*

Totale aanvaarding van die blootstelling en ’n gevoel van vrede daarvoor is ’n aanduiding dat die persoon van die trauma herstel het, eerder as dat dit ontken word. Die doel van trauma herstel is om die blootgestelde persone so gou moontlik weer ’n gevoel te gee dat hulle beheer oor hul eie lewe het. Die deelnemers wat volle aanvaarding bereik het, het deur die drie hoofases van die herstelproses beweeg. Volgens Brahm (2004:Intyds) se tipering het hulle die trauma aktief gekonfronteer, hul blootstelling erken en die insident suksesvol in hul persoonlike geskiedenis integreer. In der waarheid kan gesê word dat hulle weer beheer oor hulle lewens teruggeneem het. Hierdie is die basiese vereiste vir volledige emosionele herstel na ’n traumatiese insident. (Brahm, 2004:Intyds).

*“Ag, ek het dit nie vergeet nie, maar dis nie meer vir my ’n issue nie. Daardie tyd was dit vir my ’n issue. Ek is nou ... orraait daarmee.”*

Hierdie voortsetting van die dag tot dag verpleegtake en aanvaarding van die risiko word tans nie in die internasionale literatuur weerspieël nie. Die navorser glo dat dit soos die hoë insidensie van pasiënte met MIV-infeksie in ons gesondheidsfasiliteite, uniek aan die Suid-Afrikaanse verpleegberoep is. Soos reeds gemeld is, verwys die meerderheid van literatuurbronne dat blootgestelde verpleegpersoneel eerder uit die beroep tree omdat die risiko van beroepsverworwe infeksie of nuwe-effekte van na-blootstellings behandeling vir hulle onaanvaarbaar geword het (Phalen, 1998:Intyds; Matson, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; HASA, 2003:12-14; Stoker, 2004:Intyds; Leonard, 2004:Intyds; Watterson, 2005:6; Worthington, 2006:215-217).

Soos in hierdie studie gevind is, staaf die bevindings van twee ander Suid-Afrikaanse studies wat deur Ncama in KwaZulu Natal en Smit in Gauteng onderneem is die idee dat die risiko van MIV-infeksie waarskynlik geredelik deur Suid-Afrikaanse verpleegpersoneel aanvaar word. Ncama (2003:Intyds) het navorsing oor die vrees om beroepsverwante MIV-infeksie op te doen onder trauma verpleegkundiges in KwaZulu-

Natal onderneem. Daar is gevind dat die verpleegkundiges hulself as voortdurend blootgestel beskou, ten spyte van voorkomende maatreëls en die beskikbaarheid van profilakse. Die personeel het veral naaldprikbeserings as vreesaanjaend beskryf. Ten spyte hiervan het geen van die deelnemers in 'n emosionele krisissituasie daarvoor verkeer nie, soos ook in die plaaslike studie gevind is.

*“Ek voel gemaklik in verpleging en ek gaan aan. Niks het vir my verander nie.”*

*“Dit het nie die manier wat ek werk of my gevoel verander nie.”*

*“Dis lekker om mense te kan help. Ek wil hulle help.”*

Die tweede studie is deur Smit (2004:Intyds) onder 35 verpleegkundiges in 'n groot openbare hospitaal in Gauteng onderneem. Die navorser het bevind dat die spesifieke en veeleisende aard van versorging van MIV-pasiënte 'n verhoging in beroepsverwante spanning, uitputting en uitbranding teweegbring. Gevoelens van fisieke en psigiese vrees en uitputting is as beroepsuitbranding interpreteer. Tog het hierdie deelnemers nie besonder hoë vlakke van vrees en angs tydens die versorging van pasiënte met MIV-infeksie demonstreer nie. Die risiko van beroepsverworwe MIV-infeksie was vir die personeel 'n aanvaarde deel van verpleging en 'n aspek waarmee emosioneel vrede gemaak moes word (Smit, 2004:Intyds). Verder vermeld Smit (2004:Intyds) spesifiek die waarneming van intense empatie van verpleegpersoneel teenoor pasiënte wat met MIV-infeksie of VIGS leef, en stel dit dat hul werksbevrediging dikwels aan 'n morele verpligting teenoor die pasiënt gekoppel is – in wese 'n “verpligting tot sorg”.

*“[Ek voel]... nog steeds soos ek gevoel het toe ek begin verpleeg het. Ek wil hulle [ die pasiënte] beskerm. Ek wil hulle help. En ... ek voel nie dat hulle vir my 'n bedreiging is nie. Ek sal aanhou verpleeg.”*

In die plaaslike studie het vier van die deelnemers hierdie verhoogde werksbevrediging en empatie met MIV-positiewe pasiënte openbaar. Die deelnemers het aangedui dat hulle nou met groter meëlewing en begrip na MIV-positiewe pasiënte omsien, en die risiko om aan siektes aan-diens blootgestel te word as sulks aanvaar.

*“Dan kom hierdie tannies en hulle kla en kla en ek dink ...weet jy tannie, ek voel tien keer so siek soos jy, maar ek het dit nooit gewys of gesê nie. Hulle is naar en... en... Toe die naarheid verby was, toe is dit beter. Ek raak soms so geïrriteerd met hulle. Hulle dink ons moet net regstaan, en hier voel ek slegter as hulle. Ek het baie simpatie met HIV-positiewe pasiënte. HIV is iets wat my baie na aan die hart lê. In ons saal is daar daagliks sterftes aan HIV. En omdat ek dikwels pasiënte sien wat permanent op antivirale behandeling is, dan dink ek hoe hulle moet voel as ons so voel op 'n maand se behandeling. Ek is altyd meer sagter met hulle. Ek sal liever met hierdie pasiënte werk as met die ander. Ek kan meer met hulle identifiseer, nou.”*

*“In die saal kry ons baie HIV-positiewe pasiënte en ek dink nie ek behandel hulle anders nie. Maar ek het baie empatie met hulle. Die bietjie wat ek gesmaak het van ‘Sê nou net ek is positief’ na die insident, en dit wat daardie mense deurgaans wat reeds positief is – dit is 'n baie moeilike pad om te stap. Ek dink ek is 'n beter verpleegster na die insident. 'n Mens kan net daardie bietjie meer empaties wees omdat jyself deur so iets is.”*

Tydens die trauma van blootstelling en die belewenis van die persoonlike rourespons daarna, vertel al die studie deelnemers van die belang van die ondersteuning wat hulle ontvang het.

### **3.3.1.2 Ervaring van ondersteuning**

In die studie het dit duidelik geword dat die blootgestelde personeel se privaatlewe, familie en naasbestaendes deur die blootstelling geraak is. Daar is altyd onvermydelike en toenemende gevolge, soos newe-effekte van profilaktiese middels en maatreëls om verdere oordrag van infeksie tussen lewensmaats te voorkom (HASA, 2003:11-14). Elf van die deelnemers (N=12) het vertel dat hulle gedurende die bewakingstyd deur hul eggenote, gesinslede en kollegas emosioneel ondersteun is.

*“Nee, ek het vir hulle [gesinslede] gesê. My een dogter, L ... ek is al Ouma van twee kleintjies, jy weet, het gespot en gesê sy gaan nie naby my kom nie, maar hulle het dit nie bedoel nie. Hulle het my darem ondersteun. My man het gesê ek moet die goed [anti-retrovirale profilakse] drink. Toe ek sê daar is so baie nadele op die papier, toe sê hy dit sal mos niks maak nie.”*

*“Later toe ek sê ek is nie meer lus om die werk te doen nie, om die risiko te neem nie, toe sê hy [eggenoot] dat dit mos is waarvan ek hou en dat ek net méér versigtig moet wees.”*

*“Ek het vir my sus en skoonsuster, wat ook verpleegkundiges is, gesê, en ek weet hulle sou verstaan. My vriende wat ook in die beroep is, het ek vertel, want ek is gewoon praat! Ek het selfs by die kerk vir die mense vertel!”*

*“By die huis is dit bietjie moeilik, want ek is eintlik alleen. Maar daar is ’n vriendin wat saam met my bly en sy het my mooi ondersteun. Sy het eintlik nou die dag gebel om te hoor hoe dit met my gaan. Ek het darem op ’n manier ’n ondersteuningsbron.”*

Hoewel die oorweldigende meerderheid deelnemers oortuig was dat hulle kollegas, veral die by Noodgevalle, hulle goed ondersteun het, was daar diegene wat gevoel het dat hulle nie die nodige ondersteuning ontvang het nie.

*“Ek het wonderlike ondersteuning van die mense by Noodgevalle en in die saal gekry. Daardie aand [net na die blootstelling] was hulle baie nice, en toe ek die besering gehad het kon die mense by die [skou] stalletjie dadelik vir my sê wat om te doen. Baie van hulle het na die tyd gereeld gebel om te hoor hoe dit met my gaan. Ek weet nie of almal dit so ervaar nie, maar vir my was dit ’n positiewe ervaring, so in die negatiewe ervaring!”*[Verpleegkundige wat tydens ’n bloedglukose-bepaling vir die publiek by die hospitaal se skou-uitstalling beseer is].

*“... hierna het die suster gekom en die inligtingstuk gebring wat ek moes deurlees. Sy het my bloed getrek en die dokter het met my kom praat voordat hulle die nodige pille vir my gegee het. Almal was vriendelik en hulpvaardig, ten spyte van hoe besig hulle was. Ek ken darem die proses omdat ek voorheen as student ook daardeur is. Maar die inligtingstuk het gehelp dat ek alles kon onthou daarna...”*

*“...was sy [n verpleegkundige by Noodgevalle] verbaas en amper verontwáárdig omdat ek wil ááangaan met die behandeling. En ek het gevoel dit was my keuse, en ek wóu aangaan met die behandeling, ek voel ek skuld dit aan myself, en sy bevraagteken my keuse! Dit was amper asof dit vir haar lastig [beklemtoon die woord] was dat ek die pille kom haal het. Dit was regtig ál wat ooit sleg was. Dit was ook die enigste keer wat dit gebeur het.”*

*“Toe ek daar kom .... Toe het hulle .... [stilte] ... nou eers besluit wat gedóén moet word en wat nié gedoen moet word nie. Die suster-in-bevel is laat weet, en toe is die bloed getrek en die vorms ingevul. Hulle het nie al die regte bloed getrek nie, nie genoeg buisies nie. Ek moes [later] wéér teruggaan en hulle het nog bloede getrek vir die ander buise. En al die papierwerk. Toe sê die suster: ‘OK’, sy gaan die pille haal. Ek het ’n kwartier daar gesit agter die gordyne. Toe ek die gordyne ooptrek sodat hulle kan sien ek sit nog daar, sodat hulle nie van my vergeet nie.... Ek sien en hoor hulle praat by die konsole .... Dit het nog langer geduur. En tóé eers bring sy dit [die pille] vir my. Dit was al na sewe, ek wou verskriklik graag net huistoe gaan. Ek was moeg, verskriklik moeg na daardie dag, en ek wou net vrééslik graag huistoe gaan na my kinders toe.... Ek het eers ná agt die aand by die huis gekom. Dit voel my ek het té lank gewag. Die dagskof het begin en die nagskof het oorgeneem. Die nagsuster het vir my die voorligting gegee. Dit was asof hulle nie seker was presies wat nou hier moet gebeur nie... Jaa ... ek dink die diens by Noodgevalle is pateties. Eerlikwaar.”*

[Tweede blootstelling binne een jaar].

*“Al wat sleg was by Noodgevalle is dat ek so lank moes wag. Ek was bekommerd iets gebeur met my oog of ek word HIV positief of iets. Maar nou beseef ek dit vat darem langer om ’n siekte op te doen. Nie net ’n uur of so nie.”.[Student, na ’n spatsel liggaamsvloeistof in die oog].*

Een van die deelnemers het frustrasie en woede oor haar direkte toesighouer se hantering van die blootstelling beleef:

**Eerste onderhoud:** *“Ek het dit aan die suster-in-bevel gerapporteer en sy het gesê ons kan nou-nou daaraan aandag gee. En toe ons nou láter die middag aandag aan die insident gee, toe is die pasiënt reeds ontslaan en ons kon nie by hom bloed trek nie. Ek is die aand eers Noodgevalle toe.”.*

**Tweede onderhoud:** *“Ek dink sy moes beter geweet en omgee het.”.*

Soos aangedui, het al die deelnemers ondersteuning by die werk ontvang. Die meeste van die deelnemers het tuis ondersteuning gesoek. Die uitsondering is een deelnemer wat nie haar gesin van die blootstelling vertel het nie, hoewel haar kollegas daarvan geweet het. Hierdie personeellid het uit vrees vir blaam nagelaat om haar eggenoot van die blootstelling te vertel (vergelyk die onderhoudaanhaling onder punt 3.3.1.1.2, p. 82).

Weens haar optrede het hierdie deelnemer gerapporteer dat sy vir drie maande lank baie innerlike spanning en emosionele vereensaming beleef het. Haar verligting met kennisname van die tweede negatiewe toetsresultaat was verstommend om te ervaar, hoewel sy eers later, tydens die tweede in-diepte onderhoud, verduidelik het hoekom het sy so uitermate verlig was.

*“Oe, suster! Maar hy sal altyd vir my sê – as daar so ietsie inkom, dis ek omdat ek tussen so ’n klomp pasiënte werk. Hy sal altyd die vinger na my toe wys... Ek het hom gesê van die tweede uitslag. Hy’s nie kwaad nie.”.*

### 3.3.1.3 Gedagtes aan die gebeure

Vyf van die deelnemers het na 'n verloop van drie maande steeds vertel dat hulle terugdink aan die blootstellingsinsident en bewoë raak of gespanne voel. Behalwe drie van die deelnemers, wat pertinent gesê het hulle wil so gou moontlik van die insident vergeet, het die oorblywendes aangedui dat die ervaring vir die res van hul lewens deel van hulle herinneringe sal wees.

*“Die verligting is daar dat die uitslae negatief is, alhoewel ek nie regtig iets anders verwag het nie. Maar dis maar altyd in jou agterkop – sê nou maar net ...”.*

*“Ek sal nooit nie vergeet nie! Dit was 'n leerondervinding...”.*

Die teendeel en teenoorgestelde is egter deur een deelnemer beskryf:

*“Nee wat, daar het soveel ander dinge gebeur, ek het nie eens daaraan gedink nie. Miskien is my oordeel nou net anders, maar die tyd het so gou verby gegaan.”.*

Om terug te dink is 'n normale reaksie op 'n abnormale krisissituasie. Die gevoelens wat uitgeleef word is onder meer afhanklik van die persoon se verlede en individuele geskiedenis van rou, trouma, verlies, interpersoonlike verhoudings en self-waarde. Deur die gebeure te herleef en oor te vertel, kan die persoon die trouma in “draaglike dosisse” deurwerk (Bereavement Newsletter, 2004:Intyds; Brahm, 2004:Intyds).

Die bevindings van hierdie en twee ander studies onder Suid-Afrikaanse verpleegpersoneel (Ncama, 2003:Intyds; Smit, 2004:Intyds) verskil van die resultate wat oorsese navorsing onder vergelykbare omstandighede getoon het. In die Verenigde State van Amerika, rapporteer groeiende getalle verpleegkundiges dat hul eie gesondheid en veiligheid 'n toenemende rol in hul besluit om in die professie te bly of nie, speel. Naas stres en oorwerk, is blootstelling aan MIV en hepatitis tydens 'n naaldprikongeluk derde op hierdie verpleegpersoneel se ranglys van gesondheid- en veiligheidsoorwegings. Die meerderheid verpleegpersoneel voel nie meer veilig aandiens nie, en vrees vir eie veiligheid en gesondheid word selfs as rede vir swak dienslewering voorgehou (American Nurses' Association (ANA), 2004:Intyds).

Worthington (2006:215-217) beskryf twee gevalle in detail waar blootgestelde Amerikaanse gesondheidsdienswerkers na meer as 22 maande steeds soveel post traumatiese stres oor die insident ervaar dat hul nie met hul werk kan voortgaan nie, en beskou dit klaarblyklik nie as abnormaal nie.

Dit blyk uit hierdie navorsing dat nie een van die deelnemers die moontlike blootstelling aan MIV aan-diens of die probleme wat as gevolg daarvan ondervind het, as 'n rede gesien het om die beroep of hul pos te verlaat nie. Hoewel die ervaring emosioneel traumaties was, het die deelnemers die gevoelens daarvan binne drie maande verwerk en met hul gekose dagtaak aangegaan. In die studie is die tussenspel tussen emosionele en fisieke belewenis 'n goue draad wat deurlopend waargeneem kon word.

### 3.3.2 Fisieke belewenis van die blootstelling-aan-diens

In totaal het agt deelnemers aan die studie fisieke newe-effekte weens die behandeling met anti-retrovirale terapie ervaar.

'n Besondere probleem wat in die studie ontstaan het was dat die newe-effekte van behandeling met anti-retrovirale terapie baie nou ooreenstem met die fisieke simptome wat tydens die rouproses ervaar word. Klagtes van naarheid, met of sonder braking; slapeloosheid; moegheid en uitputting; hartkloppings; lighoofdig- en duiseligheid; spier tremore en bewerigheid; diarree; hoofpyn en malaise kom dikwels voor by beide gespanne of getroumatiseerde persone sowel as by diegene wat newe-effekte van profilaktiese anti-retrovirale terapie ervaar (MentalHelp.net, 2005:Intyds; Loughborough University, 2005:Intyds; McNicholl, 2006:Intyds).

*“As ek senuweeagtig raak, braak ek in elk geval.”*

Al agt die aangetaste deelnemers het aangedui dat hulle persoonlik dink dat hul klagtes direk met die behandeling met anti-retrovirale terapie verband hou.

*“Daai pille! Hulle maak jou kláár. Toe ek met hulle ophou, toe gaan dit somme stukke beter!”*



### 3.3.2.1 Ervaring van newe-effekte na behandeling met anti-retrovirale terapie

Al die deelnemers is tussen drie en 28 dae profilakties behandel, en elf van die deelnemers het hul terapie soos beplan voltooi. Slegs een deelnemer moes vir mediese redes die terapie voortyds staak. Profilaktiese anti-retrovirale terapie was dié aspek van die bewakingsproses wat die meeste negatief deur al die deelnemers ervaar is. Sonder uitsondering het almal die effek van hierdie behandeling gevrees.

*“Almal praat oor die effek van die pille op ’n mens, en dit is so. Dit maak jou siek voel.”*

*“... Nee, ek kan mos nou nie elke keer dwaal op die behandeling nie! Maar die behandeling was die spyker in my doodkis gewees, régtig suster! Ek was in my kis gewees, suster!”. [Tweede onderhoud, waartydens keer-op-keer na die medikasie se effek verwys word].*

Die behandelde deelnemers het newe-effekte soos malaise, naarheid, braking, buikongemak en hoofpyn ondervind. Hierdie simptome stem ooreen met wat farmakologies oor die moontlike newe-effekte van die middels bekend is (McNicholl, 2006:Intyds).

*“Ek lê, maar ek is só móég. Maar dan sê dit hier so agter in my kop ... XX jy het nog wasgoed om te doen, dan staan ek op, en dan begint ek te werk, dan is dit weer ’n doodse moegheid oor my. Dan gaan lê ek weer, dan kyk ek die horlosie en dan dink ek ... jy gaan nie deur jou werk kom nie. Dan staan ek weer op. Eetlus het ek glad nie. Ek het ’n dooie gevoel op my mond, dan loop die kwyl uit my mond. Dis nie dat ek nie eetlus het nie, maar ek proe nie wat ek eet nie.”. [Deelnemer lyk angstig, maak kortstondig oogkontak maar kyk kort-kort af na haar hande; frommel en skeur ’n sneesdoekie].*

*“Ek was moeg en lam gewees, en dit het net gevoel asof ek ’n onvermoë gehad het om enigiets te doen. Ek het gesukkel om te konsentreer. Waar die pille my begin vang het was die Vrydag middag nadat ek Donderdagaand begin drink het. Saterdag was dit sleg en ek het met naarheid en moegheid gelê. Sondag het ek eers begin beter voel. Maandag was ek weer beter.”*

*“Ag, nee, ek was so effens mislik aan die begin, maar dis al.”*

Twee van die vier deelnemers wat voorheen anti-retrovirale profilakse ontvang het, het hierdie keer die newe-effekte meer negatief ervaar. Een deelnemer is selfs vir 'n paar uur een nag by Noodgevalle met ekstrapiramidale uitvalle (styuwe nek, mialgie, droë mond, anoreksie, braking, en abdominale pyn) opgeneem.

*“Die eerste keer was nie so erg soos die tweede keer nie. Die eerste keer was ek net op Combivir®, maar die tweede keer was ek ook op daardie ‘Crox...’ wat ookal kapsuul, wat my so siek gemaak het [naarheid, moegheid, smaakverandering, abnormale speeksel afskeiding].”*

*“Dit was vir my sleg gewees. Ek was siek [naarheid en uitputting] en toe vra my vriendinne wat gaan aan? Toe sê ek vir hulle ek drink pille.”*

Vier deelnemers het geen newe-effekte van die profilaktiese behandeling rapporteer nie, en ten spyte van die ervaring van newe-effekte, het slegs een van die oorblywende agt die kursus anti-retrovirale terapie op mediese aanbeveling voortyds gestaak.

*“Ek het die pille gebruik en nié naar geword nie! Almal het gedink ek gáán naar word! Maar ek dink die tipe pilletjie en die dosering is dalk van so 'n aard dat ek nie so siek soos ander mense geword het nie. En ek dink ek het 'n gestel soos 'n os! Ek het net so twee, drie keer krampe in my been gekry. Ek het een nag wakker geword van vreeslike krampe in my een lies en in die spier, af in my been. Ek kon nie regop kom nie, en dit was so seer. Ek neem aan dit was van die pille. Ek het nog nooit voorheen en daarna weer sulke krampe gehad nie. Ek kon nie op my been trap nie! Ek moes smeergoed aansit en dit het gehelp. Ek was egter die bangste vir die naarheid!”*

*“Baie sê: ‘Ag nee wat, sy [die bronpasiënt] makeer niks nie!’, maar ek meen ... die antivirale middels is nie nodig nie, maar ek het besluit, hulle maak my nou niks nie, ek drink hulle maar klaar ... Baie het ook gesê: ‘Jong, ek het nie die goed gedrink nie, want hulle het my siek gemaak’. Ek weet van baie wat dáár was [in ’n situasie waar hulle siek geword het] ... baie van die wat daar was, het nie ... van daardie jongetjies veral, hulle het nie lekker gevoel nie, maar dit het nie vir my so [aangetas nie].... Ek is een van die gelukkiges!”.*

Die berading oor die moontlike nuwe-effekte van die profilaktiese behandeling wat tydens die voor-toets periode aan blootgestelde personeel verskaf word, kon moontlik ’n versterkende effek op die personeel se verwagting om onvermydelik nuwe-effekte soos naardheid en moegheid te ervaar, gehad het.

Benewens die emosionele en fisieke belewenis van die deelnemers, was daar enkele ander waarnemings wat uit die studie voortgespruit het.

### **3.3.3. Ander waarnemings vanuit die studie**

’n Onverwagte verskynsel in die studie was die feit dat nege van die deelnemers nie hul tweede opvolg onderhoud met die navorser stiptelik nagekom het nie. Die deelnemers is almal verantwoordelike en meestal professionele persone, van wat hierdie tipe versuim nie verwag sou word nie. Afsprake moes verskuif of herskeduleer word. Hierna het twee van die deelnemers nie die nuwe afspraak nagekom nie, en moes hulle skriftelik deur die Menslike Hulpbron Afdeling daartoe gemaan word (Menslike Hulpbron Afdeling. Rekords. 2004). Vergeetagtigheid, siekverlof (weens ander oorsake), onverwagse verlof, ongeskeduleerde nagdiens, skielike wysiging van dienstye, en hoë vlakke van werksdruk was van die redes wat vir die versuime aangebied is.

Verskillende verklarings vir hierdie verskynsel is moontlik. Die versuime kan aan gerusstelling weens goeie versorging en ondersteuning van die werkgewer se kant gekoppel word, of aan die veeleisende werk en besige lewenstyle van personeel, of kan aan fases van die rourespons, soos ontkenning, toegeskryf word. Die navorser vermoed

dat sommige van die waargenome versuime aan personeel wat in die ontkenningfase van die rourespons verkeer, toegeskryf kan word, en dat sommige van die deelnemers net eenvoudig nie weer aan die gebeure herinner wou wees nie (Brahm, 2004:Intyds; Haiken, 2004:Intyds; Foa, 2006:Intyds).

Wat hierdie gevolgtrekking verder onderskryf het, is die feit dat ses van die deelnemers versuim het om die tweede MIV bloedsiftingsstoets stiptelik te laat doen, ten spyte van hulle aanvanklike angstigtheid daaroor. Ook hier moes deelnemers skriftelike herinner word om hulle te verplig om die hospitaal se bewakingsprotokol te voltooi. Twee van die deelnemers moes selfs 'n tweede keer herinner word.

Voor die aanvang van die studie is vermoed dat die identiteit en vaardigheid van die na-blootstellingsberader 'n negatiewe uitwerking op die blootgestelde personeel kon gehad het, maar in die studie het die teendeel geblyk. Al die deelnemers het die berading positief ervaar. Slegs twee deelnemers is deur dieselfde berader in Noodgevallen hanteer, die res elke keer deur 'n ander persoon. Die hospitaal se standaard beradingshandleiding is vir al die deelnemers gebruik, en almal het daarvolgens dieselfde inligting oor die moontlike nuwe-effekte van profilaktiese behandeling ontvang. Elf van die deelnemers het dieselfde profilaktiese middels ontvang, terwyl die twaalfde een vir 28 dae 'n bykomende protease inhibeerder gebruik het. Hierdie sterk addisionele anti-retrovirale middel word gebruik wanneer 'n personeellid aan 'n pasiënt wat definitief MIV-positief is, blootgestel was. Die gevolgtrekking waartoe hieroor gekom is, is dat die vroeëre waargenome ontevredenheid oor die hospitaal se bewakingsproses moontlik aan verbygaande eksterne gebeurtenisse in die hospitaal of individuele verskille onder personeel toegeskryf kan word.

*“Van die infeksiebeheerafdeling het ek goeie ondersteuning gekry, baie dankie! [lag]. Jy, as terapeut of tussentreder, is baie positief – jy is baie moederlik en besorg. Jou hele manier - disposition – laat mens veilig voel.”*

Ten laaste het data-ontleding bevind dat die pos hiërargie in die hospitaal nie werklik 'n rol in die studie gespeel het nie, behalwe moontlik in die geval van die blootgestelde leerlinge wat waarneembaar “geprogrammeer” opgetree het en tydens hul

onderhoude antwoorde en frases uit die klasopset gebruik het. 'n Rede hiervoor kan wees dat die navorser een van hulle deeltydse dosente is, en dat hierdie die taal is wat hulle tans die beste ken en gemaklik gebruik.

Verder is gevind dat al die deelnemers aan die studie en die navorser mekaar se verwysingsraamwerk en taalgebruik korrek verstaan het, waarskynlik omdat dit 'n voorvereiste vir insluiting in die studie was.

Daar is tydens die tweede reeks van in-diepte onderhoude opgemerk dat die meerderheid deelnemers aanvanklik meer terughoudend gesels het as gedurende die eerste reeks. Die tweede onderhoude het elk gemiddeld 20 minute geduur, waar die eerste in-diepte onderhoude gemiddeld 55 minute geduur het. Die literatuurkontrole asook die navorser kan geen verduideliking hiervoor bied nie. Die uitsondering was twee onderhoude met deelnemers wat, in vergelyking met hul eerste onderhoude, die tweede keer meer openhartig en selfs eufories reageer het.

*“Suster, dankie dat suster my teruggenooi het! Om vir suster die waarheid te sê, dit gaan baie goed met my. Baie beter met my. Soos ek vir suster gesê het, dit was net daardie behándeling wat vir my so siek gehad het. Maar, toe hy óór is ... my kursus voltooi is, kan ek nie kla nie, gaan dit góéd met my. Ek is weer dieselfde ou ‘XX’ wat ek was!”*

Die gevolgtrekking was dat hierdie deelnemers baie verlig oor die uitslae van hul tweede bloedsiftingsstoets was. Die deelnemers was nou gereed om oor die gebeure te praat, terwyl die res van die deelnemers reeds verby hierdie punt beweeg het en net so gou moontlik die insident agter die rug wou kry.

*“Die groot ding wat ek nou besef is dat dit partykeer nie help hoe versigtig mens werk nie, ongelukke gebeur.”*

*“Ek is nou fine! Regtig!”*

### 3.4 VELDNOTAS

Duidelike notas oor waarnemings tydens die verloop van die studie, alle in-diepte onderhoude en gebeure is nougeset tydens die studie bygehou, sodat die data volledig vir ontleding weergegee kon word. Silverman (1997:202) beskryf die nut van volledige aantekeninge oor interaksiepatrone tussen die deelnemers, die beskikbaarheid van oudiobande vir kontrolering en kortlikse veldnotas oor alle nie-verbale interaksie van die deelnemers. Die uiteindelige doel hiervan is om die geloofwaardigheid van die studie te verseker. Hierdie riglyne is suksesvol in die studie toegepas.

Die notas het die volgende aspekte gedek:

#### 3.4.1 Waarneming

Beskrywende kwalitatiewe navorsing vereis dat die studie in 'n natuurlike opset uitgevoer word, waarvan die effek tydens die ontleding van die data saam met interpretasie van die interaksie tussen die verskillende waarnemings soos liggaamsbewegings, gesigsuitdrukings en oogkontak verwerk kan word (Silverman 1997:202).

Die studie se in-diepte onderhoude is in die bekendheid van die hospitaal uitgevoer tydens die personeel se rusperiodes aan-diens. Soos in die bogenoemde teks aangedui, is noukeurige waarneming van die nie-verbale kommunikasie aangeteken en tydens ontleding bestudeer om die kongruensie tussen verbale en nie-verbale kommunikasie te bepaal (Silverman, 1997:202). Gevolglik is alle reaksies van die deelnemers wat tydens die in-diepte onderhoude voorgekom het aangeteken, byvoorbeeld staar na die navorser, wieg in die stoel of speel met die hande of skeur van 'n sneesdoekie (Brink, 1996:119–120; aanhalings uit die onderhoudstranskripsies).

### 3.4.2 Dokumentering

In oorleg met aanbevelings van Mouton (2001:105-108) is 'n kodeerde dagboek as kwaliteitsbeheer maatreël vir die navorsingsproses saamgestel. Hierin is die sleuteldatums van elke stap, 'n opsomming van die verloop van individuele deelnemers se in-diepte onderhoude, gedagtes oor die onderhoude of reaksies van die deelnemers, opmerkings oor toekomstige take of idees wat ontgin moet word, asook alle opvolgaksies en toekomstige take aangeteken. Elke gebeurtenis aangaande die navorsingsproses, soos die verdragings in onderhoudvoering en herskedulering van bloedtoetse, is per datum en tyd in die dagboek aangeteken om 'n historiese rekord daarvoor saam te stel.

Tydens transkribering en bestudering van die transkripsies is van hierdie toepaslike persoonlike notas deur die navorser in die data ontleiding opgeneem of by die data gevoeg om te herinner aan reaksies, gedagterigtings, besluite en beplanning. Die doel was om bevindinge en interpretasie daarvan volledig in konteks oor te dra, geheueprosesse te versterk, wanvoorstelling van gebeure te verhoed en foute of waninterpretasie te voorkom. Deurgaans moes verseker word dat die navorser die interpretasie van die data sal kan verdedig.

In die een geval waar 'n deelnemer versoek het dat vertroulike mededelings nie in die studie ingesluit moet word nie, is die inligting uitgelaat maar 'n aantekening daarvoor gemaak indien daar later navraag daarvoor wees (Mouton, 2001:104–110, 240).

Daar is van die bestudeerde hospitaal se gerekenariseerde EPINet (Exposure Prevention Information Network) databasis oor besering- en blootstelling-aan-diens gebruik gemaak. Die privaat hospitaal gebruik sedert 2004 EPINet om met die blootstelling van personeel aan bloedgedraagde infeksies soos MIV en hepatitis tred te hou. EPINet is gedurende 1991 deur Janine Jagger en medewerkers in die VSA ontwikkel om naaldprik insidente en blootstelling aan liggaamsvloeistof op 'n gestandaardiseerde wyse te dokumenteer en te ontleed. Vergelyking van ooreenstemmende EPINet databasisse uit verskillende wêrelddele mag met verloop van tyd die werklike risiko van beroepsverworwe MIV-infeksie in die gesondheidsdienste van elke land wêreldwyd in perspektief stel (EPINet Bandolier Extra, 2003:Inlyds; National Public Health Service of Wales, 2005:Inlyds).

Hoewel die fisieke ervaring van die blootstellingsinsident 'n beduidende impak op die deelnemers gehad het, is dit die emosionele belewenis wat die grootste impak op die deelnemers gehad het. Tog het die deelnemers die emosies suksesvol verwerk. Meer as twee jaar na die insidente van blootstelling-aan-diens wat bestudeer is, het steeds nie een van die groep van twaalf deelnemers aan die studie die beroep verlaat nie, en het al die leerlinge hul studies suksesvol voltooi.

### **3.5 SAMEVATTING**

Uit die studie is dit duidelik dat blootstelling aan moontlike MIV-infeksie aan-diens 'n beduidende emosionele impak op verpleegpersoneel het, maar dat dit in die bestudeerde hospitaal nie so 'n omvattende uitwerking op die verpleegpersoneel het as wat elders in die wêreld gerapporteer word nie.

In die verloop van die personeel se belewenis ten opsigte van die blootstellingsgebeure speel verskeie emosies 'n daadwerklike rol. Daar is aanvanklik die impuls om nie die insident amptelik aan te meld nie, asook die ervaring van spanning en emosies soos ontkenning, angs en vrees, woede, en ten laaste aanvaarding van die gebeure. Wanneer personeel profilakties met anti-retrovirale terapie behandel word, beleef sommige dikwels nuwe-effekte, soos vooraf gevrees word. Weens moontlike werksdruk mag sommige personeel gedagtes aan die blootstelling vergeet of onderdruk, terwyl sommige gevoelens van voortgesette vrees en bedreiging aan-diens rapporteer.

Die navorsingsresultaat toon dat die ervaring van vrees, en die gedagtes aan die gebeure as gevolg van die beleving van 'n akute post traumatiese rouproses deur die blootgestelde personeel voorkom. Hierdie emosies word egter relatief gou deur aanvaarding van die gebeure asook die voortgesette risiko van beroepsverwante infeksie verplaas, met gevolglike voortsetting van die blootgestelde personeel se dagtaak.

In die volgende hoofstuk word gevolgtrekkings en enkele aanbevelings gemaak.



## HOOFSTUK 4

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 4.1 INLEIDING

Die belewenis van blootstelling aan moontlike MIV-infeksie aan-diens was vir die studiedeelnemers 'n traumatiese gebeurtenis. Soos deur Bandolier Extra (2003:Intyds) en Stoker (2004:Intyds) voorgehou, was die impak daarvan nie net beperk tot die blootgestelde persoon alleen nie, maar dit het uitgesirkel na die gesin, werkgewer en die daaropvolgende werksverrigting van die persoon. Indien die blootgestelde personeellid geweet het dat die bronpasiënt MIV-positief is, was die emosionele trauma erger en die meegaande impak van die skok en na-blootstellings profilaktiese behandeling groter. Weens die veranderde pasiëntprofiel in die Suid-Afrikaanse gesondheidsdiens en die toename in MIV-positiewe persone in die gemeenskap, gaan die risiko van blootstelling aan MIV aan-diens bly toeneem, en die impak daarvan gaan op die verpleegpersoneel ooreenstemmend verhoog.

Die na-blootstellings belewenis van die verpleegkundige het so 'n uitwerking op die persoon se emosionele en fisieke toestand, asook op die werksverrigting, dat dit bepaalde optrede van die kant van die werkgewer regverdig (Stoker, 2004:Online).

Die gevolgtrekkings van die studie sal vervolgens met toepaslike aanbevelings bespreek word. Hierdie aanbevelings sal na afloop van die studie vir oorweging aan die bestudeerde hospitaal se Bestuur en Beroepsgesondheid- en Veiligheidskomitee voorgelê word. Waar moontlik, moet alle aanpassings met die verpleegpersoneel, as aktiewe deelnemers aan die proses, bespreek word.

## 4.2 EMOSIONELE ASPEKTE

Aangesien die emosionele aspekte van die blootstelling aan moontlike MIV-infeksie en gevolglike ondersteuning die meeste kommentaar van die deelnemers tot gevolg gehad het, word hierdie aspek deur die navorser as besonder belangrik beskou (vergelyk Figuur 3.1, p. 64).

### 4.2.1 Die ervaring van die rourespons deur die blootgestelde deelnemers

Die literatuurkontrole het voldoende getuienis gelewer dat die deelnemers tydens die onderhoude in minstens een van die stadiums van die rourespons verkeer het. Die stadiums, wat normaalweg na 'n trauma, soos blootstelling-aan-diens voorkom, sluit ontkenning; woede (insluitend ontsteltenis, angs en vrees); onderhandeling; depressie; gelatenheid en aanvaarding in (Bowers, [s.a.]:Intyds; National Institute of Health Grief Information, [s.a.]:Intyds; Gorle, 2002:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds; Helpguide, 2006:Intyds). Hierdie respons word breedvoerig in Hoofstuk 3, p. 68-93, beskryf.

Van die deelnemers het tydens die eerste onderhoud wisselende vlakke van woede, ontsteltenis, angs en vrees rapporteer. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat hierdie emosies in besonder in verband gebring kan word met die traumatiese moontlikheid om aan MIV-infeksie aan-diens blootgestel te wees. Hierdie gevolgtrekking word deur wêreldwye literatuurbronne gestaaf (Kadla, 1997:Intyds; CDC MMWR, 1998:Intyds; Beltrami, 2000:Intyds; Radecki, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds; Clarke, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; CDC, 2003:Intyds; O'Neill, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds; Smith, 2005:Intyds).

Woede en ontsteltenis oor die insident was aanvanklik gemik teen die bronpasiënt, die deelnemers self of teen die chirurg wat by die insident betrokke was. Eers met die tweede onderhoud drie maande later het die meeste van die deelnemers die gebeure in 'n breër perspektief gesien en hul eie aandeel daarin erken, of ingesien dat wat gebeur het, net 'n ongeluk was.

Van die deelnemers het tydens die tweede onderhoud erken dat hulle met tye nog steeds vrees, spanning, angstigheid of 'n mate van "skrikkerigheid" aan-diens ervaar. Ander deelnemers het irrasioneel bang gebly weens die gedagte dat hulle tog MIV-infeksie onder lede mag hê ten spyte van die suksesvolle profilaktiese behandeling, volledige berading en beskikbaarheid van wetenskaplik gefundeerde inligtingstukke as verwysingsbron om huis toe te neem. In ten minste een geval het die navorser die invloed van die stigmatisering van MIV-infeksie en die effek van die langtermyn, voortdurende onakkurate leke-inligting in die media en breër gemeenskap, vir die verwringing van inligting verantwoordelik gehou. Die betrokke deelnemer was oor verloop van tyd verskeie keer by MIV-opleidingsessies betrokke gewees.

Deelnemers het bly verpleeg al het hulle in wese die risiko van blootstelling aan MIV-infeksie aan-diens as 'n bedryfswerklikheid erken en aanvaar. Geeneen het as gevolg van hul blootstelling die verpleegberoep verlaat nie, en slegs twee het rapporteer dat hulle ten tye van die traumatiese insident kortstondiglik selfs daaraan gedink het om te bedank.

#### **4.2.1.1 Gevolgtrekking:**

Deelnemers het emosionele labiliteit en onbestendigheid gedurende die bewakingsperiode aangemeld, waarop die navorser tot die gevolgtrekking gekom het dat dit toe te skryf is aan 'n akute rouproses waardeur 'n persoon na 'n blootstellingstrouma aan-diens sal gaan.

#### **4.2.1.2 Aanbeveling 1:**

Verskaffing van 'n deurlopende 24-uur krisishanteringsdiens aan personeel in die gesondheidsfasiliteit is noodsaaklik.

In alle gesondheidsfasiliteite behoort 'n 24-uur krisishanteringsdiens vir blootgestelde personeel beskikbaar te wees. Die diens moet outomaties na 'n blootstellingsinsident in werking tree om 'n personeellid met die nodige deernis te help en emosioneel te ondersteun (Chagdud Tulku, 2006:Inlyds). 'n Aangewese span opgeleide, vakkundige personeel (insluitend moontlik 'n Infeksiebeheer- en / of Beroepsgesondheid verpleegkonsultant of -berader, geneesheer, psigiater en / of sielkundige) behoort die

onmiddellike na-blootstellingsberading, -bloedtoetse en profilaktiese behandeling van die personeellid volgens die hospitaal se vasgestelde protokol te hanteer. Dis bekend dat 'n gevoel van hulpeloosheid en magteloosheid aanleiding tot die ontwikkeling van post traumatiese stres versteuring kan gee (Seedat, 2006:Intyds). Ontwikkeling van hierdie gevoel moet sover moontlik beperk word deur die blootgestelde personeellede by besluite en prosedures te betrek, en hul aan te moedig om hulp te bekom.

Ten minste een van die krisis spanlede moet na-ure telefonies beskikbaar wees indien 'n personeellid (of gesinslid) later ondersteuning of raad tuis, of na-ure aan-diens benodig. Geneeshere en pastorale- of psigoterapeute behoort altyd deel van hierdie span uit te maak aangesien medikasie profilakties voorgeskryf en newe-effekte simptome behandel moet word (Draft National Policy on Testing for HIV, 1990:10; Giza, 2004:Intyds; Hooper, 2005:Intyds; Interdenominational Church of the Holy Lands, 2005:Intyds; Kessler, 2005:Intyds; Smit, 2004:Intyds; Stoker, 2004:Intyds; eMedicine, 2005:Intyds; American Cancer Society, 2005:Intyds; Macnair, 2005:Intyds; GP-Training.net, 2006b:Intyds; Health 24 – HIV/AIDS Counselling, 2006:Intyds; Richmond, 2006:Intyds; Seedat, 2006:Intyds; Worthington, 2006:Intyds; AIDS Law Project of South Africa, 2006:Intyds).

Omdat die belewenis van blootstelling aan MIV-infeksie aan-diens 'n rouproses is, en post traumatiese stres versteuring in sensitiewe individue kan ontwikkel, moet evaluering, berading en ondersteuning vroeg reeds op stres faktore fokus (Carlson, 2006:Intyds; Foa, 2006:Intyds; Ford, 2006:Intyds). Bywoning van aktiewe een-tot-een trauma berading- of ontladingsessies met 'n opgeleide terapeut behoort verpligtend te wees, ten minste totdat die terapeut bepaal het dat die personeellid genoegsaam deur die rouproses gewerk het om verder onafhanklik te funksioneer (McNally, 2004:Intyds). Deelnemers wat gevaar loop om emosionele trauma of post traumatiese stres versteuring te ontwikkel, kan skryf oor hul gevoelens aangaande die gebeure. Indien persone vryelik kan kommunikeer, en begin uitreik na ander om hulp, is die risiko om die versteuring te ontwikkel soveel kleiner. Hiervoor kan die personeel na die hospitaal se maatskaplike werker, of 'n psigoterapeut / psigiater vir meer intense terapie en ondersteuning verwys word (Lange, 2000:Intyds; Crisis Intervention Forum, 2006:Intyds; National Center for PTSD, 2006:Intyds).

Berading oor moontlike na-blootstellingsverwagtinge moet aan beide die personeellid en die kollegas of gesinslede wat met haar / hom kontak gaan hê, verskaf word. Hier is die lewering van 'n ondersteuningsdiens deur altruïstiese en deernisvolle personeel en beraders van belang. "Altruïsme" is die praktyk om andere se belange eerste te plaas. As konsep fokus altruïsme op die motivering om andere te help, lyding te verlig, goed te doen, of om spesiale ondersteuning te verleen sonder om self beloon te word of erkenning te kry, terwyl "plig" eerder na 'n morele verpligting teenoor die spesifieke blootgestelde individu of werknemer verwys (Wikipedia. Altruism, 2006:Intyds; Wikipedia. Compassion, 2006:Intyds). Die werkgewer het volgens wet 'n *plig* om 'n diens aan blootgestelde werknemers te verskaf (Suid-Afrika. Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, wet nommer 85 van 1993, soos aangepas), maar indien die diens deur altruïstiese en deernisvolle personeel verskaf word, is die voordeel vir die maatskappy en die personeel soveel groter.

Deernis is 'n vorm van meelewing (empatie) sonder sentimentele emosie, wat 'n baie aktiewe komponent van konkrete hulpverlening insluit (Abreu, [s.a.]:Intyds; Martin, 2003:Intyds; Wikipedia. Compassion, 2006:Intyds). Personeel wat berading en ondersteuning aan kollegas verskaf mag terselfdertyd gevoelens van altruïsme, deernis en plig ervaar, sonder die suiwer altruïstiese siening dat elke mens 'n morele verpligting het om die belange van andere eerste te stel en die mensdom se "groter beswil" te dien (Wikipedia. Compassion, 2006:Intyds).

Indien 'n span personeellede by ondersteuning betrokke is, is die kans beperk dat die blootgestelde persoon glad nie met enige berader aanklank sal vind nie. Die spanlede sal nie so vinnig 'n toestand van "deernis-uitbranding" bereik nie. Deernis-uitbranding is die natuurlike gevolg van die voortdurende hantering en versorging van getroumatiseerde persone wat in emosionele pyn en lyding verkeer (Smith, 2005:Intyds; Sabo, 2006:Intyds).

#### **4.2.1.3 Aanbeveling 2:**

Alle personeel moet oor die algemeen ingelig wees oor die natuurlike rourespons na besering- en / of blootstelling-aan-diens, en diegene wat aan-diens beseer- en / of blootgestel was, moet spesifiek daarvoor beraad word.

Inligting en elementêre literatuur oor wat die rourespons is en hoe dit die menseverhoudings en werksverrigting van 'n blootgestelde persoon mag beïnvloed moet by alle moontlike inligtingsessies en opleidingsgeleenthede verskaf word. Hierdie inligting moet tydens oriëntasie saam met die hospitaal se besering-aan-diens beleid en ander verwante, noodsaaklike personeel inligting aan alle nuwe personeel verskaf word. Die inligting kan terselfdertyd in die hospitaal se gerekenariseerde beleid databasis ingebou word, sodat dit vir die bestaande personeel bekombaar is.

Kollegas wat weet waardeur 'n blootgestelde persoon gaan en hoekom op 'n bepaalde wyse opgetree word, kan beter ondersteuning bied en begrip toon indien die personeellid nie heeltemal haar- / sy "ou, gewone" self aan-diens is nie. Personeel behoort beter voorbereid te wees op emosionele skommellings, sodat onverwagte buierigheid, tranes of aggressie nie persoonlik opgeneem word nie. Portuurgroep-ondersteuning is van onskatbare waarde in die emosionele begeleiding van blootgestelde personeel, aangesien slegs persone wat dieselfde ervaring gedeel het, werklik betekenisvolle en in-diepte begrip met mekaar kan betoon (National Institute of Health Grief Information, [s.a.]:Intyds; Matson, 2000:Intyds; Gorle, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; MentalHelp.net, 2005:Intyds; Helpguide, 2006:Intyds).

Die blootgestelde persoon se werkgewer, kollegas en gesinslede behoort ingelig te word dat die werknemer deur 'n aktiewe rourespons werk en tuis of by die werk verskillend mag optree as wat normaalweg verwag sou word. Na regte moet elke blootgestelde personeellid sêlf die belanghebbende persone in haar / sy lewe van die insident vertel, as deel van die herstelfase of "terapie".

Verlies aan konsentrasie, vergeetagtigheid, buierigheid, huilerigheid, irritasie en ander emosionele uitvalle mag as deel van die rouproses voorkom. Behalwe faktore soos fisieke versorging, deernis, gerusstelling en verstaanbare, duidelike kommunikasie, benodig die blootgestelde personeellid empatiese begrip, aanvaarding, onveroordeelende ondersteuning, en tyd om van die trauma te herstel (Okun, 1997; 154, 242-243; National Institute of Health Grief Information, [s.a.]:Intyds; Goldblum, [s.a.]:Intyds; Gorle, [s.a.]:Intyds; NHS Direct Online Health Encyclopaedia, [s.a.]:Intyds; Bowers, [s.a.]:Intyds; Pecorino, 2002:Intyds; King, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; SAITS, 2003:Intyds; Denis, 2003:Intyds; Wang, 2003:Intyds; Brahm, 2004:Intyds;

Ellington, 2004:Intyds; Leonard, 2004:Intyds; Gao, 2004:Intyds; Giza, 2004;Intyds; Smit, 2004:Intyds; Stoker, 2004;Intyds; Hooper, 2005;Intyds; Interdenominational Church of the Holy Lands, 2005:Intyds; Kessler, 2005:Intyds; eMedicine, 2005:Intyds: American Cancer Society, 2005:Intyds; Macnair, 2005:Intyds; GP-Training.net, 2006a:Intyds; Health 24 – HIV/AIDS Counselling, 2006:Intyds; Richmond, 2006;Intyds; Worthington, 2006:Intyds).

#### **4.2.2 Ervaring van ondersteuning**

Die deelnemers aan die studie het rapporteer dat die bestudeerde hospitaal se protokolle en infrastruktuur onmiddellike en bevredigende fisieke en emosionele ondersteuning aan hulle verskaf het. Die toepassing van die protokolle en kwaliteit van dienslewering aan individuele deelnemers was egter beïnvloed deur die werksdruk in Noodgevalle en die unieke empatiese aanslag van die individuele beraders wat met elke deelnemer gewerk het. Hieroor het van die deelnemers klagtes gehad.

Hoewel sommige van die deelnemers aanvanklik huiwerig was om die blootstellingsinsident aan te meld, is dit tog gedoen, en almal het van die beskikbare berading en emosionele bystand gebruik gemaak. Al die deelnemers het amptelik profilaktiese middels ontvang asook die nodige fisieke hulp indien hul nuwe-effekte ervaar het.

Die grootste behoefte aan ondersteuning het voor die profilaktiese behandeling van die deelnemers ontstaan. Al die deelnemers het gerusstelling oor die vrees vir die ontwikkeling van nuwe-effekte op die profilaktiese behandeling (en die meegaande verwagting dat nuwe-effekte altyd ontstaan) as 'n besonder ondersteuningsbehoefte beskryf. Selfs in die gevalle waar nuwe-effekte suksesvol behandel is, het die onderwerp later weer ter sprake gekom. Hierdie aspek het die meeste voorafgaande berading, asook deurlopende onderskraging gedurende die bewakingsperiode van die deelnemers se ondersteuningsbronne vereis.

Ondersteuning is nie eenmalig of slegs aanvanklik aan die deelnemers verskaf nie. Tydens die ontleding en bestudering van die transkripsies is daar tot die slotsom gekom dat die deelnemers deulopend deur kollegas, gesinslede en die werkgewer onderskraag is. Selfs maande na die insident, het deelnemers deur die blote vertelling van hul belewenis die voordeel van 'n aanvaarde, neutrale en terapeutiese ondersteuningsopset ervaar, wat deur verskeie deelnemers aan die einde van hul tweede onderhoud rapporteer is. Nie een van die deelnemers het na verloop van drie maande negatief teenoor die aanvanklike na-blootstellings bewakingsproses gestaan nie. Dit mag wees dat die bykomende aandag wat gedurende die loop van die tweede onderhoud aan die studiedeelnemers geskenk is, 'n verskil aan hulle aanvaarding kon gemaak het, hoewel hierdie moontlikheid nie bewys of gekwantifiseer kan word nie.

Enkele van die deelnemers het tydens die laaste onderhoud opgemerk dat hulle die gebeure nou in 'n ander lig sien as kort na die insident self. Veral onder die verpleegleerlinge was groter insig oor die redes en bydraende faktore tot hul blootstelling ten laaste opmerklik, onder die wat erken het dat hulle steeds bang bly of besonder versigtig aan-diens is. Dit wil voorkom asof die deurlopende ondersteuning wat die deelnemers gedurende die bewakingsperiode ontvang het, in 'n vlak van aanvaarding en vrede gedurende die tweede onderhoud kulmineer het.

Elkeen van die deelnemers het steeds positief (of selfs meer positief) teenoor hul werk met MIV-infekteerde pasiënte gestaan, en nie een het weens die blootstelling bedank of haar / sy pos verlaat nie. Die grootste impak op die deelnemers se aan-diens profiele is deur die newe-effekte van die anti-retrovirale profilakse veroorsaak, hoewel slegs een deelnemer weens die newe-effekte twee dae siekverlof geneem het. Die res is aan-diens, deur kollegas wat reeds deur dieselfde ondervinding gewerk het, ondersteun.

#### **4.2.2.1 Gevolgtrekking:**

'n Stelsel van interverwante nood-, deurlopende en voortgesette ondersteuning moet in die gesondheidsfasiliteit beskikbaar wees en ter enige tyd aan blootgestelde personeel verskaf kan word, totdat hulle aandui dat hulle van die blootstellingstrouma herstel het en weer onafhanklik in die werkplek kan funksioneer.



#### 4.2.2.2 Aanbeveling:

Bykomend tot die 24-uur krisishanterings diens van die gesondheidsfasiliteit, moet 'n ondersteuningsstelsel met gespesialiseerde ondersteuningsgroepe, waar nodig vir blootgestelde personeel, [asook hul gesinslede en kollegas] beskikbaar wees. Hierdie stelsel kan bestaan uit groepe en / of individue wat bereid en beskikbaar is om hulp en ondersteuning aan pas-blootgestelde personeel te bied, en die blootstellingservaring saam met hulle deur te werk.

'n "Buddy"-stelsel kan in die ondersteuningsstelsel ingebou word, waar 'n voorheen blootgestelde persoon of –groep, wat reeds deur die herstelproses gewerk het, in erns 'n pas-blootgestelde personeellid ondersteun (NHS, [s.a.]:Intyds; American Hospice Foundation, 2000:Intyds; Lange, 2000:Intyds; Holmes, 2003:Intyds; Brahm, 2004:Intyds; McNally, 2004:Intyds; GP-training.net, 2006b:Intyds; Crisis Intervention Forum, 2006:Intyds; National Center for PTSD, 2006:Intyds).

Die hospitaal se Beroepsgesondheid Afdeling\*, wat volgens die bepalings van deel 8 van die Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid (wet nommer 85 van 1993) 'n register van alle beseerde- en / of blootgestelde personeel aan-diens moet byhou, moet bogenoemde ondersteuningstelsel(s) ontwikkel en personeel wat daarvoor te vinde is, daarby betrek. Omdat hierdie afdeling se personeel reeds amptelik kennis van al die beserings- en / of blootstellings-aan-diens dra, word konfidensialiteit behou. Verder moet alle aktiwiteite soos groepbesprekings of tee-klub byeenkomste slegs met die instemming van personeel plaasvind, en niemand word daartoe verplig nie (Brahm, 2004:Intyds; McNally, 2004:Intyds; GP-training.net, 2006b:Intyds; Crisis Intervention Forum, 2006:Intyds; National Center for PTSD, 2006:Intyds).

#### 4.2.3 Gedagtes aan die gebeurde

Na verloop van drie maande het enkele van die deelnemers rapporteer dat hulle tydens alle pasiëntsorgprosedures steeds met die veiliger gedragpatroon volhou soos wat dit ná die blootstelling ingestel is.

---

\* Die bestudeerde hospitaal se Beroepsgesondheid Afdeling is amptelik gedurende Januarie 2006 met twee geregistreerde professionele verpleegkundiges op die been gebring.

Sommige van die deelnemers was van mening dat hulle nog op dieselfde wyse as vóór die blootstelling werk, maar met groter versigtigheid en bewustheid van die risiko van blootstelling-aan-diens. Van hierdie groep het egter beweer dat hulle alreeds van die insident vergeet het! Die gevolgtrekking waartoe hieroor gekom is, is dat die oorgrote meerderheid van die deelnemers graag die insident sou *wou* vergeet en dit eerder ontken, as dat dit in werklikheid aanvaar en vergete is.

Enkele eienaardige optredes het tydens die studie voorgekom: Deelnemers het verskonings gevind om nie afsprake vir die opvolg bloedsiftings-toetse na te kom nie, ten spyte van hul uitgesproke angstigtheid daarvoor, of het nie opgedaag vir die onderhoud om die uitslae te ontvang nie. Die gevolgtrekking hieroor was dat die deelnemers die onderhoude en bloedtoetse probeer vermy het, hetsy deur bewustelike of onbewustelike ontkenning van hul blootstelling (vermydingsgedrag). Die gebeure moes dus steeds in hul gedagtes gewees het, hoewel sommige dit direk ontken het, en ander verskonings vir die versuime aangebied het.

Indien personeel toegelaat word om deur ontkenning met vermydingsgedrag weg te kom, sal permanente, beter gedragsverandering ten opsigte van veiliger praktykvoering nie in die blootgestelde personeel ontwikkel nie. Blootgestelde persone gaan nie die trauma so maklik verwerk en dit opsy skuif nie, wat 'n remmende effek op toekomstige werkverrigting mag uitoefen. Ten laaste sal die voorskrifte van die Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid nie nagekom kan word, as insidente nie aangemeld en ondersoek word nie (GP-training.net, 2006b:Inlyds; Crisis Intervention Forum, 2006:Inlyds; National Center for PTSD, 2006:Inlyds).

Deelnemers wat ten laaste hul blootstelling aanvaar het, het vertel dat die belewenis om self op die anti-retrovirale terapie te wees en die veel-besproke nuwe-effekte van die medikasie te ervaar, sonder twyfel van hulle meer empatiese verpleegkundiges gemaak het. Van die deelnemers het 'n voorsmakie gehad van iets waardeur hul MIV-positiewe pasiënte daagliks moet gaan, en die herinnering kom by hulle op elke keer as anti-retrovirale middels aan hierdie pasiënte toedien word.

#### **4.2.3.1 Gevolgtrekking:**

Personeel wat aan-diens aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is, het deurlopende ondersteuning volgens eie behoefte nodig, nie slegs tydens die krisisperiode net na die insident nie.

#### **4.2.3.2 Aanbeveling**

Verskaffing van 'n deurlopende 24-uur ondersteuningsstelsel met 'n krisis-hanteringsdiens vir personeel in die gesondheidsfasiliteit sou hierdie behoefte kon bevredig (vergelyk punt 4.2.1.2, p. 110).

### **4.3 FISIEKE BELEWENIS**

Hoewel die emosionele aspekte van hul blootstelling-aan-diens vir verskeie van die deelnemers beduidend swaarder as die fisieke belewenis gewees het, dra die fisieke belewenis aansienlike gewig in die totale siening van die studie se bevindinge.

Van die deelnemers het reeds binne die eerste week nadat hulle met anti-retrovirale terapie begin het, die eerste nuwe-effekte daarop begin toon. Naarheid, met of sonder braking; slapeloosheid; moegheid en uitputting; hartkloppings; lighoofdigheid en duiseligheid; spiertremore en bewerigheid; diarree; hoofpyn en malaise was die mees algemene klagtes waarvoor die deelnemers behandel is. Soortgelyke simptome kan aan die trauma en spanning van die blootstelling as aan MIV-infeksie toegeskryf word (Ziady, 2004:30-31; McNicholl, 2006:Inlyds).

Met die koms van doeltreffender anti-retrovirale terapie word MIV-infeksie vandag nie meer as 'n onbetwisbare lewensbeperkende toestand beskou nie, en profilaktiese middels kan 'n goeie uitwerking hê ten spyte van verbygaande nuwe-effekte vir sommige verbruikers. Vir die verbruikers met nuwe-effekte is daar eenvoudige middels vir simptomebeheer beskikbaar, wat sal verseker dat terapie nie voortydig gestaak hoef te word nie. Hierdie positiewe uitgangspunt moet in die gesondheidsfasiliteit en gemeenskap uitgedra word, eerder as die negatiewer siening dat anti-retrovirale middels net tot méér

siektes en ellende aanleiding gee. 'n Positiewe siening oor die hanteerbaarheid van newe-effekte en die behandeling daarvan verkort die rouproses en maak die effek daarvan meer draaglik vir die Iyer (Draft National Policy on Testing for HIV [s.a.]:Intyds; die bestudeerde hospitaal se Infeksiebeheerhandleiding, 2003;100-117; McNicholl, 2006:Intyds; Crisis Intervention Forum, 2006:Intyds; National Center for PTSD, 2006:Intyds).

#### **4.3.1 Gevolgtrekking:**

Daar sal altyd 'n persentasie van personeel wees wat newe-effekte op anti-retrovirale terapie gaan ontwikkel, en behandeling en ondersteuning daarvoor sal benodig. 'n Positiewe siening oor die noodsaaklikheid van die behandeling per persoon en die suksesvolle uitkoms daarvan sal die verloop van die terapie beïnvloed.

#### **4.3.2 Aanbeveling 1:**

In gevalle waar 'n blootgestelde personeellid probleme tydens die profilaktiese anti-retrovirale behandelingsperiode ontwikkel, behoort sy of hy oor dienstoegewings met die Verpleegbestuur en die Beroepsgesondheid afdeling te onderhandel. Dienstoegewings soos fleksietyd; bewilling van siekte- of menslikheidsverlof; of die moontlikheid van 'n vrywillige tydelike of permanente verskuiwing na 'n ander afdeling met ligter diensvereistes, ander werksomstandighede of 'n alternatiewe pasiëntprofiel (O'Neill, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds). Die doel hiervan is om die personeellid so ver moontlik aan-diens te hou, maar tegemoet te kom om behandeling te vergemaklik.

Beraders moet die personeellede wat wel by die werk is ten minste weekliks of meer dikwels in hul werkplek gaan besoek om te verseker dat hulle goed funksioneer en bewus bly van die voortgesette ondersteuning van hul werkgewer en kollegas.

### **4.3.3 Aanbeveling 2:**

Om die vrees vir newe-effekte van profilaktiese anti-retrovirale terapie te weerlê, moet positiewe inligting oor die doeltreffendheid en beskikbaarheid daarvan en die suksesvolle hantering van enige newe-effekte by elke inligtingsgeleentheid soos Wêreld VIGS-dag, en enige ander geleentheid beklemtoon word, sonder om die potensiaal van newe-effekte of probleme daarmee te verbloem. Gesondheidsfasiliteite het vandag meestal beleid oor die onmiddellike beskikbaarheid van profilaktiese anti-retrovirale terapie vir blootgestelde personeel, maar die personeel kan self kies of hulle dit wil benut of nie. Indien die personeel se vrees vir die middels nie weerlê word nie, is die beleid van geen waarde nie.

Dit beteken nie dat die newe-effekte van die profilaktiese behandeling onderbeklemtoon of weggepraat moet word nie, maar wel gebalanseer moet word deur die feit dat daar dikwels eenvoudige behandeling beskikbaar is vir dié persentasie personeel wat wel probleme sou ontwikkel.

## **4.4 ALGEMENE GEVOLGTREKKINGS**

### **4.4.1 Moontlike oorsake vir die blootstelling van die deelnemers**

Die studie het bevind dat die meerderheid van die geregistreerde professionele verpleegkundiges tydens direkte pasiëntsorg aan besering met skerpvoorwerpe soos intraveneuse toestelle, velprikkers, spuite met naalde, of gevleuelde naalde (“Butterflies”) blootgestel was, of tydens opruiming na ’n prosedure. In teenstelling was al die verpleegleerlinge eerder aan spatels liggaamsvloeistof tydens direkte verpleegsorg of opruiming daarna blootgestel, soos ’n hoes in die gesig nadat medikasie gedrink is, of spat met besoedelde waswater tydens die leegmaak van ’n gebruikte wasskottel.

In hierdie studie was daar geen oorwegende blootstellingspatroon te bespeur, byvoorbeeld dat die insidente meer dikwels gedurende die naweek, op 'n besondere skof (soos nagdiens) of in 'n bepaalde plek voorgekom het, nie. Die meeste insidente het op die besige tye van die dagskof, gedurende weksdae, en na die skof reeds 'n paar uur aan die gang was, voorgekom. Meer geregistreerde professionele verpleegkundiges is blootgestel as leerlinge. Twee insidente het vroegaand aan die einde van die dagskof in die teater plaasgevind. Die enigste gevolgtrekking wat hieruit gemaak kan word is dat personeel wat reeds etlike ure aan-diens is, meer geneig tot blootstelling-aan-diens is. Hierdie gevolgtrekking is in die literatuur bevestig: Hoe meer afgemat die werker is; hoe minder personeel per skof aan-diens is; of hoe meer werksdruk op individuele personeel uitgeoefen word, veral op 'n nagskof, hoe groter is die risiko om 'n besering aan-diens op te doen (Beltrami, 2000:Intyds; Radecki, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds). Moeë personeel toon 'n onvermydelike afname in waaksaamheid, kognitiewe vermoë en motorfunksie (Ayas, 2006:Intyds).

'n Aspek van die studiebevindings wat kommerwekkend was, is die blootstelling van deelnemers wat tydens die insident onkundig, of nie vaardig in die uitvoer van die betrokke pasiëntsorgprosedures was nie. In een van die gevalle was 'n jong leerling verpleegkundige in 'n vreemde afdeling aan liggaamsvloeistof blootgestel, terwyl sy met 'n eenvoudige, maar onbekende prosedure besig was (toediening van orale medikasie aan 'n verswakte, baie verwarde pasiënt wat onverwags tydens die prosedure begin hoes het). Dikwels word juis die nuwe, stadiger personeel gestuur om in ander afdelings te gaan uithelp, omdat die afdeling se meer ervare werkers noodsaaklik is vir die spoedige afhandeling van die werk daar, en die onkundiger personeellid is blootgestel aan werksverwante ongelukke en probleme, soos tydens die studie gedemonstreer is.

#### **4.4.1.1 Aanbeveling:**

Alle blootstelling-aan-diens insidente, ongeag hoe eenvoudig en ongekompliseer dit mag voorkom; moet ondersoek word en die omstandighede waaronder dit gebeur het ontleed word om 'n profiel van neiging-tot-blootstelling saam te stel.

Die inligting wat uit die ontleding bekom is, moet gebruik word om voorkomend op te tree. Volgens wet moet elke blootstelling-aan-diens insident volledig ten opsigte van die situasie, aanleidende gebeure, omvang van die insident, asook die gevolge daarvan vir die werknemer en werkgewer ondersoek word. Die leemtes of foute wat deur die ondersoek uitwys is, word gedokumenteer en waar moontlik reggestel (Suid-Afrika. Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, wet nommer 85 van 1993, soos aangepas). Die doel van hierdie ondersoeke is regstelling en voorkoming, en nie om blaam op 'n persoon te plaas nie. Indien die veiligheidsprobleem onmiddellik hanteerbaar is, soos 'n oorvol en gevaarlike skerpvoorwerphouer wat nie betyds vervang is nie, word dit sonder versuim reggestel deur die afvalhanteerders se prosedures met hulle uit te klaar. Hierna word die gebeure na die Beroepsgesondheid- en Veiligheidskomitee verwys, waarna meer omvattende regstellende aksie indien nodig, ingestel sal word (soos om 'n alternatiewe skerpvoorwerphouer op die mark te soek). Die dokumentasie en die bewys van alle regstellings moet beskikbaar wees wanneer die verteenwoordiger van die Provinsiale Departement van Arbeid jaarliks die gesondheidsfasiliteit se beroepsgesondheid- en veiligheidstelsels kom evalueer.

Ontleding en 'n oorsig oor die omstandighede waaronder besering- en / of blootstelling-aan-diens voorkom, kan meehelp dat voorkomende en veiligheidsmaatreëls pro-aktief in ander pasiëntsorgareas ingestel word. Hierdie is 'n noodsaaklike, ses maandelikse funksie van die kerngroep van die groter Beroepsgesondheid- en Veiligheidskomitee in die hospitaal, bestaande uit die Hospitaal- en Verpleegbestuur, asook kundige personeel van die Beroepsgesondheid-, Infeksiebeheer-, Tegniese Ondersteuning-/ Instandhouding- en Gehalteverbeteringsafdelings.

Personeel kan verder aangemoedig word om anoniem met voorstelle vir verbetering van beroepsveiligheid na 'n neutrale afdeling, soos die hospitaal se Kliëntediensafdeling te gaan. Nadat 'n verpleegkundige haarself met die wegdoen van 'n gebruikte spuit en naald raakgesteek het, het sy tydens haar laaste onderhoud die volgende opmerking gemaak:

*“...spesifiek waar ék werk, is die ‘sharps houers’ agter ’n pilaar en partykeer dan vat jy daardie naald en jy gooi dit sommer [in] terwyl daar [onsigbare] naalde uitsteek. Dit voel vir my hulle [die houers] moet meer sigbaar en bekombaar wees. Want almal gaan nou so en druk net die naald in, en loop nie altyd om die pilaar nie, want jou oog is op die pasiënt.”*

Kritiese, kliniese praktykerugvoer is van waarde aangesien die risiko van besering nie vooraf bepaal kan word nie, maar eers in die praktyk of na ’n blootstellingsinsident ooglopend word. Toepassing van soortgelyke aanbevelings kan potensiele blootstelling van verdere personeel in ander, ooreenstemmende werksareas voorkom.

Waar ongunstige werksomstandighede in ’n afdeling heers, wat tot moontlike blootstellings aanleiding kon gegee het, moet wysiging daarvan prioriteit aandag geniet. Indien individuele of herhaaldelike blootstelling(s) moontlik weens ’n tekort aan personeel, swak werksklimaat of hoë werkslas veroorsaak word, moet die aangeleentheid onverwyld ondersoek en regstellende aksie deur die Hospitaalbestuur ingestel word. Bestaande besprekingsforums vir personeel, soos die Billikheidsforum, Beroepsgesondheid- en Veiligheidsvergadering, en individuele afdelings se gereelde interne klimaatsvergaderings is ideale klankborde vir debat. Hier kry alle kategorieë personeel die geleentheid om hul insette te lewer en enige aanbevelings via die komiteevoorsitter(s) vir oorweging na die Hospitaalbestuur te verwys (Kadla, 1997:Intyds; CDC MMWR, 1998:Intyds; Beltrami, 2000:Intyds; Radecki, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds; Clarke, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; CDC, 2003:Intyds; O’Neill, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds; Smith, 2005:Intyds).

Indien ’n blootgestelde personeellid vermoed was omdat daar ’n tekort aan personeel was, of waar moontlik werksdruk toegepas is om ’n taak spoedig te voltooi, mag die betrokke personeellid huiwer om die insident aan te meld, aangesien dit soos ’n klagte teen ’n direkte toesighouer sou lyk. Deeglike ondersoek van alle blootstellings sal die spesifieke omstandighede waaronder elkeen plaasgevind het kan uitlig, waarna opgetree en regstellende maatreëls implementeer kan word, wat weer die heersende werksomstandighede vir die res van die personeel kan verbeter.



Omdat personeel soms gestuur word om in ander afdelings te gaan uithelp, moet verpleegtoesighouers in die afdeling van afkoms sowel as die plasingafdeling kennis dra van enige beperkinge in die helper se vermoëns. Leerlinge word soms weens werksdruk of vir opleidingsgeleenthede in 'n onbekende afdeling gebruik, wat weens onkunde die moontlikheid van blootstelling aan 'n besering aan-diens kan skep.

#### **4.4.2 Amptelike blootstelling-aan-diens protokolle**

Die gesondheidsfasiliteit se Beroepsgesondheid- en Menslike Hulpbron Afdelings moet verseker dat blootgestelde personeel die gesondheidsfasiliteit se voorgeskrewe beserings- en / of blootstellings-aan-diens protokolle nakom. Telefoniese oproepe en / of amptelike herinneringsbriewe kan gebruik word om personeel te help om daarvan te onthou, of reëlings kan getref word dat privaat laboratoriums se flebotomiste, besige personeellede in hul werkplek besoek om die nodige bloedmonsters te trek.

Waar opvolgondersoeke van die insident deur die verteenwoordiger van die Beroepsgesondheid- en Veiligheidskomitee getoon het dat die blootstelling weens swak tegniek of foutiewe prosedures plaasgevind het, mag heropleiding of her-oriëntasie van die personeellid aanbeveel word (Balachandran, 2002: Intyds). Gebruik van 'n stelsel van individuele opleidingsfasiliteerders wat alle nuwe personeellede in die hospitaal deur 'n oriëntasie- en aanpassingsperiode begelei, is hier gepas. In die bestudeerde hospitaal sluit hierdie personeel se dagtaak in om gevestigde personeel te help om nuwe vaardighede aan te leer en alternatiewe prosedures te bemeester. Gevolglik kan hulle met noodsaaklike her-oriëntasie of heropleiding van die personeel gemoeid wees.

##### **4.4.2.1 Aanbeveling:**

Pas aangestelde personeel moet oor die gesondheidsfasiliteit se wetlik voorgeskrewe beserings- en / of blootstelling-aan-diens protokolle ingelig word, en daarna verplig word om die werkgewer se beleid na te kom. 'n Stelsel moet via die Beroepsgesondheid- en Menslike Hulpbronafdelings geskep word om hierdie beleid en protokolle te fasiliteer.

#### 4.4.3 Wysiging van bestaande kliniese praktyke en toerusting in die hospitaal

Indien beoog word om bestaande stelsels, prosedures of tegnologie in gesondheidsfasiliteite te verander, behoort die betrokke verpleegpersoneel (in hul werkplek) vooraf in die ontwerp daarvan geken te word. Hierdie personeel ken die risikos waaraan hulle alreeds in die kliniese praktyk blootgestel is, en kan gevolglik ook 'n oordeel vel oor enige veranderinge daaraan. Op hierdie wyse word verseker dat die verpleegpersoneel se behoeftes aan veiligheid in ag geneem, en moontlike ergonomiese aanpassings reeds in die ontwikkelings stadium implementeer word. In die studie is een van die personeel juis beseer omdat sy nie voldoende kennis gedra het van die gevare verbonde aan die onbekende, gebruikte toestel wat sy moes hanteer nie.

Voorbeelde van veiligheidsapparaat soos naaldlose intraveneuse toedieningstelsels; of gebruikte toestelle wat hulself outomaties beveilig deur skerp areas stomp te maak, of naalde in skedes terug te trek of te bedek, kan naaldprikongelukke met gemiddeld 62-88% verminder. Verpleegpersoneel wat in die keuse of ontwerp van hierdie tipe veiligheidstelsels betrokke was, voel meer gerus daarvoor, neem eienaarskap van prosedures, sal betrokke wees in die ontwikkeling van die prosedures en sal die veiligheidsprosesse tot voordeel van die diens bestuur (CDC MMWR, 1998:Intyds; Beltrami, 2000:Intyds; Radecki, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds; Clarke, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; CDC, 2003:Intyds; O'Neill, 2003:Intyds; Wang, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds; Smith, 2005:Intyds).

Produk-aankopers in hospitale behoort verder op die uitkyk vir nuwe veiligheidsprodukte, of pasiëntsorg items met ingeboude veiligheidstelsels te wees. Die persone moet oor die kliniese kundigheid beskik om onbekende produkte vir veiligheid te evalueer. Dis aan te beveel dat hierdie personeel vir dié rede by die hospitaal se Beroepsgesondheid- en Veiligheid komitee betrokke sal wees. Klagtes oor bestaande pasiëntsorgprodukte kan direk na die aankopers verwys word vir verdere aanbevelings oor die noodnag vir kliniese proewe van nuwe produkte in die gesondheidsfasiliteit voordat verskaffers of produkte gewissel of ander produkte aangekoop word (Stoker, 2004:Intyds).

#### **4.4.3.1 Aanbeveling:**

Konsultasie en beraadvoering oor alle beplande of besliste nuwe-, aangepasde- of veranderde veiligheidstoestelle of -stelsels in die pasiëntsorgafdelings moet in oorlegpleging met die belanghebbende en kundige verpleegpersoneel plaasvind, voordat dit implementeer word.

Met hierdie besprekings, gevolgtrekkings en enkele praktiese aanbevelings in gedagte, kan die bevindinge van die studie na waarde geskat word.

### **4.5 DIE WAARDE VAN DIE NAVORSING**

Moderne gesondheidsdienste verkeer onder toenemende druk om slegs goeie uitkomstes en positiewe resultate vir interne kliënte (personeel) en eksterne kliënte (pasiënte en besoekers) te verseker. Die verlaging van die risiko om beroepsverworwe bloedgedraagde infeksies op te doen sou dus 'n daadwerklike voordeel vir beide die werkgewer en werkerskorps inhou (Balachandran, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; CDC, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds).

Een wyse om hierdie doelwit te bereik is om, soos in hierdie studie, die bestaande ervarings van personeel wat aan-diens aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is, te ontleed en die kennis wat daaruit voortgespruit het, te gebruik. Die inligting wat tydens soortgelyke studies versamel word, lei tot die ontwikkeling van groter begrip oor die redes vir blootstelling-aan-diens. Verder lei dit tot die ontwikkeling van strategieë waardeur blootstellings voorkom kan word, hoe voorsorg teen soortgelyke insidente getref mag word, of hoe aanpassings gemaak kan word (Bandolier Extra, 2003:Intyds; CDC, 2003:Intyds; Stoker, 2004:Intyds).

Daar is vanuit hierdie studie op verskeie vlakke bydraes tot die kennisbasis oor MIV-blootstelling van verpleegpersoneel gelewer, onder meer op internasionale-, nasionale- en hospitaalvlak.

#### 4.5.1 Bydrae tot die internasionale kennisbasis oor MIV-blootstelling

Weens die universele tekort aan getuienis-gegronde navorsing oor die emosionele belewenis van verpleegpersoneel na blootstelling aan MIV aan-diens, sal hierdie studie se bevindinge waarskynlik nuwe lig op die onderwerp kan help werp. Omdat die bevinding van die studie met die bevindinge van twee ander Suid-Afrikaanse studies ooreenstem (Ncama, 2003:Intyds; Smit, 2004:Intyds), mag 'n Suid-Afrikaanse perspektief 'n waardevolle bydrae tot die wêreldwye kennisbasis maak. Die Suid-Afrikaanse bevindinge verskil in wese oor die ervaring en optrede van blootgestelde gesondheidsdienswerkers van die res van die wêreldbeskouing (Goeldner, 2000:Intyds; Balachandran, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; Ncama, 2003:Intyds; ANA, 2004:Intyds; Smit, 2004:Intyds; Stoker, 2004:Intyds; Regez, 2005:671-672; National Public Health Service for Wales, 2005: Online; Smith, 2005:450).

Die gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het is dat Suid-Afrikaanse verpleegpersoneel 'n baie meer pragmatiese houding oor die risiko van blootstelling aan beroepsverwante MIV-infeksie inneem, moontlik omdat hulle daaglik in die teenwoordigheid van 'n pandemiese insidensie van MIV-infeksie funksioneer en leef. Die navorser is van mening dat hierdie vlak van risiko-aanvaarding die land se verpleegkundiges meer gesog in ander wêrelddele maak, aangesien ander lande se verpleegpersoneel skynbaar al minder geneë is om die risiko te aanvaar om met MIV-positiewe pasiënte te werk (Balachandran, 2002:Intyds; Bandolier Extra, 2003:Intyds; ANA, 2004:Intyds).

Tweedens beskryf die studie nie net die voorkoms van indringende skerpvoorwerpbeserings nie, maar spatsels liggaamsvloeistof in die gesig en mond wat tydens die navorsingsperiode voorgekom het. Internasionaal is daar 'n geneigdheid om hoofsaaklik aandag aan indringende skerpvoorwerpbeserings te skenk (Bandolier Extra, 2003:Intyds), hoewel die risiko van MIV-oordrag in die geval van spatsels menslike liggaamsvloeistof in die gesig 'n kliniese werklikheid is. Gevolglik mag die studie groter diepte aan die wêreldbeskouing bring oor die verskeidenheid van insidente wat tot blootstelling lei.

Ten laaste is daar meer beskrywende inligting ingewin oor die aard van die emosie wat deur die blootgestelde verpleegkundige beleef word. Wanneer die omvang van hartseer en emosie na moontlike blootstelling aan MIV-infeksie aan-diens bestudeer word, kan die belewenis van 'n pas aangestelde verpleegleerling na vier weke van opleiding vergelyk word met dié van 'n verpleegkundige met 39 jaar ondervinding; en sal die skok van 'n self-toegediende naaldprik ewe swaar weeg as 'n skalpelprik via 'n chirurg in teater. Die rede hiervoor is die universele aard van die rourespons wat deur die insident uitgelok word. Die belewenis van twee personeellede na onbeskermd mond-tot-mond resussitasie voeg waarde by tot die kennisbasis van die studie, juis omdat dit die ooreenstemmende rourespons by die deelnemers bestudeer het.

In wese is die diepte en wyse waarop die rourespons deur die deelnemers aan die studie uitgeleef is die grootste bydrae tot die kennisbasis oor verpleegpersoneel se belewenis van blootstelling-aan-diens. Vir baie jare reeds is aspekte van die rourespons deel van die kliniese en praktiese opleiding oor sterwensbegeleiding, wat aan algemene- en psigiatriese verpleegleerlinge gegee word (O'Neill, 2003: Intyds), maar min is bekend oor hoe 'n verpleegkundige-aan-diens dieselfde tipe emosies sou verwerk. Die meeste studies oor blootstelling van gesondheidsdienswerkers bestudeer die hantering van die insidente eerder as die emosionele ervaringe van die blootgestelde personeel (verwys na die NISC DISCover Report, 2003, in Bylaag C).

#### **4.5.2 Bydrae tot die Suid-Afrikaanse kennisbasis oor MIV-blootstelling van verpleegpersoneel-aan-diens**

In al die gesondheidssektore van ons land is infeksie voorkoming en -beheer tans 'n baie aktuele onderwerp en behoort die onderwerp oor die volgende jare baie meer kennis en groter insigte op te lewer. Tog val die klem weer eens op die pasiënt in die bed of langs die ondersoektafel se emosionele behoeftes, eerder as op die versorger van die kliënt in nood. Hierdie studie mag moontlik deel van die klein databasis oor die versorger se behoeftes vorm en tot verdere navorsing in die Suid-Afrikaanse konteks aanleiding gee.

Daar word beoog om die bevindinge van die navorsing in verskeie mediese en vakkundige joernale, soos onder meer in die Infeksiebeheer Vereniging van Suider Afrika (ICSSA) se "Infection Control Journal", die "Suid-Afrikaanse Teatersuster" (SATS) tydskrif en die bestudeerde hospitaalgroep se interne publikasies "Millieu", "Gesundheit" en "Verpleegtydskrif" te laat publiseer, om 'n wye kring van lesers in gesondheidsdienste te bereik.

Aanbiedings oor die navorsing word vir die April 2007 seminaar van die Multidissiplinêre en Infeksiebeheer Indaba (MICI) van die Vrystaat streek, asook vir twee internasionale kongresse gedurende 2007, naamlik die gekombineerde infeksiebeheerkongres van ICSSA en die Federasie van Aansteeklike Siektes van Suider Afrika (FIDSSA), en die Nursing Odyssey van die Skool van Verpleegkunde aan die Universiteit van die Vrystaat beplan om die bevindinge spesifiek onder infeksiebeheerpraktisyns en verpleegkundiges te versprei en debat uit te lok.

#### **4.5.3 Bydrae tot die privaat gesondheidsgroep se kennisbasis oor MIV-blootstelling**

Omdat die bestudeerde hospitaal se besering- en / of blootstelling-aan-diens protokol op die privaatgroep se riglyne geskoei is, (bestudeerde hospitaal Infeksiebeheerhandleiding, 2003), sal die studie se bevindinge moontlik wyer in die groep gebruik kan word. Die inligting wat versamel is kan benut word in die evaluering van die standaard protokol vir die maatskappy. Hoewel daar wesentlike bedryfsverskille in die individuele hospitale van die privaat hospitaal groep bestaan, is die kern funksie steeds kwaliteit pasiëntsorg, met die meegaande gesondheidsrisiko waaraan die versorgerskorps tydens die basiese verpleegprosedures blootgestel word.

Die waarde van die deelnemers aan die studie se sieninge lê in die diepte van begrip wat elkeen tot die kwessie van hantering van blootstelling-aan-diens in die hospitaal self gebring het. Die aanbevelings van die studie sal per motiveringsbrief aan die Hospitaalbestuur en die Beroepsgesondheid- en Veiligheidskomitee oorhandig word.

## 4.6 MOONTLIKE BEPERKINGE IN DIE STUDIE

Hoewel insiggewende inligting uit die studie bekom is, is daar enkele moontlike beperkinge teenwoordig. Hierdie is 'n klein studie wat in 'n spesifieke en beperkte populasie uitgevoer is. Slegs twaalf deelnemers uit 'n hospitaal in die hoër inkomste, privaat gesondheidsdienssektor is in die studie ingesluit. Hoewel die seleksie groot genoeg vir die doel van die navorsing is en die belewenis van die blootgestelde verpleegpersoneel van die bestudeerde hospitaal verteenwoordig, bly dit slegs 'n belewenis van die dienskultuur en personeelprofiel van een spesifieke hospitaal. 'n Vergelyking tussen die ervarings van gesondheidsdienswerkers uit 'n verskeidenheid van privaat- en openbare sektor instansies met 'n verskeidenheid van ondersteuningstelsels, sou moontlik alternatiewe of dieper insigte kon meebring.

Wêreldwyd is min literatuur oor die verpleegkundige se onmiddellike belewenis van blootstelling-aan-diens beskikbaar (NISC DISCover Report, 2003; Bandolier Extra, 2003: Intyds). Beter beskryf, is die internasionale statistiek oor die blootstelling in sommige Eerste Wêreld lande, asook die kliniese direkte na-blootstelling hantering van veral naaldprik- of skerpvoorwerpbeserings (Denis, 2003: Intyds). Moontlik kon hierdie studie dalk sydigte resultate gelewer het omdat die regte vrae net nog nooit gestel is nie (Ncama, 2003: Intyds; Smit, 2004: Intyds). Daarteenoor ondersteun die enkele Suid-Afrikaanse studies wat reeds uitgevoer is 'n unieke "Suid-Afrikaanse siening", wat moontlik 'n nuwe perspektief op die resultate uit die res van die wêreld mag bring.

### 4.6.1 Moontlike sydigheid in hierdie studie

Tydens die studie is terloops gevind dat enkele van die blootgestelde verpleegleerlinge hul vertellings by feite, prosedures en selfs woordfrases wat hulle in die klas geleer het, aangepas het. Die moontlikheid bestaan dat dit slegs 'n weerspieëling van die opleidingsproses waarin die leerlinge verkeer het, mag wees. Die transkripsies van hul onderhoude het 'n aantal frases wat uit die klasopset kom bevat, byvoorbeeld

*"Dit is tog jou verantwoordelikheid as 'n verpleegkundige. Ons het die klasse gehad. Daar is nie regtig enigiets anders nie."*

*"Ons moet die nodige beskermende maatreëls korrek gebruik."*

*“Ek sal my maatreëls soos nodig toepas. Handskoene en sulke dinge.”*

Tydens die laaste onderhoud, drie maande later, het die leerlinge eerder gesels en was die neiging om by “monde” van die opleidingsklas te praat minder opvallend, en het die navorser nie gevoel dat dit die eerste onderhoude benadeel het nie.



## 4.7 SLOTOPMERKINGS

*“...Somewhere out there,  
someone’s been infected with a deadly virus  
just because they went to work one day...”*

Lynda Arnold  
*Personderhoud, 1998*

Hierdie is die werklikheid waarmee verpleegkundiges tydens verpleging in die meeste gesondheidsorginstansies in Suider Afrika elke dag mee gekonfronteer word. Maar is dit werklik so traumaties vir die gemiddelde verpleegpersoneellid? Of word dit werklik eers ’n kwessie van goeie gesondheid of selfs oorlewing, nadat die personeellid tydens ’n besering- en / of blootstelling-aan-diens aan moontlike MIV-infeksie blootgestel is?

Die navorsingstudie het bewys dat verpleegkundiges wat tydens ’n besering- en / of blootstelling insident aan-diens moontlik aan MIV-infeksie blootgestel is, van die oomblik van die ongeluk deur ’n soortgelyke rouproses as pasiënte, net na kennisname van ’n terminale siekte, gaan.

Die fases van ontkenning, woede, ang, vrees en aanvaarding, asook ’n ontluikende toekomsvisie ontwikkel waarneembaar gedurende die periode van drie maande. In die internasionale literatuur wil dit voorkom asof verpleegpersoneel dwarsoor die wêreld hierdie fases betree. Dan kom die verskil – in die bestudeerde hospitaal aanvaar en berus die Suid-Afrikaanse verpleegkundiges na drie maande grootliks by wat met hulle gebeur het, terwyl dit wil voorkom asof die res van die wêreld nie so maklik by die voortdurende risiko van blootstelling aan MIV-infeksie aanpas nie. Is dit omdat soveel van die verpleegkundiges se pasiënte en gemeenskapsgenote hierdie infeksie onder lede het? Hierdie studie was die begin van ’n hele ontdekkingsreis, maar daar is soveel meer om te leer in die toekoms, soveel onbeantwoorde vrae ...

Hoe dit ookal sy, die skok, ontsetting en vrees, wroeging en hartseer van blootstelling aan MIV-infeksie is ’n werklikheid wat werkgewers en opleiers al meer in gedagte sal móét hou wanneer bewakings- en ondersteuningstelsels vir personeel na blootstellings-aan-diens ontwikkel, ingestel of opgradeer word. Vir ons personeel se onthalwe.

OPSOMMINGS VAN DIE STUDIE

**AFRIKAANSE OPSOMMING: DIE VERPLEEGKUNDIGE SE BELEWENIS VAN MOONTLIKE MIV-INFESIE NA BESERING- EN / OF BLOOTSTELLING-AAN-DIENS**

Die doel van die studie was om data oor die belewenis van die verpleegpersoneel wat tydens die uitvoering van hul dagtaak in die bestudeerde hospitaal aan moontlike MIV-infesie blootgestel was, in te win en te beskryf.

'n Kwalitatiewe fenomenologiese beskrywende studie is gebruik om die emosies en nie-verbale optrede van die twaalf deelnemers tydens twee opeenvolgende onderhoude na die blootstelling, berading en toediening van die profilaktiese behandeling te beskou. Verpleegpersoneel van 'n spesifieke privaat hospitaal is in die studie ingesluit nadat hulle aan-diens 'n verskeidenheid van blootstellings aan bloed en menslike liggaamsvloeistowwe gehad het. Die blootstellings het gewissel van sny met 'n gebruikte skalpelle, naaldprikke, spatsels liggaamsvloeistof in die gesig, kontak met bloed aan stukkende hande asook twee gevalle van onbeskermdede kardiopulmonale resussitasie wat in die hospitaal se openbare parkeerterrein plaasgevind het.

Na aanleiding van die navorsingsresultate kan tot die slotsom gekom word dat die studie die doel daarvan bereik het. Data oor die belewenis van die personeel wat aan-diens aan moontlike MIV-infesie blootgestel is, is versamel, beskryf en ontleed.

Daar is tot die slotsom gekom dat die blootgestelde verpleegpersoneel se belewenis tweeledig van aard is: Eerstens rou die blootgestelde personeel emosioneel oor die verlies aan die gedagte van hulself as onaantasbaar, geseënd met goeie gesondheid, vaardigheid en 'n bepaalde lewensdoel. Die rouproses omsluit fases van ontkenning, woede, angsk en vrees, gedagtes aan die gebeure, asook aanvaarding en vrede. Hierdie rouproses en die skok van die gebeure het 'n kringeffek op die gesinslede asook die werksomstandighede gehad. Van die blootgestelde personeel was vir 'n tydperk angstig en skrikkerig aan-diens, terwyl enkeles aan die einde van die drie maande bewakingstyd steeds episodes van angsk en vrees ervaar het.

Volgens die literatuur mag hierdie individue moontlik simptome van post- traumatiese stres versteuring begin ontwikkel het, en hulle is vir verdere mediese opvolg verwys. Van die deelnemers het in besonder die opregte empatie en ondersteuning wat hul by die werk, tuis en in die gemeenskap ontvang het, in besonder genoem.

Die tweede kategorie van belewenis was die fisieke newe-effekte wat van die deelnemers op die profilaktiese anti-retrovirale terapie ervaar het. Sommige van die deelnemers het die terapie besonder moeilik ervaar, terwyl ander minder probleme gehad het. Almal het vooraf hul angstigheid en vrees vir hierdie middels aangemeld. Die gevoel is dat vrees dalk hul ervaring van die newe-effekte gekleur het. Tog het al die deelnemers, behalwe een, die terapie positief ervaar en suksesvol voltooi.

Enkele aanbevelings is uit die navorsingsresultate gemaak om die hospitaal se huidige bewakingstelsel aan te vul en moontlik in die toekoms selfs te verbeter. Aanbevelings, soos om 'n 24-uur krisishanteringsdiens vir blootgestelde personeel in te stel; om ondersteuningsgroepe vir die personeel, hul kollegas en hul gesinslede op die been te bring; aan alle personeel oriëntasie en begeleiding tydens onbekende take of plasing in 'n vreemde omgewing te bied; alle blootstellingsinsidente aan-diens volledig te ondersoek, om daaruit te leer en later pro-aktief of voorkomend op te tree, en om probleme met personeelverskaffing en werksklimaat spoedig uit te stryk. Verder behoort die blootgestelde personeel te alle tye empatiese en altruïstiese ondersteuning, wetenskaplik gegronde, positiewe inligting oor die profilaktiese middels wat gebruik kan of gaan word te ontvang, asook enige nodige onmiddellike fisieke hulp vir moontlike newe-effekte van die medikasie.

Ten laaste is al die bevindinge en aanbevelings vanuit die studie na die belanghebbende outoriteite in die Hospitaalbestuur verwys.

Indien gesondheidsdienste in die toekoms verpleegpersoneel wil behou, sal meer gedoen moet word om alle vorme van blootstelling-aan-diens te voorkom, en indien dit wel plaasvind, die gevolglike rourespons van die blootgestelde verpleegkundige of leerling te verwag, te hanteer en te verkort.

ENGLISH SUMMARY: THE NURSE'S EXPERIENCE OF POSSIBLE HIV – INFECTION  
AFTER AN INJURY AND / OR EXPOSURE ON DUTY

The aim of the research was to describe the experience of nurses in the studied hospital who had been exposed to possible HIV infection during injury or exposure on duty.

A qualitative phenomenological descriptive study was used to describe the emotions and non-verbal reactions of the twelve participants during two subsequent interviews. These were conducted post-exposure, and after counseling and prophylactic treatment took place. The staff from a selected private hospital were included in the study after exposure to blood and human body fluid. The exposures varied between stabbing with a used scalpel, needle prick injuries, contact between blood and broken skin, as well as two cases of exposure during unprotected cardiopulmonary resuscitation, which took place in the hospital's public parking area.

The research results show that the study had achieved its goal. Data regarding the experience of staff that were exposed to possible HIV infection while on duty was collected, described and studied.

After completion of the study, it was found that the exposed staff's experience had two main features. Firstly, they were grieving for the loss of the concept of being healthy and invincible, blessed with nursing skills and definite goals in life. The bereavement process included phases of denial, anger, anxiety and fear, with recurring thoughts regarding the adverse events, as well as acceptance which developed with time.

The bereavement process and shock of the exposure had wider consequences to the family, as well as an impact on the working environment. Some staff members remained anxious and fearful on duty for some time, while others were still experiencing episodes of anxiety and fear at the end of the three months' surveillance period. According to the literature, these individuals may have been demonstrating the first symptoms of post-traumatic stress disorder, and they were therefore referred for further medical follow-up.

Most participants reported that they experienced genuine support and compassion from colleagues, at home and in the community.

The second category of experience was the physical side effects which participants developed due to the prophylactic antiretroviral therapy. Some participants experienced severe difficulties due to the treatment, while others had fewer problems. During the pre-treatment period, all the participants verbalized their fear and anxiety regarding use of the drugs. The opinion exists that anxiety might have coloured their experience of the side effects, though all the participants, excluding one, completed the prophylaxis with good effect.

Some proposals to adjust and possibly improve the hospital's exposure surveillance system were developed from the research results, including that a 24-hour crisis management system be implemented for exposed staff members; that support groups be started for staff, colleagues and family members; that all staff receive orientation and support during unfamiliar procedures or placement in unknown departments; that all exposures-on-duty be investigated and studied so that pro-active or preventive measures may be devised; and that problems with staffing and working climate be resolved. All exposed staff must further receive empathetic and altruistic support, as well as positive, scientifically based information regarding the drugs that can or are to be used, including physical help with any possible side effects due to this medication.

All the findings and proposals were subsequently addressed to the relevant members of the Hospital Management.

If healthcare services wish to retain nursing staff in future, more will need to be done to prevent all types of exposure-on-duty; and, if they do occur, to anticipate, manage and shorten the subsequent period of the professional nurse or learner's bereavement.

KEY PHRASES / WORDS FOR USE BY INTERNET SEARCH ENGINES TO  
REFERENCE THIS DISSERTATION

- ⌘ Acceptance
- ⌘ Anger
- ⌘ Antiretroviral therapy
- ⌘ Anxiety and fear
- ⌘ Bereavement process
- ⌘ Compassion
- ⌘ Denial
- ⌘ Exposure-on-duty
- ⌘ Grief
- ⌘ Injury-on-duty
- ⌘ Needle stick incident
- ⌘ Nurses
- ⌘ Post-exposure prophylaxis
- ⌘ Side effects
- ⌘ Sharps-related exposure
- ⌘ Staff surveillance
- ⌘ Support

## BIBLIOGRAFIE

- ABREU, S. [s.a.]. RECLAIMING "COMPASSION".  
[http://www.rocisland.com/~irthlings/sharmuse/reclaiming\\_compassion.htm](http://www.rocisland.com/~irthlings/sharmuse/reclaiming_compassion.htm) (Accessed 2006/08/11).
- AIDS LAW PROJECT OF SOUTH AFRICA. [s.a.]. HIV testing and informed consent.  
[http://www.alp.org.za/modules.php?op=modloaden\\_name=Newsen\\_file=articleen\\_sid=46en\\_DC](http://www.alp.org.za/modules.php?op=modloaden_name=Newsen_file=articleen_sid=46en_DC) (Accessed 2006/09/18).
- ALLAN, J. 2005. Exposure to blood and body fluids: Management for health care. NURSING TIMES, September 27- October 3; Vol. 101 (39), pp. 50-51.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. 2005. Coping with grief and loss.  
<http://documents.cancer.org/6036.00> (Accessed 2006/06/21).
- AMERICAN HOSPICE FOUNDATION. 2000. Helping a grieving parent.  
<http://www.americanhospice.org/griefzone/articles/grievingparent.htm> (Accessed 2006/06/19).
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). Health and safety concerns. NURSEZONE.COM. Sunday September 26, 2004.  
[http://www.nursezone.com/include/PrintArticle.asp?articleid=8130en\\_Profile](http://www.nursezone.com/include/PrintArticle.asp?articleid=8130en_Profile) (Accessed 2004/09/27).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2006. Practice guidelines for the treatment of patients with HIV/AIDS. Part A.  
[http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/hiv aids\\_revisebook\\_4.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/hiv aids_revisebook_4.cfm) (Accessed 2006/05/23).
- ANSWERS.COM. [s.a.]. *Anxiety*. Definition, synonyms and much more from answers.com.  
<http://www.answers.com/topic/anxiety> (Accessed 2006/05/31).
- ANSWERS.COM. [s.a.]. *Fear*. Definition, synonyms and much more from answers.com.  
<http://www.answers.com/topic/fear> (Accessed 2006/05/31).
- ATICC 1995. MANAGEMENT AND TREATMENT OF HIV DISEASE – PRE- AND POST-TEST COUNSELING. (Pamflet in samewerking met Old Mutual®)
- AYAS, N.T.; BARGER, L.K.; CADE, B.E.; HASHIMOTO, D.M.; ROSNER, B.; CRONIN, J.W.; SPEIZER, F.E.; CZEISLER, C.A. 2006. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injury in interns. JAMA. Vol. 296 No. 9, September 6, 2006.  
<http://www.jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/9/1055> (Accessed 2006/09/06).
- BABBIE, E. 2004. THE PRACTICE OF SOCIAL RESEARCH. 10<sup>th</sup> edition. Belmont: Thomson Wadsworth.
- BALACHANDRAN, S. 2002. Nurses and the occupational risk of blood-borne infections. INDIAN JOURNAL OF MEDICAL ETHICS, 10(4): OCT-DEC  
<http://www.issuesinmedicalethics.org/104di088.html> (Accessed 2004/10/14).



- BANDOLIER EXTRA – EVIDENCE BASED HEALTH CARE. Needlestick injuries. July 2003. [www.bandolier.com](http://www.bandolier.com) (Accessed 2004/09/20).
- BELTRAMI, E.M.; WILLIAMS, I.T.; SHAPIRO, C.N.; CHAMBERLAND, M.E. 2000. Risk and Management of Blood-Borne Infections in Health Care Workers. CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS, July 2000, Vol 13, No 3; pp. 385-407.
- BLOEMFONTEIN MEDI-CLINIC MENS LIKE HULPBRONAFDELING: BESERING-AAN-DIENS REKORDS / INSIDENTVERSLAE (PER DEELNEMER).
- BLOEMFONTEIN MEDI-CLINIC / MEDI-CLINIC GROEP. Infeksiebeheer Handleiding September 2003. IB1; MH-B4; IA5.
- BOOYENS, S.W. 2000. INTRODUCTION INTO HEALTH SERVICES MANAGEMENT. Kenwyn: Juta and Co. Ltd. p. 43.
- BOWERS, R. [s.a.]. Coping with the 5 stages of grief and bereavement: What is grief? <http://www.york-united-kingdom.co.uk/funerals/grief> (Accessed 2006/06/19).
- BRAHM, E. 2004. Trauma healing. [http://www.beyondintractability.org/essay/trauma\\_healing/](http://www.beyondintractability.org/essay/trauma_healing/) (Accessed 2006/06/21).
- BRINK, H. 1996. FUNDAMENTALS FOR RESEARCH METHODOLOGY FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS. Kenwyn: Juta en Co, Ltd.
- BURNS, N. and GROVE, S. K. 2005. THE PRACTICE OF NURSING RESEARCH – CONDUCT, CRITIQUE AND UTILIZATION. 5<sup>th</sup> edition. St Louis: Elsevier Saunders Company.
- CALLAHAN, C., JAFFE, J., SEGAL, R and SEGAL, J. 2005. HELPGUIDE MENTAL HELP ISSUES. Coping with loss: A guide to Grieving and Bereavement. [http://www.helpguide.org/mental/grief\\_loss.htm](http://www.helpguide.org/mental/grief_loss.htm) (Accessed 2006/06/19)
- CARLSON, E.B and RUZEK, J. 2006. Effects of traumatic experiences. NATIONAL CENTER FOR PTSD: UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. [http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs\\_effects.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs_effects.html) (Accessed 2006/08/23).
- CDC May 1998. MMWR RECOMMENDATIONS AND REPORTS. Public health service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. May 15, 1998 / 47 (RR-7); 1-28. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00052722.htm> (Accessed 2004/09/27).
- CDC July 2003. EXPOSURE TO BLOOD: WHAT HEALTHCARE PERSONNEL NEED TO KNOW. [www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/exp\\_to\\_blood.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/exp_to_blood.pdf) (Accessed 2004/10/06).
- CDC August 2006. MMWR WEEKLY. THE GLOBAL HIV/AIDS PANDEMIC, 2006. August 11, 2006 / 55(31); 841-844. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00052722.htm> (Accessed 2006/08/11).

- CLARKE, S.P.; SLOANE, D.M.; AIKEN, L.H. 2002. Effects of hospital staffing and organisational climate on needlestick injuries to nurses. <http://www4.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=14596129> (Accessed 2004/09/27).
- CHAGDUD TULKU. 2006. Do-Gooding and Burnout. <http://buddism.kalachakranet.org/compassion.html> (Accessed 2006/11/10).
- CRISIS INTERVENTION FORUM. 2006. Crisis intervention. ENCYCLOPEDIA OF MENTAL DISORDERS. <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Crisis-intervention.html> (Accessed 2006/08/23).
- CROSS CREEK Family Counseling. Bereavement. <https://www.crosscreekcounseling.com/bereavement.html> (Accessed 2006/05/31).
- DENIS, M.A.; ECOCHARD, R; BERNADET, A.; FORISSIER, M.F.; PORST, J.M.; ROBERT, O.; VOLCKMANN, C.; BERGERET, A. 2003. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: position and environmental analysis over three years. *J OCCUP ENVIRONMENTAL MED*, 45(3): 283-8 <http://www4.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=12661185en> [Session](#) (Accessed 2004/09/27).
- DEPARTMENT OF HEALTH REPORT: National HIV Sero-Prevalence Survey in South Africa, 2005. <http://www.healthlink.org.za/healthstats> (Accessed 2006/07/06).
- DEPARTMENT OF LABOUR, 2002. Code of good practice on key aspects of HIV/AIDS and employment. PERSPECTIVE - AFRICAN JOURNAL ON HIV/AIDS. Issue Two. Cape Town: Johnnic Publishing.
- DEY, I. 1993. Book review by AHMAD FAUZAN. QUALITATIVE DATA ANALYSIS <http://www.geocities.com/zulkardi/fauzan.html> (Accessed 2004/10/22).
- DICTIONARY INFORMATION: DEFINITION ANGER – DESCRIPTION MEANING THESAURUS. 2001. <http://www.selfknowledge.com/3910.htm> (Accessed 2006/05/31).
- DIRCKX, J.H. (ed.). 1997. STEADMAN'S CONCISE MEDICAL AND ALLIED HEALTH DICTIONARY. Third edition. Baltimore: Williams and Wilkins Publishers.
- DOEBBELING, B.N.; VAUGHN, T.E.; McCOY, K.D., BEEKMAN, S.E.; WOOLSON, R.F.; FERGUSON, K.J.; TORNER, J.C. 2003. Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: are hospital-based health care providers still at risk? *CLIN INFECT DIS*, 37(8): 1006-13 2003. <http://www4.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=14523763> (Accessed 2004/12/21).
- DRAFT NATIONAL POLICY ON TESTING FOR HIV. National Policy for Health Act, 1990 (Act No. 116 of 1990). Department of Health. <http://www.doh.gov.za/aids/docs/policy.html> (Accessed 2006/09/18).
- ELLINGTON, P. 2004. BEREAVEMENT NEWSLETTER, Washington Regional Health Centre Hospice Program. [www.wregional.com/bereavement](http://www.wregional.com/bereavement) (Accessed 2006/06/21).

- ELMIYEH, B.; WHITAKER, I.S.; JAMES, M.J.; CHAHAL, C.A.; GALEA, A.; ALSHAFI, K. 2004. Needle-stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. J R SOC MED, 97(7): 326-7  
[www.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=15229257en Session](http://www.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=15229257en Session) (Accessed 2004/12/21).
- eMEDICINE. 2005. Grief and bereavement.  
[http://www.emedicinehealth.com/grief\\_and\\_bereavement/page7\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/grief_and_bereavement/page7_em.htm) (Accessed 2006/05/23).
- EPINet (Exposure Prevention Information Network) databasis, bestudeerde hospitaal, 01 Maart 2004 – 01 Julie 2004.
- FINE, D.; HEYWOOD, M. and STRODE, A. 1997. HIV/AIDS AND THE LAW – A RESOURCE MANUAL. 1<sup>st</sup> edition. AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights. Johannesburg: University of the Witwatersrand; pp. 71-85.
- FOA, E.B.; HEMBREE, E.A.; RIGGS, D.; RAUCH, S.; FRANKLIN, M. 2006. Common reactions to trauma. NATIONAL CENTER FOR PTSD: UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS.  
[http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs\\_foa\\_handout.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_foa_handout.html) (Accessed 2006/08/23).
- FOWLER, H.W. and FOWLER, F.G. 1991. THE CONCISE OXFORD DICTIONARY OF CURRENT ENGLISH. 8<sup>th</sup> edition. London: Oxford University Press.
- FORD, J. 2006. Managing stress and recovering from trauma: Facts and resources for veterans and families. NATIONAL CENTER FOR PTSD: UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS.  
[http://www.ncptsd.va.gov/facts/veterans/fs\\_managing\\_stress.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/veterans/fs_managing_stress.html) (Accessed 2006/08/23).
- GAO, A. 2004. Fear and anxiety: Post traumatic stress disorder.  
<http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro04/web1/agao.html> (Accessed 2006/05/31).
- GIZA, A. 2004. Psychosocial consequences of medical staff occupational exposures. HIV AIDS REVIEW 2004, 3(1): 36-38. [http://www.msi.com.pl/pub/hiv/vol\\_3/no\\_1/4935.pdf](http://www.msi.com.pl/pub/hiv/vol_3/no_1/4935.pdf) (Accessed 2004/10/21).
- GOELDNER, L. 2000. Iowa Nurses Association / INA Testimony: Protection of persons who may be at risk of needlestick injuries in the course of employment  
<http://nursingworld.org/snas/ia/needlest.htm> (Accessed 2004/09/27).
- GOEWERMENTSKENNISGEWING NOMMER R.425 (22 FEBRUARIE 1985), SOOS GEWYSIG DEUR NOMMER R.1312 (19 JUNIE 1987), NOMMER R.2078 (25 SEPTEMBER 1987) EN NOMMER R. 753 (22 APRIL 1988). Voorwaardes vir registrasie as verpleegkundige (algemene, psigiatriese en gemeenskaps-) en vroedvrou ingevolge artikel 16.
- GOLDBLUM, P. [s.a.]. Is AIDS bereavement unique?  
<http://www.whitecranejournal.com/wc01071.htm> (Accessed 2006/06/01).

- GORLE, H. R. 2002. Beware the Five Stages - Editorial *TLC Group*.  
<http://www.bereavement.org/theories.htm> (Accessed 2004/01/07).
- GORLE, H.R. [s.a.]. HOSPICE NET: KNOWLEDGE OF THE GRIEF PROCESS.  
<http://www.hospicenet.org/html/knowledge.html>. (Accessed 2006/06/01).
- GP-TRAINING.NET. 2006a. Bereavement. <http://gp-training.net/training/consultation/bereave.htm> (Accessed 2006/05/31).
- GP-TRAINING.NET. 2006b. Coping. Patient advice leaflets: Understanding and coping with your feelings following a traumatic event. <http://gp-training.net/pal/mhealth/trauma.html> (Accessed 2006 06 21).
- GRIFFITHS, R. 2002. The necessary response. PERSPECTIVE - AFRICAN JOURNAL ON HIV/AIDS. Issue Four, 2002. Cape Town: Johnnic Publishing, pp. 27-31.
- HAIUVEN, D.; FERROL, S. 2004. Sharps injuries in the home health care setting: risks for home health care workers. AAOHN J, 52(3): 102-8 2004.  
<http://www4.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=15068100> (Accessed 2004/12/21).
- HAIKEN, M. and HERSCHER, E. 2004. LIFESTYLE en WELLNESS STRESS AND CHRONIC ILLNESS. <http://healthresources.caremark.com/topic/stressill> (Accessed 2006/08/23).
- HASA Newsletter March/April 2003. HASA: Northcliff, Johannesburg; pp. 12-15.
- HEALTH 24 – HIV/AIDS, COUNSELING. 2006. Bereavement counseling.  
[http://www.health24.com/medical/Condition\\_centres/777-792-814-1770,22133.asp](http://www.health24.com/medical/Condition_centres/777-792-814-1770,22133.asp) (Accessed 2006/06/01).
- HEIGAN, I. 2002. Medi-Clinic Corporation Basic Training Manual: Stellenbosch.
- HENNING, C. 2006. ABOUT – PANIC / ANXIETY DISORDERS. Could your panic be anger? <http://panicdisorder.about.com/cs/pdbeyond/a/angerattacks.htm> (Accessed 2006/05/31).
- HIVAN – CENTRE FOR HIV/AIDS NETWORKING: AIDS epidemic update 2003. UNAIDS Press Release 25 November 2003. <http://www.hivan.org.za/arttemp.asp?id> (Accessed 2004/10/06).
- HOLMES, L. 2003. ABOUT MENTAL HEALTH. The psychological effects of trauma.  
<http://mentalhealth.about.com/cs/traumaaptsd/a/trauma.htm> (Accessed 2006/08/23).
- HOLTZMAN, E. [s.a.]. Living with chronic illness. <http://www.umass.edu/fsap/articles/ill.html> (Accessed 2006/08/23).
- HOOPER, J. 2005. Creation of a safety culture: Reducing workplace injuries in a rural hospital setting. AAOHN JOURNAL, 2005 September; Vol. 53 (9), pp. 394-398.

Infeksiebeheer opvolgverslae en -kontrolelyste per deelnemer

INTERDENOMINATIONAL CHURCH OF THE HOLY LANDS. 2005. Pastoral care for grief – one to one bereavement counselling - What are the different types of grief?  
[http://www.interdenominational.net/pastoral\\_care\\_for\\_grief.htm](http://www.interdenominational.net/pastoral_care_for_grief.htm) (Accessed 2006/06/01).

INTERNATIONAL SHARPS INJURY PREVENTION SOCIETY (ISIPS)  
<http://www.isips.org>

IRINOYE, O. 2001: Counselling strategies for nurses: A case study of nurses in Osun State, Nigeria. AFRICAN JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY. November 2001. Vol 3 (2): 35-38.

KADLA, S. and MALIK, G.M. 1997. Risks of HIV infection in the health care setting. JK PRACT, 4(1): 41-3.  
<http://www4.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=14596129> (Accessed 2004/09/27).

KELVENS, C. 1997. Fear and anxiety. <http://www.csun.edu/~vcpsy00h.students/fear.htm>  
 (Accessed 2006/05/31).

KEY, J.P. 1997. Qualitative research. Module R15.  
<http://www.okstate.edu/ag/agedcm4h/academic/aged5980a/5980/newpage212.htm>

KESSLER, D. 2005. Frequently asked questions on grief and grieving.  
[http://www.davidkessler.org/html/ga\\_grief.html](http://www.davidkessler.org/html/ga_grief.html) (Accessed 2006/06/01).

KING, J. 2002. Care of the caregiver – some practical measures. HIVAN.  
<http://www.hivan.org.za/printarttemp.asp?id=1770> (Accessed 2006/05/23).

KOTELCHUCK, D.; MURPHY, D.; YOUNAI, F. 2004. Impact of underreporting on the management of occupational bloodborne exposures in a dental teaching environment. JOURNAL OF DENTAL EDUCATION, 68(6): 614-622  
[www.jdentaled.org/cgi/content/abstract/68/6/614](http://www.jdentaled.org/cgi/content/abstract/68/6/614) (Accessed 2004/09/29).

KOTZE, A.J. 1997. OCCUPATIONAL HEALTH FOR THE NURSE AND OTHER HEALTH WORKERS. 2<sup>nd</sup> edition. Kenwyn: Juta and Co. Ltd.

LABUSCHAGNE, A. 2003. Qualitative research – airy fairy or fundamental? The Qualitative Report, Volume 8, Number 1 March 2003.  
<http://www.nova.edu.ssss/QR/QR8-1/labuschagne.html> (Accessed 2004/01/29).

LANGE, J.T.; LANGE, C.L.; CABALTICA, R.B.G. 2000. Primary care treatment of post-traumatic stress disorder. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. September 1, 2000.  
<http://www.aafp.org/afp/20000901/1035.html> (Accessed 2006/08/23).

LEAVER, J. 2006. GRIEF FORUM, ENCYCLOPEDIA OF MENTAL DISORDERS. Grief.  
<http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Grief.html> (Accessed 2006/05/23)

- LEE, C.H.; CARTER, W.A.; CHIANG, W.K.; WILLIAMS, C.M.; ASIMOS, A.W.; GOLDFRANK, L.R. 1999. Clinical practice occupational exposures to blood among emergency medicine residents. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE Volume 6, Number 10 1036-1043. <http://www.aemj.org/cgi/content/abstract/6/10/1036> (Accessed 2004/09/29).
- LEONARD, A.S. 2004. Needle-stick victim can sue city. Gay City News. Volume 3, Issue 305 January 29 – February 04, 2004. [www.gaycitynews.com/gcn\\_305/needlestickvictim.html](http://www.gaycitynews.com/gcn_305/needlestickvictim.html) (Accessed 2004/11/02).
- LOUGHBOROUGH UNIVERSITY - COUNSELING SERVICES. 2005. Help for common problems.- bereavement en loss. <http://www.lboro.ac.uk/service/counselling/pages/problems/bereavement.html> (Accessed 2006/05/23).
- MACNAIR, T. 2005. ASK THE DOCTOR - BEREAVEMENT. [http://www.bbc.co.uk/health/ask\\_the\\_doctor/bereavement.shtml](http://www.bbc.co.uk/health/ask_the_doctor/bereavement.shtml) (Accessed 2006/05/23).
- MARTIN, R.P. 2003. THE AMERICAN SOCIETY OF ECCHOCARDIOGRAPHY. An “A” and four “C”s. [http://www.asecho.org?Archives/Presidents\\_Message/body\\_Aug03.php](http://www.asecho.org?Archives/Presidents_Message/body_Aug03.php) (Accessed 2006/08/11).
- MASA HIV/AIDS Working Group. 1995. Pamphlet - Final draft: CLINICAL GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF HIV/AIDS.
- MATSON, K. 2000. AORN ONLINE JOURNAL, OCTOBER 2000: Health Policy Issues. States begin passing sharps and needle-stick legislation to protect health care workers. <http://www.aorn.org/journal/2000/oct2kxpi.htm> (Accessed 2004/10/08).
- McNALLY, R. 2004. Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder. PSYCHIATRIC TIMES. April 2004, Vol. XXI, Issue 4. <http://psychiatrictimes.com/p040471.html> (Accessed 2006/08/23).
- McNICHOLL, I. 2006. Adverse events of antiretroviral drugs. HIVINSITE. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=ar-05-01> (Accessed 2006/10/10).
- MEDICAL LIBRARY. 2004. Supportive care: Loss, grief and bereavement. [http://www.medem.com/search/article\\_display.cfm?path+n:en\\_mstr=ZZZM3EJIKIC.html](http://www.medem.com/search/article_display.cfm?path+n:en_mstr=ZZZM3EJIKIC.html) (Accessed 2006/05/23).
- MEDICINENET.COM. 2006. DEFINITION OF ANGER. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33843> (Accessed 2006/05/31).
- MEDICINENET.COM. 2006. ANXIETY SYMPTOMS AND SIGNS INDEX. <http://www.medicinenet.com/script/main/forum.asp?articlekey=24696> (Accessed 2006/05/31).
- MEDI-CLINIC GROUP: Mission Statement

- MEIENBERG, F.; BUCHER, H.C.; SPONAGEL, L.; ZINKERNAGEL, C.; GYR, N.; BATTEGAY, M. 2002. Anxiety in health care workers after exposure to potentially HIV-contaminated blood or body fluids. *SWISS MEDICAL WEEKLY* 2002; 132: 321-324 <http://www.smw.ch/pdf200x/2002/23/smw-09988.pdf> (Accessed 2004/10/07).
- MENTALHELP.NET. 2005. Grief and bereavement issues – Stage models. [http://mentalhelp.net/poc/view\\_doc.php?type=docen id=8444](http://mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=docen id=8444) (Accessed 2006/05/23).
- MICH NURSE. 2000. Needle stick injuries: nurses at risk. *March*; 73 (3):8-9 2000. PMID: 12040556 [PubMed – indexed for MEDLINE]. (Accessed 2004/09/23).
- MOLOUGHNEY, B.W. 2001. Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? *CMAJ* August 21, 2001; 165 (4). <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/165/4/445> (Accessed 2004/09/29).
- MOUTON, J. 2001. HOW TO SUCCEED IN YOUR MASTER'S AND DOCTORAL STUDIES – A SOUTH AFRICAN GUIDE AND RESOURCE BOOK. Van Schaik Publishers: Pretoria.
- NATIONAL CENTER FOR PTSD: UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. 2006. What is post-traumatic stress disorder? [http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs\\_what\\_is\\_ptsd.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs_what_is_ptsd.html) (Accessed 2006/08/23).
- NATIONAL HIV AND SYPHILIS ANTENATAL SERO-PREVALENCE SURVEY IN SOUTH AFRICA 2003. <http://www.doh.gov.za/docs/reports/2003/hiv/appendix.html> (Accessed 2004/10/06).
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH GRIEF INFORMATION. [s.a.]. Grief. <http://studentaffairs.wlu.edu/Universitycounseling/grief.htm> (Accessed 2006/05/31).
- NATIONAL PUBLIC HEALTH SERVICE FOR WALES. 2005. "Eye of the needle" surveillance of significant occupation exposure to bloodborne viruses in health care workers, Centre for Infections; England, Wales and Northern Ireland. Seven-year report January 2005, British Health Protection Agency. [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/bbv/pdf/eye\\_of\\_the\\_needle.pdf](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/bbv/pdf/eye_of_the_needle.pdf) (Accessed 2005/02/07).
- NCAMA, B.P. and UYS, L.R. 2003. Exploring the fear of contracting HIV/AIDS among trauma nurses in the province of Kwazulu-Natal. *CURATIONIS*, 26(2): 11-6 2003. <http://www4.infotrieve.com/newmedline/detail.asp?NameID=14596129> (Accessed 2004/12/21).
- NHS DIRECT ONLINE HEALTH ENCYCLOPAEDIA. [s.a.]. Post traumatic stress disorder: Introduction. <http://www.nhsdirect.org.uk/articles/article.aspx?printPage=1en articleID=293> (Accessed 2006/06/21).
- NISC DISCover Report - Maart 2003; Verpleegkundige literatuursoektog deur Me J Prophet, SASOL Biblioteek, Universiteit van die Vrystaat.

- NURSING WORLD / READING ROOM: Position statement: Post exposure programs in the event of occupational exposure to HIV/HBV.  
<http://nursingworld.org/readroom/position/blood/toolbelt.map> (Accessed 2004/09/27).
- O'NEILL, J.F.; SELWYN, P.E. AND SCHIETINGER, H. (eds.). 2003. A CLINICAL GUIDE TO SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE FOR HIV/AIDS. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Service Administration, HIV/AIDS Bureau: Washington. <http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap20.html> (Accessed 2004/09/29).
- O'NEILL, J.F. and MCKINNEY, M.M. 2003. Care for the caregiver – A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS. pp. 329-347.
- OKUN, B.F. 1997. EFFECTIVE HELPING - INTERVIEWING AND COUNSELING TECHNIQUES. 5<sup>th</sup> edition. Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company.
- Onderhoude met deelnemers
- OSBORNE, S. 2003. Perceptions that influence occupational exposure reporting. AORN J 78 (2): 262-72. <http://www.infotrieve.com/newmedline/> (Accessed 2004/09/27).
- PECORINO, P.A. 2002. Anticipatory grief, death and bereavement: A continuum. [http://www2.sunysuffolk.edu/pecorip/SCCCWEB/ETEXTS/DeathandDying\\_TEXT/](http://www2.sunysuffolk.edu/pecorip/SCCCWEB/ETEXTS/DeathandDying_TEXT/) (Accessed 2006/05/01).
- PERRY, J. and JAGGER, J. 2005. Slash sharps risk for surgical personnel. OR INSIDER. Nov. 2005, pp. 28-29.
- PHALEN, K.F. 1998. Needle stick risk. WASHINGTON POST COMPANY, Tuesday, August 11, 1998; page Z10. [www.hep-c-alert.org/about/needlestick.html](http://www.hep-c-alert.org/about/needlestick.html) (Accessed 2004/09/29).
- POLIT, D.F. and BECK, C.T. 2004. NURSING RESEARCH: PRINCIPLES AND METHODS. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. 2000. Analyzing qualitative data. (Qualitative Research in Health Care Part 2). BRITISH MEDICAL JOURNAL, Jan. 8, 2000. (Accessed 2004/01/29).
- PSYCHOSOCIAL IMPACT OF HIV/AIDS. Module 2. [s.a.].  
<http://userwww.sfsu.edu/~ali1212/Psych.html> (Accessed 2006/05/23).
- RADECKI, S.; ABBOTT, A.; ELOI, L. 2000. Occupational human immunodeficiency virus exposure among residents and medical students. ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE, Vol 160 No 20, NOVEMBER 13, 2000; pp 3107-3111.  
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstrac/160/20/3107> (Accessed 2004/09/29).
- RATCLIFF, D.E. [s.a.]. RESEARCH METHODS: QUALITATIVE RESEARCH. PART FIVE: DATA ANALYSIS. <http://don.ratcliff.net/qual/expq5.html>. (Accessed 2004/01/29).



- REGEZ, R.M. 2005. The risk of needle stick injuries during surgical procedures: HIV-1 load in blood and bone marrow. INTERNATIONAL JOURNAL OF STD en AIDS, 2005 October; Vol. 16 (10), pp. 671-672
- RICHMOND, R.L. 2006. A GUIDE TO PSYCHOLOGY AND ITS PRACTICE.  
<http://www.guidetopsychology.com/anger.htm> (Accessed 2006/05/31).
- ROSENSTOCK, L. AND LEE, L.J. 2004. NEEDLESTICK INJURIES AND HEALTHCARE WORKERS: THE US EXPERIENCE.  
<http://www.hospitalmanagement.net/informer/management/manage1/> (Accessed 2004/10/14).
- RYAN, G. and WEISNER, T. [s.a.]. ANALIZING WORDS IN BRIEF DESCRIPTIONS: FATHERS AND MOTHERS DESCRIBE THEIR CHILDREN.  
<http://wwwanalytictech.com/borgatti/ryanrext.htm> (Accessed 2004/10/22).
- SABO, B. 2006. Nurses bear cost of caring most heavily – ‘compassion fatigue’ fast becoming healthcare providers’ worst nightmare. MEDICAL NEWS TODAY, AUGUST 2006. <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=24966> (Accessed 2006/08/11).
- SA CONSTITUTION – CHAPTER 2. THE BILL OF RIGHTS. 1994.  
<http://www.polity.org.za/html/govdocs/constitution/saconst02.html?rebookmark=1>
- SAITS DISCUSSION ONE. 2003. HIV/AIDS and traumatic stress: First discussion document by South African Institute of Traumatic Stress.  
<http://www.saits.org.za/discussion1.html> (Accessed 2006/05/23).
- SEEDAT, S. 2006. Post-Traumatic Stress Disorder. HEALTH 24 - PSYCHOLOGY A-Z.  
[http://www.health24.com/mind/Psychology\\_A\\_Z/1284-1307,11960.asp](http://www.health24.com/mind/Psychology_A_Z/1284-1307,11960.asp) (Accessed 2006/09/18).
- SILVERMAN, D. 1997. QUALITATIVE RESEARCH: THEORY, METHOD AND PRACTICE. London: Sage Publications.
- SMIT, R. 2004. Seminar on HIV/AIDS in the workplace: A case study of nurses in a public hospital. Department of Sociology, RAU, Johannesburg, RSA. [Received from [rsm@rau.ac.za](mailto:rsm@rau.ac.za), 2004/09/27].
- SMITH, D.R. en LEGGAT, P.A. 2005. Needlestick and sharps injuries among nursing students. JOURNAL OF ADVANCED NURSING, September 2005, Vol. 51 (5), pp. 449-455.
- SMITH, D.R. 2005. Needlestick and sharps injuries among Australian medical students. J UOEH, 2005 Sep 1; Vol. 27(3), pp. 237-242. <http://web104.epnet.com/resultlist.asp?tb> (Accessed 2006/04/19).
- STOKER, R. 2004. Anatomy of a needlestick injury. BUSINESS BRIEFING: GLOBAL HEALTHCARE – ADVANCED MEDICAL TECHNOLOGIES.  
<http://www.bbriefings.com/pdf/950/ACF59B2.pdf> (Accessed 2004/11/03).

- STRUGNELL, D. 2002. Looking at the Future of Companies. PERSPECTIVE - AFRICAN JOURNAL ON HIV/AIDS. Issue Three. 2002. Cape Town: Johnnic Publishing, p 30.
- SUID-AFRIKA. WET OP BEROEPSGESONDHEID EN VEILIGHEID, WET NOMMER 85 VAN 1993, SOOS AANGEPAS
- TESCH, R. 1990. QUALITATIVE RESEARCH: ANALYSIS TYPES AND SOFTWARE TOOLS. Falmer Press: Hampshire
- THOMAS, D.R. 2003. A general inductive approach for qualitative data analysis. <http://www.health.auckland.ac.nz/hrmas/Inductive2003.pdf> (Accessed 2004/01/06).
- TROCHIM, W.M.K. 2002. Ethics in research. <http://trochim.human.cornell.edu/kb/ethics.htm> (Accessed 2004/07/01).
- UNIVERSITY OF THE WITWATERSRAND. RESEARCH OFFICE – RESEARCH ETHICS. [s.a]. Code of ethics for research on human subjects. <http://wits.ac.za/research/ethics.htm> (Accessed 2004/01/07).
- WANG, H.; FENNIE, K.; HE, G.; BURGESS, J.; WILLIAMS, A.B. 2003. A training programme for prevention of occupational exposure to bloodborne pathogens: Impact on knowledge, behaviour and incidence of needle stick injuries among student nurses in Changsa, People's Republic of China. J ADV NURS, 41(2): 187-94
- WATTERSON, L. 2005. Sharp thinking. NURSING STANDARD. October 12; Vol. 20 no. 5, pp 20-22.
- WIKIPEDIA, THE FREE ENCYCLOPEDIA. 2006. *ALTRUISM*. <http://en.wikipedia.org/wiki/Altruism>. (Accessed 2006/08/11).
- WIKIPEDIA, THE FREE ENCYCLOPEDIA. 2006. *COMPASSION*. <http://en.wikipedia.org/wiki/Compassion>. (Accessed 2006/08/11).
- WILBURN, S.Q. 2004. NEEDLESTICK AND SHARPS INJURY PREVENTION. ONLINE JOURNAL OF ISSUES IN NURSING. Vol. #9 No. #3, Manuscript 4. [http://www.nursingworld.org.ojin/topic25/tpc25\\_4.htm](http://www.nursingworld.org.ojin/topic25/tpc25_4.htm) (Accessed 2006/06/06).
- WILSON, J. 2000. CLINICAL MICROBIOLOGY – AN INTRODUCTION FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS. Edinburgh: Baillière Tindall.
- WNUK, A.M. 2003. Occupational exposure to HIV infection in health care workers. HIV AIDS REVIEW, 2003; 2(3/4): 140-143. [www.msi.com.pl/pub/hiv/vol\\_2/no\\_3-4/5689.pdf](http://www.msi.com.pl/pub/hiv/vol_2/no_3-4/5689.pdf) (Accessed 2004/09/27).
- WORTHINGTON, M.G.; ROSS, J.J.; BERGERON, E.K. 2006. Posttraumatic stress disorder after occupational exposure: Two cases and a literature review. INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY, February 2006; Vol. 27 (2), pp. 215-217.

YASSI, A. 2005. Trends in injuries, illnesses, and policies in Canadian healthcare workplaces. *CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, September-October; Vol. 96 (5), pp. 333-339.

ZIADY, L.E. and SMALL, N. 2004. *PREVENT AND CONTROL INFECTION – APPLICATION MADE EASY*. Cape Town: Juta Academic Press.

Bylaag A: Toestemming deur Etiekkomitee

Bylaag B: Onderhouditeensetting

Bylaag C: Toestemmingsbriewe

Bylaag D: NISC DIScover Report

Bylaag E: National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2005



## AFRIKAANSE OPSOMMING: DIE VERPLEEGKUNDIGE SE BELEWENIS VAN MOONTLIKE MIV-INFESIE NA BESERING- EN / OF BLOOTSTELLING-AAN-DIENS

Die doel van die studie was om data oor die belewenis van die verpleegpersoneel wat tydens die uitvoering van hul dagtaak in die bestudeerde hospitaal aan moontlike MIV-infesie blootgestel was, in te win en te beskryf.

'n Kwalitatiewe fenomenologiese beskrywende studie is gebruik om die emosies en nie-verbale optrede van die twaalf deelnemers tydens twee opeenvolgende onderhoude na die blootstelling, berading en toediening van die profilaktiese behandeling te beskou. Verpleegpersoneel van 'n spesifieke privaat hospitaal is in die studie ingesluit nadat hulle aan-diens 'n verskeidenheid van blootstellings aan bloed en menslike liggaamsvloeistowwe gehad het. Die blootstellings het gewissel van sny met 'n gebruikte skalpelle, naaldprikke, spatsels liggaamsvloeistof in die gesig, kontak met bloed aan stukkende hande asook twee gevalle van onbeskermdede kardiopulmonale resussitasie wat in die hospitaal se openbare parkeerterrein plaasgevind het.

Na aanleiding van die navorsingsresultate kan tot die slotsom gekom word dat die studie die doel daarvan bereik het. Data oor die belewenis van die personeel wat aan-diens aan moontlike MIV-infesie blootgestel is, is versamel, beskryf en ontleed.

Daar is tot die slotsom gekom dat die blootgestelde verpleegpersoneel se belewenis tweeledig van aard is: Eerstens rou die blootgestelde personeel emosioneel oor die verlies aan die gedagte van hulself as onaantasbaar, geseënd met goeie gesondheid, vaardigheid en 'n bepaalde lewensdoel. Die rouproses omsluit fases van ontkenning, woede, angsk en vrees, gedagtes aan die gebeure, asook aanvaarding en vrede. Hierdie rouproses en die skok van die gebeure het 'n kringeffek op die gesinslede asook die werksomstandighede gehad. Van die blootgestelde personeel was vir 'n tydperk angstig en skrikkerig aan-diens, terwyl enkeles aan die einde van die drie maande bewakingstyd steeds episodes van angsk en vrees ervaar het.

Volgens die literatuur mag hierdie individue moontlik simptome van post- traumatiese stres versteuring begin ontwikkel het, en hulle is vir verdere mediese opvolg verwys. Van die deelnemers het in besonder die opregte empatie en ondersteuning wat hul by die werk, tuis en in die gemeenskap ontvang het, in besonder genoem.

Die tweede kategorie van belewenis was die fisieke newe-effekte wat van die deelnemers op die profilaktiese anti-retrovirale terapie ervaar het. Sommige van die deelnemers het die terapie besonder moeilik ervaar, terwyl ander minder probleme gehad het. Almal het vooraf hul angstigheid en vrees vir hierdie middels aangemeld. Die gevoel is dat vrees dalk hul ervaring van die newe-effekte gekleur het. Tog het al die deelnemers, behalwe een, die terapie positief ervaar en suksesvol voltooi.

Enkele aanbevelings is uit die navorsingsresultate gemaak om die hospitaal se huidige bewakingstelsel aan te vul en moontlik in die toekoms selfs te verbeter. Aanbevelings, soos om 'n 24-uur krisishanteringsdiens vir blootgestelde personeel in te stel; om ondersteuningsgroepe vir die personeel, hul kollegas en hul gesinslede op die been te bring; aan alle personeel oriëntasie en begeleiding tydens onbekende take of plasing in 'n vreemde omgewing te bied; alle blootstellingsinsidente aan-diens volledig te ondersoek, om daaruit te leer en later pro-aktief of voorkomend op te tree, en om probleme met personeelverskaffing en werksklimaat spoedig uit te stryk. Verder behoort die blootgestelde personeel te alle tye empatiese en altruïstiese ondersteuning, wetenskaplik gegronde, positiewe inligting oor die profilaktiese middels wat gebruik kan of gaan word te ontvang, asook enige nodige onmiddellike fisieke hulp vir moontlike newe-effekte van die medikasie.

Ten laaste is al die bevindinge en aanbevelings vanuit die studie na die belanghebbende outoriteite in die Hospitaalbestuur verwys.

Indien gesondheidsdienste in die toekoms verpleegpersoneel wil behou, sal meer gedoen moet word om alle vorme van blootstelling-aan-diens te voorkom, en indien dit wel plaasvind, die gevolglike rourespons van die blootgestelde verpleegkundige of leerling te verwag, te hanteer en te verkort.

## ENGLISH SUMMARY: THE NURSE'S EXPERIENCE OF POSSIBLE HIV – INFECTION AFTER AN INJURY AND / OR EXPOSURE ON DUTY

The aim of the research was to describe the experience of nurses in the studied hospital who had been exposed to possible HIV infection during injury or exposure on duty.

A qualitative phenomenological descriptive study was used to describe the emotions and non-verbal reactions of the twelve participants during two subsequent interviews. These were conducted post-exposure, and after counseling and prophylactic treatment took place. The staff from a selected private hospital were included in the study after exposure to blood and human body fluid. The exposures varied between stabbing with a used scalpel, needle prick injuries, contact between blood and broken skin, as well as two cases of exposure during unprotected cardiopulmonary resuscitation, which took place in the hospital's public parking area.

The research results show that the study had achieved its goal. Data regarding the experience of staff that were exposed to possible HIV infection while on duty was collected, described and studied.

After completion of the study, it was found that the exposed staff's experience had two main features. Firstly, they were grieving for the loss of the concept of being healthy and invincible, blessed with nursing skills and definite goals in life. The bereavement process included phases of denial, anger, anxiety and fear, with recurring thoughts regarding the adverse events, as well as acceptance which developed with time.

The bereavement process and shock of the exposure had wider consequences to the family, as well as an impact on the working environment. Some staff members remained anxious and fearful on duty for some time, while others were still experiencing episodes of anxiety and fear at the end of the three months' surveillance period. According to the literature, these individuals may have been demonstrating the first symptoms of post-traumatic stress disorder, and they were therefore referred for further medical follow-up.

Most participants reported that they experienced genuine support and compassion from colleagues, at home and in the community.

The second category of experience was the physical side effects which participants developed due to the prophylactic antiretroviral therapy. Some participants experienced severe difficulties due to the treatment, while others had fewer problems. During the pre-treatment period, all the participants verbalized their fear and anxiety regarding use of the drugs. The opinion exists that anxiety might have coloured their experience of the side effects, though all the participants, excluding one, completed the prophylaxis with good effect.

Some proposals to adjust and possibly improve the hospital's exposure surveillance system were developed from the research results, including that a 24-hour crisis management system be implemented for exposed staff members; that support groups be started for staff, colleagues and family members; that all staff receive orientation and support during unfamiliar procedures or placement in unknown departments; that all exposures-on-duty be investigated and studied so that pro-active or preventive measures may be devised; and that problems with staffing and working climate be resolved. All exposed staff must further receive empathetic and altruistic support, as well as positive, scientifically based information regarding the drugs that can or are to be used, including physical help with any possible side effects due to this medication.

All the findings and proposals were subsequently addressed to the relevant members of the Hospital Management.

If healthcare services wish to retain nursing staff in future, more will need to be done to prevent all types of exposure-on-duty; and, if they do occur, to anticipate, manage and shorten the subsequent period of the professional nurse or learner's bereavement.

*15th January 2007*

Bylaag A: Toestemming deur Etiekkomitee



Direkteur: Fakulteitsadministrasie / Director: Faculty Administration  
Fakulteit Gesondheidswetenskappe / Faculty of Health Sciences

Internal Post Box / Interne Posbus G40  
☎ (051) 4052812

E-mail address: gndkhs.md@mail.uovs.ac.za

Me / Mrs H Strauss

2004-04-23

ME LE ZIADY  
P/A DR L ROETS  
SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE  
UV

Geagte Me Ziady

**ETOVs NR 36/04**

**NAVORSER: ME LE ZIADY**

**PROJEKTITEL: DIE VERPLEEGKUNDIGE SE BELEWENIS VAN MOONTLIKE MIV-  
VIGS-INFESIIE NA 'N BESERING EN/OF BLOOTSTELLING-AAN-DIENS.**

Hiermee word u in kennis gestel dat die Etekkomitee gedurende die vergadering gehou op 20 April 2004 bogenoemde studie goedgekeur het.

U aandag word op die volgende gevestig:

- 'n Vorderings/finale verslag moet ingehandig word na voltooiing van die studie of binne 'n jaar na goedkeuring van die studie.
- Dat alle uitbreidings, wysigings, ernstige nagevolge, staking/kansellasiie van studies aan die Etekkomitee voorgelê moet word.

Meld asseblief die Etovs nommer soos hierbo genoem in toekomstige korrespondensie, verslae en navrae.

Vriendelike groete

Die uwe

  
n/DIREKTEUR: FAKULTEIT ADMINISTRASIE



(Hannelie Botha.korrespondensie - Etiek.doc.adr)



# BLOEMFONTEIN MEDI-CLINIC

MEDI-CLINIC LIMITED / MEDI-CLINIC BEPERK REG NO:1969/009218/05  
PO BOX/POSBUS 12651, BRANDHOF 9324 CNR/H/V PARFITT AVE/LAAN & KELLNER ST/STR, WESTDENE, BLOEMFONTEIN 9301  
TEL: +27 51 404 6666 FAX/FAKS: +27 51 444 1509 EMERGENCIES/NOODGEVALLE: +27 51 404 6225/6  
www.mediclinic.co.za

Telephone: (051) 4046666  
Ext.: 203  
Fax no: (051) 4046496  
Queries: Deputy Nursing Service Manager – Ms H Botha

15 Junie 2004

Beste me Ziady

## **BEOOGDE NAVORSING : ETOVS NR 36/04**

Graag word goedkeuring verleen vir die beoogde navorsing van die studie.

Baie sterkte met die studie!

Vriendelike groete

**H BOTHA**  
**ADJUNK-VERPLEEGDIENSBESTUURDER**

HOSPITAL MANAGER/HOSPITAALBESTUURDER: I.J. VAN DER VYVER

DIRECTORS/DIREKTORE: DR E. DE LA H. HEITZOG (CHAIRMAN/VOORSITTER), L.J. ALBERTS (MANAGING/BESTURENDE), WH. AUCAMP, R. BLAIR, WF. BURGER, R.T. BUYS, H.L.F. DE WET, D.J.H. DEFTY,  
S.L. DRINKROW, C. FINDLAY, G.C. HATTINGH, A.E.M.M. LAMBRECHTS, J. DU T. MARAIS, D.R. MEINTJES, DR D.W. MOULDER, T.C. PAUW, K.H.S. PRETORIUS, J.G. SWIEGERS, PA. VAN AARDE,  
DR C.A. VAN DER MERWE, G.L. VAN ONSELEN, J.R. VELDSMAN, B.J. VERSTER, A.D. VILJOEN, G.J. VON WIELLIGH

COMPANY SECRETARY/MAATSKAPPYSEKRETARIS: L. HEERINK

\*\*\* REVISIE/REVISIEN 7 NOVEMBER 2003 M1361 \*\*\*

Bylaag B: Onderhouduiteensetting



## **ONDERHOUDUIEENSETTING**

### **Vraag struktuur van onderwerpe vir die onderhoude**

Beskryf u belewenis van die moontlike blootstelling van MIV-infeksie na die besering- en / of blootstelling-aan-diens insident.

**Bylaag C: Toestemmingsbriewe**

Posbus 28375  
9310 DANHOF

Die Hospitaalbestuurder: Bloemfontein Medi-Clinic  
Posbus 12651  
9324 BRANDHOF

### **TOESTEMMING OM NAVORSING UIT TE VOER**

Hiermee doen ek aansoek om navorsing in die Bloemfontein Medi-Clinic hospitaal as deel van die graad M Soc Sc (Verpleegkunde) aan die Universiteit van die Vrystaat gedurende 2003 – 2004 uit te voer.

Die navorsing sal uitgevoer word onder verpleegkundiges wie aan moontlike infeksie met MIV/VIGS 'n tydens besering-en/ofblootstelling-aan-diens blootgestel is. Die doel is die personeel se belewenis van die insident te bepaal en, waar moontlik, voorstelle te opper om die hanteringsproses te verbeter of meer gebruikersvriendelik te maak.

Ongestruktureerde onderhoude sal gedurende geskeduleerde rusperiodes aan diens met die geselekteerde personeel gevoer word en geen verdere ingrepe word daarna beoog nie.

Enige inligting wat bekom word sal na verwerking aan die hospitaal bekend gemaak word. Vir doeleindes van moontlike interne publikasie van die bevindinge na afloop van die navorsing sal die hospitaal se naam vertoulik gehou en nie openbaar gemaak word nie, indien so verkies word.

U gunstige oorweging sal waardeer word.

Die uwe

---

L E Ziady

## **TOESTEMMING DEUR DIE PERSONEELLID**

Geagte kollega

Graag wil ek hiermee u toestemming vra om u by 'n navorsingsprojek te betrek.

Die navorsing word deur myself, L Ziady, geloods. Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige wat tans besig is met nagraadse studie, waarvoor 'n navorsingsprojek voltooi moet word.

Die navorsing is daarop gemik om dienslewering aan die MIV/VIGS-blootgestelde personeellid na 'n besering- en / of blootstelling-aan-diens by Bloemfontein Medi-Clinic te evalueer. U deelname is dus tot voordeel van die personeel wie moontlik in die toekoms aan diens aan MIV/VIGS blootgestel mag word.

Die inligting vir die navorsing word deur myself tydens 'n persoonlike onderhoud met u versamel en sal te alle tye konfidensieel gehou word. U naam sal glad nie gebruik word nie. Slegs 'n vertroulike verwysingsnommer sal aan u onderhoud, wat in die navorsing verwerk sal wees, toegeken word. Indien die studie na afloop van die navorsing gepubliseer sou word, sal u inligting steeds vertrouelik gehou word.

U kan te enige tyd aan die studie onttrek.

Enige vrae wat ontstaan sal eerlik hanteer word.

U samewerking sal waardeer word

---

L E Ziady

Bylaag D: NISC DIScover Report

NISC DISCover Report  
South African Studies - March 2003

- Rushman, G.; Human, H.; Argent, A.C.; Schleicher, G.K.; Richards, G.A.; Black, A.; Simpson, J.; Henley, L.; Vivian, L. Intrahospital transport of ventilated paediatric patients: The effect of HIV on the outcome of patients admitted to the ICU with Guillian-Barre syndrome: Nurses' perceptions of the working climate in a paediatric intensive care unit: abstracts. South African medical journal; Vol. 92, Iss 11, p. 920, Nov, 2002 ISSN: 0038-2469.
- Mumba J An investigation into the care and support services available to nurses caring for HIV/AIDS patients in Pretoria urban health institutions. Degree/Project Status: MCur [2002 -] - Current
- Heydenrych A Care of HIV/AIDS patients: a salutogenic approach to its psychological impact on nurses. Degree/Project Status: MA [1999 - 2001] - Completed
- Dias, Giuliana Zorner An investigation into nurses' anxiety when dealing with HIV/AIDS patients. MA (Sielkunde), Universiteit van Suid Afrika, 2001.
- Ncama, B.P. HIV/Aids epidemiology: implications for trauma nurses & emergency room nurse. Africa journal of nursing and midwifery; Vol. 2, Iss 2, p.68-70, Nov, 2000
- Ajisafe OF The experiences of professional nurses in the care of AIDS patients at Prince Mshiyeni Memorial Hospital. Degree/Project Status: M Med (Family Medicine) [1999] - Completed
- Barker, E.M. The rights of health care workers to a safe environment. Aids bulletin; Vol. 4, Iss 2, p.6-7, Dec, 1995 ISSN: 1019-8334.
- Von Der Marwitz J AIDS and the protection of the nurse in the clinical field. Degree/Project Status: M CUR [1992 - 1995] - Completed
- Strauss, S.A. (Sybrand Albertus), 1930- South African Nursing Association; Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging. The Nurse and AIDS: some legal issues. Pretoria: The Association; 1994; [New ed.]; 32 p., 22 cm. ISBN: 0-947035-53-2 [Pbk].
- Macdonald E. Health care needs among adolescents in the Vryburg district. [Gesondheidsorgbehoefes by adolessente in die Vryburg-distrik.] Degree/Project Status: M Soc Sc (Verpl) [1991 - 1994] - Completed
- Van Dyk, A. AIDS - the Health Care Challenge, D. van Dyk: abstract: South African research, news and views. AIDS scan; Vol. 4, Iss 4, p.12, Dec, 1992 ISSN: 1040-6778.
- Herbst, M.C. VICS: implikasies vir Suid-Afrikaanse verpleegkundiges: deel II. Curationis: the South African journal of nursing; Vol. 8, Iss 4, p.18-20, Dec, 1985
- Herbst, M.C. VICS: implikasies vir Suid-Afrikaanse verpleegkundiges - deel I. Curationis: the South African journal of nursing; Vol. 8, Iss 3, p.13-15,17, Sep, 1985.

Bylaag E: National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2005



health

Department:  
Health  
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

© 2005 Department of Health

The information contained in this report may be  
provided that the source is acknowledged, and  
Suggested citation: Department of Health, 2005  
prevalence survey 1-5

Prepared and

**REPORT**  
**NATIONAL HIV AND SYPHILIS**  
**ANTENATAL SERO-PREVALENCE**  
**SURVEY**  
**IN SOUTH AFRICA**  
**2005**

Directorate: Epidemiology and  
Surveillance

Chief Directorate: Health Information,  
Epidemiology, Evaluation & Research

This publication is available  
at [www.health.gov.za](http://www.health.gov.za)



**Published by the National Department of Health Fedlife Building,  
corner Church and Prinsloo Streets, Pretoria**

© 2006 Department of Health

The information contained in this report may be freely quoted, distributed and reproduced, provided that the source is acknowledged, and it is used for non-commercial purposes. Suggested citation: Department of Health, 2006. National HIV and syphilis antenatal seroprevalence survey in South Africa 2005.

Prepared and Obtainable free of charge from:

Directorate: Epidemiology and Surveillance  
Department of Health  
Private Bag X828  
Pretoria  
0001

Tel: 012 312 0774/ 0767/ 0776  
Fax: 012 312 0815

This publication is available on the Internet:  
[www.health.gov.za](http://www.health.gov.za)

## TABLE OF CONTENTS

Foreword .....	3
Acknowledgements.....	4
Acronyms .....	5
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>2. OBJECTIVES OF THE SURVEY</b> .....	<b>6</b>
<b>3. METHODOLOGY</b> .....	<b>7</b>
3.1 Study Design .....	7
3.2 Sentinel Population .....	7
3.3 Sampling Methodology .....	7
3.4 Study Administration .....	7
3.5 Laboratory Testing .....	8
3.6 Quality Assurance.....	8
3.7 Data Processing and Analysis .....	8
<b>4. RESULTS</b> .....	<b>9</b>
4.1 Distribution and characteristics of study participants .....	9
4.2 HIV prevalence .....	10
4.2.1 National HIV prevalence ... ..	10
4.2.2 Provincial HIV prevalence .....	10
4.2.3 HIV Prevalence by age group .....	12
4.3 Syphilis Prevalence .....	14
4.3.1 National Syphilis prevalence .....	14
4.3.2 Syphilis prevalence by province .....	14
4.3.3 Syphilis prevalence by age group .....	15
4.3.4 Extrapolation of HIV prevalence to the general population .....	16
<b>5. DISCUSSION</b> .....	<b>17</b>
<b>6. REFERENCES</b> .....	<b>19</b>

## FOREWORD

This report is the 16<sup>th</sup> in a series of national antenatal surveys designed to track the magnitude and progression of HIV and AIDS in South Africa. HIV remains an important public health challenge.

The findings of the 2005 survey show that in comparison to the 2004 survey, the 2005 estimates are not too different. This is encouraging to note. A great deal of work still needs to be done to ensure that new infections no longer take place at all in South Africa.

This report provides us with valuable information to better position ourselves to address the challenges of care and support whilst sustaining the momentum in prevention activities. The implementation of the Comprehensive Plan for the management of HIV and AIDS has seen thousands of individuals receive a comprehensive package of care, treatment, support and a range of other interventions each day. One of the greatest challenges facing South Africans is a serious commitment by all to prevention activities so as to ensure that new infections are curbed and even stopped in South Africa. I would further like to emphasise the importance of healthy lifestyles such as following sound nutrition advice, exercise, cessation of smoking, and moderate alcohol consumption. These are some of the keys to achieving 'Health for All'.

We acknowledge the contribution of all in responding to prevention and intervention activities against HIV and AIDS. I would once again like to call on all South Africans in all sectors and walks of life to participate actively in the fight against HIV and AIDS.

**DR M E TSHABALALA-MSIMANG**  
**MINISTER OF HEALTH**

## ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to thank all those who made this survey possible. In particular I would like to thank the Provincial Heads of Department for their support, and to all provincial survey co-ordinators, Mr E Maimela (EC), Mr M Toli (FS), Dr M Likibi (GP), Mr Z Ahmed (KZN), Ms M Mogoswane (LP), Mr D Matsebula (MP), Mr T Molebatsi (NC), Ms M Maomela and Ms S Malakane (NW) and Dr N Shaikh (WC) and their teams for the hard work during the survey. Further thanks to all partnership groups including provincial and national health department colleagues such as Dr Xundu and other staff of the HIV, AIDS and STD cluster for their tireless work in the fight against HIV and AIDS.

My sincere gratitude goes to the testing laboratories and the laboratory coordinators, Ms Y Gardee (NHLS-PE), Mr L Hildebrand (NHLS Pelonomi), Mr E Maselesele (NICD), Mr B Singh (Virology Department-UKZN), Mr TJ Chephe and Mr PP Phatodi (Microbiology Department-MEDUNSA), Ms L Booyens (NHLS-Middleburg), Mr B Motlonye (NHLS-Kimberley Hospital) and Ms L Smit (NHLS-Stellenbosch University) and all staff at these laboratories. I would also like to thank Dr Jonathan Levin of the MRC and Mr Jude Padayachy of UNAIDS for technical statistical support.

Thanks to the nurses and staff at all participating clinics and to all the women who participated in the study. Without them this work would not have been possible.

Finally, special thanks go to the National Department of Health for co-ordination and technical support to the survey, in particular Dr Lindiwe Makubalo- Chief Director, Health Information, Epidemiology, Evaluation and Research and the Epidemiology Directorate staff: Ms Lusanda Mahlasela, Ms Rika du Plessis, Mr M Khumalo, Mr Jabulani Ncayiyana, Ms Minda de Jong, Ms S Nke, and Ms C Nagel.

**MR THAMI MSELEKU**

**DIRECTOR-GENERAL: HEALTH**

## ACRONYMS

AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ANC	Antenatal Care
BSS	Behavioural Surveillance Survey
CI 95%	95% Confidence Interval
ELISA	Enzyme Linked Immuno Absorbent Assay
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IEC	Information, Education and Communication
(N)DOH	(National) Department of Health
NICD	National Institute for Communicable Diseases
NHLS	National Health Laboratory Service
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission
PPS	Probability Proportional to Size
QA	Quality Assurance
RPR	Rapid Plasma Reagin (A screening test for syphilis)
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS
VCT	Voluntary Counselling and Testing
WHO	World Health Organisation

## **1. INTRODUCTION**

The health and social implications of HIV and AIDS on human development are extensive and have a far-reaching global impact. UNAIDS estimates that 40.3 million people globally were living with HIV in 2005.

The Comprehensive HIV and AIDS Care, Management Prevention and Treatment programme in South Africa is one of the largest and most comprehensive programmes to address the epidemic. This programme has continued to place an important focus on prevention of HIV infection and to ensure that those people who are HIV negative remain HIV negative. Monitoring of the HIV infection trends remains an important component of the national strategy as this is the means by which HIV infection trends are reviewed on a yearly basis. The HIV prevalence survey, which utilises a methodology devised by WHO and UNAIDS over 10 years ago is the central tool in this methodology. In later years further refinement to the tools has been made to increase the sensitivity of the prevalence estimates. The antenatal survey is an important tool as it not only provides HIV trend estimates but also provides empirical data which is utilised in numerous sectors for various modelling projections.

This report presents the results of the 2005 antenatal survey conducted in all the nine provinces of South Africa.

## **2. OBJECTIVES OF THE SURVEY**

The primary objectives of the 2005 survey were to:

- Estimate HIV prevalence in South Africa in 2005 and present trends in HIV progression
- Describe HIV trends in sub population groups (province) and describe trends in different age groups.
- Estimate HIV infection rates in the general population (men, women and children) using the UNAIDS spectrum model
- Estimate syphilis prevalence among women in 2005 and describe trends in syphilis.

## **SURVEY METHODOLOGY**

### **3.1 Study design**

This survey was conducted concurrently across all nine provinces in October 2005. The study was an anonymous, unlinked, cross-sectional survey. The study population included pregnant women who attend antenatal clinics (for the first time in the current pregnancy) in the public health sector of South Africa.

Some demographic details, (excluding personal identifiers such as names, addresses and identification numbers) were collected using standard data collection forms. Blood samples were collected from all participating women and labelled with a unique barcode label. The second barcode label was used on the data collection form. All specimens were transported to participating laboratories where they were tested for HIV using ELISA (WHO Global Programme on AIDS, 1989, Department of Health, 1997, UNAIDS & WHO, 2003). In line with the UNAIDS & WHO guidelines, “a single testing algorithm is used nationwide for surveillance.”

### **3.2 Sentinel population**

The study population are pregnant women attending a public sector antenatal clinic for the first time during the current pregnancy. As this is an unlinked survey the identities of women are not recorded. The choice of the first antenatal visit is made to minimise the chance for one woman attending two clinics and being included in the study more than once. The survey builds on routine screening for blood grouping, syphilis, and full blood count (FBC) that takes place during a woman's first antenatal visit.

### **3.3 Sampling methodology**

The same clinics that participated in the previous surveys were used. These were selected using the probability proportional to size (PPS) sampling method. A total of 16 510 women at 399 clinics participated in the survey in 2005.

### **3.4 Study administration**

A review of the study protocol, study methods, planning of field logistics and standard operating procedures, (e.g. Provision of Vacutainers with SST gel and dot

activator, paired bar-code labels, and data capture sheets) was as usual the first step in the preparatory process.

Participating laboratories and courier services were prepared to ensure that appropriate testing procedures would be adhered to and that blood specimens would be safely and timely transported from each antenatal clinic to testing laboratories.

The national department's co-ordinating office ensured the overall co-ordination of the survey including support visits to the nine provinces, conducting the procedural audit of the survey countrywide, data processing of the national data set, modelling HIV estimates and compiling this national report. The procedural audit included amongst others; investigation into preparation of sentinel sites, logistics and adherence to the study protocol in general.

### **3.5 Laboratory testing**

Laboratory testing was conducted in accordance with the national standardised survey protocol. Participating laboratories included the NHLS labs in Bloemfontein, Johannesburg, Kimberley, Middelburg, Port Elizabeth, Stellenbosch, MEDUNSA as well as the Virology laboratory of the University of KwaZulu-Natal.

### **3.6 Quality Assurance**

In the course of this survey, careful laboratory and data management quality assurance was conducted. For each of the participating laboratories, the ELISA and RPR tests for HIV and syphilis testing were internally quality assured. The National Institute for Communicable Diseases (NICD) performed external quality control for the HIV testing and the Medical University of Southern Africa (MEDUNSA) Microbiology laboratory conducted quality control for the syphilis testing. Double data-capture was conducted on provincial data sets.

### **3.7 Data processing and analysis**

Data analysis was conducted using the STATA and SPSS software packages. Data analysis was conducted at both the provincial and national levels to verify analysis.



## 4. RESULTS

### 4.1 Distribution and characteristics of study participants

A total number of about 16 510 pregnant women participated in the survey, compared to 16 064 in 2004.

**Table 1 a. Antenatal survey participants for 2003, 2004 and 2005 by province**

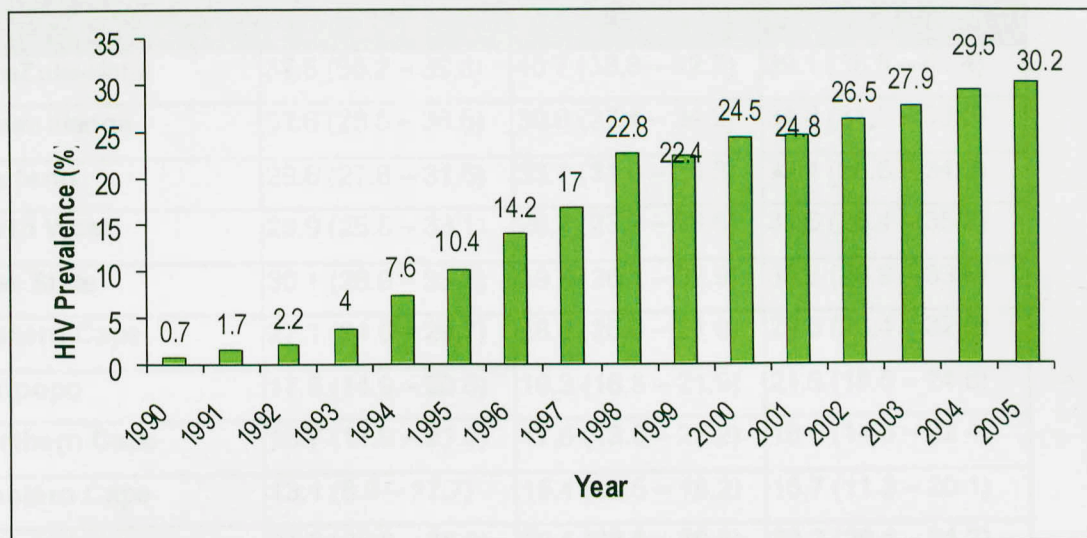
Province	2003	%	2004	%	2005	%
Eastern Cape	1919	11.5	1711	10.7	2189	13.3
Free State	1039	6.2	1016	6.3	935	5.7
Gauteng	3146	18.9	3169	19.7	3110	18.8
Kw aZulu-Natal	3406	20.5	3522	21.9	3500	21.2
Limpopo	1890	11.4	1894	11.8	1897	11.5
Mpumalanga	1241	7.5	1114	6.9	1027	6.2
Northern Cape	623	3.7	494	3.1	567	3.4
North West	1388	8.3	1192	7.4	1325	8.0
Western Cape	1991	12.0	1952	12.2	1960	11.9
Total	16 643		16 064		16 510	

**Table 1 b. Antenatal survey participants for 2002 to 2004 by age group**

	2003	Percent of the total sample	2004	Percent of the total sample	2005	Percent of the total sample
<b>Age</b>						
< 20	3198	19.2	3133	19.5	3334	20.2
20-24	5152	30.9	4992	31.1	5068	30.7
25-29	3886	23.4	3702	23.0	3906	23.7
30-34	2612	15.7	2510	15.6	2534	15.3
35-39	1297	7.8	1261	7.9	1246	7.5
40-44	371	2.2	350	2.2	356	2.2
45-49	39	0.2	37	0.2	52	0.3
Missing	88	0.5	79	0.5	14	0.08
<b>Total</b>	<b>16643</b>	<b>100.0</b>	<b>16064</b>	<b>100.0</b>	<b>16510</b>	<b>100</b>

## 4.2 HIV prevalence

### 4.2.1 National HIV prevalence



**Figure 1 National HIV prevalence trends among antenatal clinic attendees in South Africa: 1990 - 2005**

Based on the results of the survey, it is estimated that nationally, **30.2%** (CI 29.1% – 31.2%) of pregnant women were HIV positive in 2005. This is in comparison with a prevalence rate of **29.5%** (CI 28.5% - 30.5%) recorded for 2004 (Department of Health, 2005). Figure 1 shows the HIV national prevalence trends from 1990 to 2005.

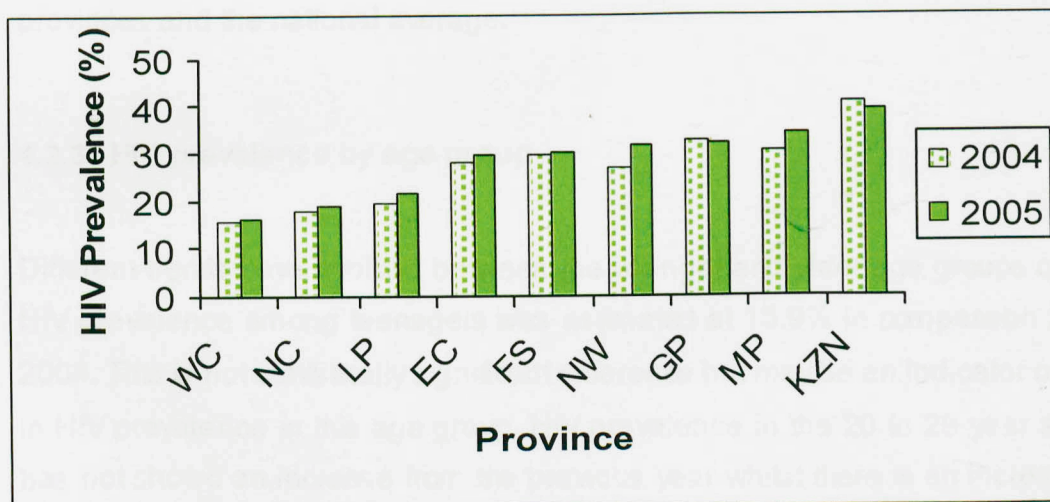
### 4.2.2 Provincial HIV prevalence

Provincial prevalence rates show the geographic variations in the HIV epidemic. Table 2 shows the HIV rates over the last three years.

**Table 2: Provincial HIV prevalence estimates: Antenatal clinic attendees, South Africa 2003-2005**

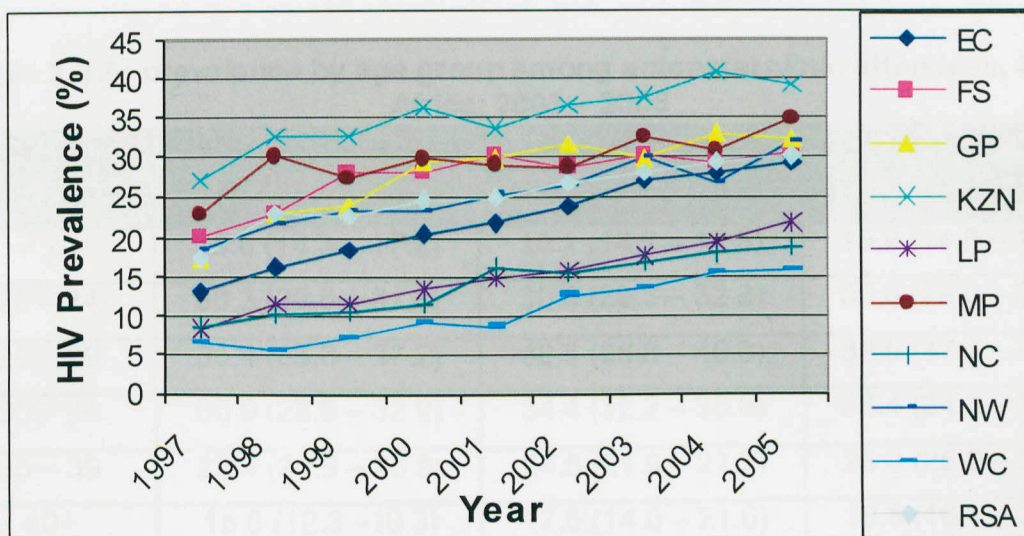
PROVINCE	HIV pos. 95% CI 2003	HIV pos. 95% CI 2004	HIV pos. 95% CI 2005
KwaZulu-Natal	37.5 (35.2 – 39.8)	40.7 (38.8 – 42.7)	39.1 (36.8 – 41.4)
Mpumalanga	32.6 (28.5 – 36.6)	30.8 (27.4 – 34.2)	34.8 (31.0 – 38.5)
Gauteng	29.6 (27.8 – 31.5)	33.1 (31.0 – 35.3)	32.4 (30.6 – 34.3)
North West	29.9 (26.8 – 33.1)	26.7 (23.9 – 29.6)	31.8 (28.4 – 35.2)
Free State	30.1 (26.9 – 33.3)	29.5 (26.1 – 32.9)	30.3 (26.9 – 33.6)
Eastern Cape	27.1 (24.6 – 29.7)	28.0 (25.0 – 31.0)	29.5 (26.4 – 32.5)
Limpopo	17.5 (14.9 – 20.0)	19.3 (16.8 – 21.9)	21.5 (18.5 – 24.6)
Northern Cape	16.7 (11.9 – 21.5)	17.6 (13.0 – 22.2)	18.5 (14.6 – 22.4)
Western Cape	13.1 (8.5 – 17.7)	15.4 (12.5 – 18.2)	15.7 (11.3 – 20.1)
<b>National</b>	<b>27.9 (26.8 – 28.9)</b>	<b>29.5 (28.5 – 30.5)</b>	<b>30.2 (29.1 – 31.2)</b>

N.B. The true value is estimated to fall within the two confidence limits, thus the confidence interval is important to refer to when interpreting data.



**Figure 2: HIV prevalence by province among antenatal clinic attendees in South Africa, 2004-2005**

Figure 2 above shows HIV prevalence by province in 2004 and 2005. HIV prevalence has decreased slightly in KwaZulu-Natal and Gauteng between 2004 and 2005. There were slight increases in the seven other provinces, most notably in the North West province.



**Figure 3 Provincial HIV prevalence trends among antenatal clinic attendees in South Africa, 1997- 2005**

Figure 3 shows HIV prevalence trends by province from 1997 to 2005. It shows that the epidemic has progressed at a different pace in different provinces with Limpopo, Northern Cape and Western Cape consistently at lower levels compared to the other provinces and the national average.

#### 4.2.3 HIV prevalence by age group

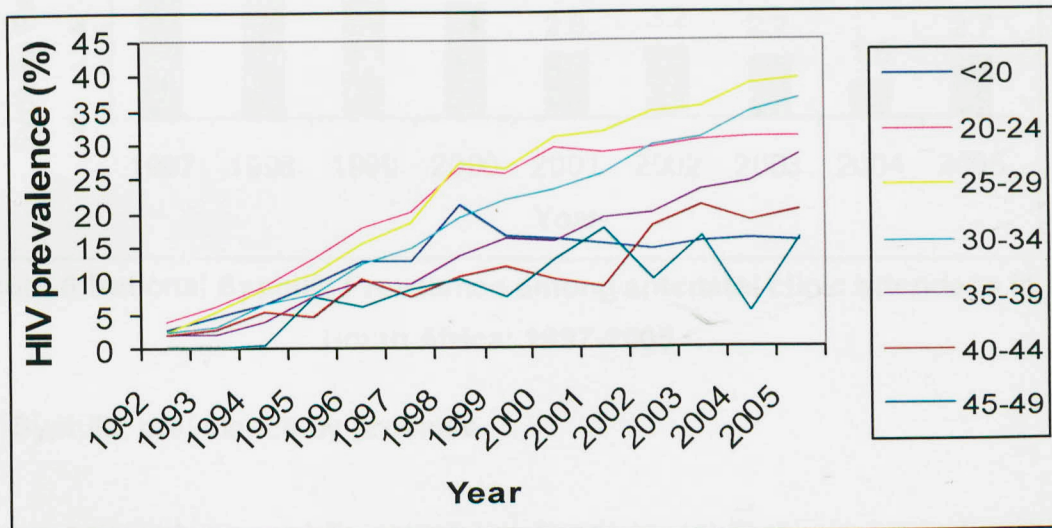
Different trends have evolved between the younger and older age groups of women. HIV prevalence among teenagers was estimated at 15.9% in comparison to 16.1 in 2004. This is not statistically significant difference but may be an indicator of declines in HIV prevalence in this age group. HIV prevalence in the 20 to 29 year age group has not shown an increase from the previous year whilst there is an increase in HIV prevalence amongst women in the 30 to 39 year age category. This could be partly attributed to a cohort effect referring to the fact that women in the younger age groups, who may already be infected, move into an older age cohort.

**Table 3. HIV prevalence by age group among antenatal clinic attendees, South Africa: 2003 – 2005**

Age group (Years)	HIV prev (CI 95%) 2003	HIV prev (CI 95%) 2004	HIV prev (CI 95%) 2005
< 20	15.8 (14.3 – 17.2)	16.1 (14.7 – 17.5)	15.9 (14.6 – 17.2)
20 – 24	30.3 (28.8 – 31.8)	30.8 (29.3 – 32.3)	30.6 (29.0 – 32.2)
25 – 29	35.4 (33.6 – 37.2)	38.5 (36.8 – 40.3)	39.5 (37.7 – 41.3)
30 – 34	30.9 (28.9 – 32.9)	34.4 (32.2 – 36.6)	36.4 (34.3 – 38.5)
35 – 39	23.4 (20.9 – 25.9)	24.5 (21.9 – 27.2)	28.0 (25.2 – 30.8)
40+	15.8 (12.3 – 19.3)	17.5 (14.0 – 21.0)	19.8 (16.1 – 23.6)

N.B. The true value is estimated to fall within the two confidence limits, thus the **Confidence interval (CI) is important to refer to when interpreting data**

N.B. The sample size for women in the 40 to 49 year age group is small. Thus the prevalence rate in this group should be read with caution, as confidence intervals are wide.



**Figure 4: HIV prevalence by age group among antenatal clinic attendees in South Africa, 1992-2005**

### 4.3 Syphilis prevalence

#### 4.3.1 National syphilis prevalence

This study found that 2.7% of pregnant women presenting at public antenatal care clinics had syphilis infection. This figure is slightly higher than the 1.6% prevalence recorded for 2004. The syphilis prevalence trend is similar to that of 2003. Syphilis prevalence in the Northern Cape requires closer monitoring as it has shown a significant increase in syphilis prevalence between 2004 and 2005.

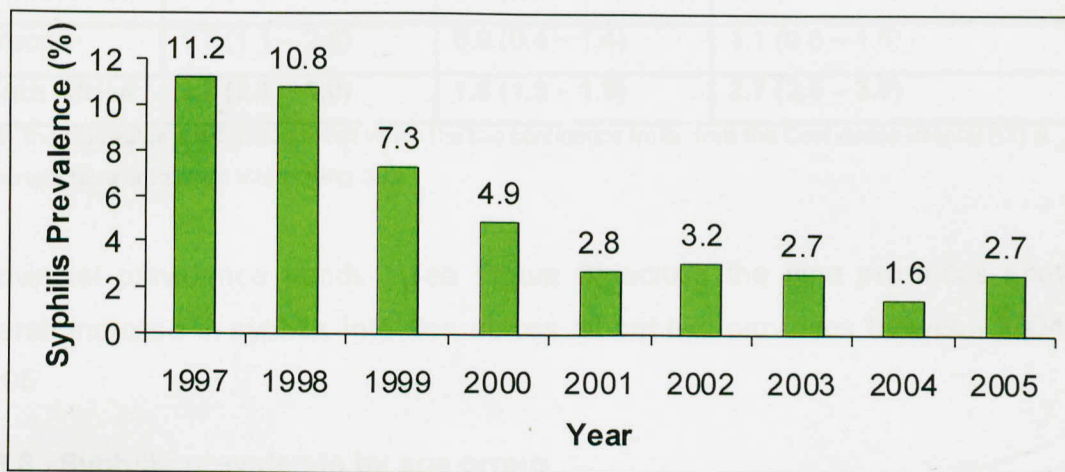


Figure 5 National Syphilis Prevalence among antenatal clinic attendees in South Africa: 1997-2005

#### 4.3.2 Syphilis prevalence by province

The table below shows syphilis prevalence trends by province. In general syphilis prevalence has been declining over the years although this trend has not been shown in this survey. In 2005 however it is still relatively high in the Northern Cape (7.0%) in comparison with the other provinces. KwaZulu-Natal shows the lowest rate at 0.8% and is one of three provinces with syphilis prevalence rates in 2004 lower than one percent. The other two are Limpopo and Gauteng.

**Table 5. Syphilis prevalence by province among antenatal clinic attendees, South Africa 2003 – 2005**

Province	RPR prev (CI 95%) 2003	RPR prev (CI 95%) 2004	RPR prev (CI 95%) 2005
Northern Cape	8.6 (5.9 – 11.3)	7.0 (3.8 – 10.3)	8.5 (6.1 – 10.8)
Gauteng	2.1 (1.6 – 2.6)	0.9 (0.5 – 1.3)	4.3 (3.5 – 5.1)
Western Cape	5.5 (4.5 – 6.5)	1.6 (0.9 – 2.3)	4.0 (3.1 – 4.9)
Free State	3.8 (2.6 – 5.1)	3.8 (2.9 – 4.8)	3.0 (2.0 – 4.0)
Mpumalanga	1.8 (1.1 – 2.6)	1.3 (0.5 – 2.0)	2.9 (1.6 – 4.2)
Eastern Cape	3.8 (2.5 – 5.1)	2.4 (1.5 – 3.3)	2.5 (1.9 – 3.1)
North West	2.0 (1.2 – 2.8)	2.1 (1.1 – 3.1)	1.9 (1.2 – 2.6)
KwaZulu-Natal	1.4 (1.0 – 1.8)	0.8 (0.5 – 1.1)	1.2 (0.7 – 1.6)
Limpopo	1.7 (1.1 – 2.4)	0.9 (0.4 – 1.4)	1.1 (0.6 – 1.5)
<b>South Africa</b>	<b>2.7 (2.4 – 3.0)</b>	<b>1.6 (1.3 – 1.8)</b>	<b>2.7 (2.5 – 3.0)</b>

N.B. The true value is estimated to fall within the two confidence limits, thus the Confidence interval (CI) is important to refer to when interpreting data

Provincial prevalence trends (see Figure 6) across the nine provinces show an overall increase in syphilis infection across all but two provinces between 2004 and 2005.

#### 4.3.3 Syphilis prevalence by age group

Figure 6 shows a decrease in prevalence between 2004 and 2005 in all age groups. The lowest syphilis prevalence rate in 2005 was noted among women aged below 20 years.



**Figure 6 Syphilis prevalence trends by age group among antenatal clinic attendees in South Africa, 2004-2005**

#### **4.3.4 Extrapolation of HIV prevalence to the general population**

Antenatal surveys cannot in themselves provide estimates of the number of individuals in the rest of the population (men, non-pregnant women and even children) who have HIV infection. These estimates are derived using mathematical models.

Following the 2005 survey the Department of Health collaborated with UNAIDS, WHO and other modelling groups in South Africa to make these estimates using the Estimation and Projection Package (EPP) and the UNAIDS Spectrum model software (UNAIDS, 2002).

There has recently been significant development and improvements to mathematical models for HIV to give them greater sensitivity and greater ability to come closer to more accurate estimates. These developments have resulted in adjustments in different models used in South Africa as well as in spectrum model estimates for other countries. Adjustments are made on the basis of new empirical research evidence and effects such as the impact of prevention interventions on infections.

Using the spectrum model the estimate of the number of people who are *estimated* to have HIV infection is in the region of 5.54 million. Whilst the number of people living with HIV infection is high, this adjusted estimate is encouragingly more conservative. In comparison (prior to these adjustments) in 2004, estimates ranged on the lower side from 5.7 with a mid estimate or 6.2 million infections. The current estimates for different groups are shown in table 6.



**Table 6. HIV and AIDS estimates for South Africa in 2005**

<b>Parameter</b>	<b>Estimate</b>
<b><i>Adults age 15-49 years</i></b>	
HIV prevalence (%)	18.78
Number living with HIV (millions)	
Total	4.90
Men	1.96
Women	2.94
<b><i>Adults age 15+ years</i></b>	
HIV prevalence (%)	16.25
Number living with HIV (millions)	
Total	5.30
Men	2.19
Women	3.12
<b><i>Children age 0-14 years</i></b>	
Number living with HIV (thousands)	235.06
<b><i>Total population</i></b>	
Number living with HIV (millions)	5.54

## **DISCUSSION**

HIV prevalence estimates show that HIV is still an important public health area. The prevalence rates of 2004 and 2005 are very similar. When the estimates are looked at over a 6 year period, there is evidence that there has been a minor increase. This is not unusual for a stabilizing epidemic. The prevalence profile continues to confirm the expectation and projections of numerous models, which suggests that South Africa will begin to see a decline in the prevalence profile.

Encouragingly, HIV prevalence among young women (< 20 years old) has continued to decline, suggesting a decline in new cases (incidence). This might imply a sustained change in behaviour among young people including engaging in safer sexual practices such as being in mutually faithful relationships. These gains need to be taken a step further to result in reduced teenage pregnancies as well. Currently teenagers constitute 20% of the sampled population.

Syphilis infection is an important indicator of possible high-risk behaviour of the infected individual, such as engaging in unprotected sex within a relationship that may not be mutually exclusive. The 2005 antenatal survey has shown a slight increase in rates of syphilis in women at antenatal care facilities, overall however; syphilis has shown a downward trend since 1998. This decline may be attributed to a number of intervention activities and in particular syndromic treatment and management of STIs at public health facilities.

Syphilis trends are generally low across all provinces except in the Northern Cape, where this remains high. Effective prevention and treatment is key to successes in this area. The STI syndromic management programme and the screening and treatment of syphilis are routine activities conducted at antenatal clinics. This programme alongside others is beginning to show the effectiveness of some intervention programmes.

The studies conducted over the years have begun to show that intervention programmes, which emphasise prevention, have a very important place in moderating HIV prevalence and the epidemiology of HIV infections in general. This has enabled the Department of Health to collaborate with UNAIDS and WHO in adjusting model estimates of overall population infections to take into account the cumulative effects of interventions which would have moderated the estimates on the number of people in the general population with HIV infection.

The study once again has provided useful information on trends in HIV infection and provides information to assist government and partners alike to further strengthen HIV programmes and to ensure that HIV infection rates see no further growth.

## 6. REFERENCES

1. **Department of Health, 1997.** *Annual Antenatal Survey Protocol.*
2. **Department of Health, 2004.** Report: *National HIV and Syphilis Antenatal sero-prevalence survey in South Africa, 2003.*
3. **Department of Health.** Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment Plan. South Africa 2003
4. **UNAIDS & WHO, 2000.** WORKING group on HIV/AIDS & STI surveillance. *Guidelines for 2<sup>nd</sup> Generation HIV surveillance.*
5. **UNAIDS, 2001.** Declaration of Commitment on HIV/AIDS: UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 25-27 June 2001.
6. **UNAIDS/WHO WORKING group on HIV/AIDS & STI surveillance, 2003.** Guidelines for 2<sup>nd</sup> Generation HIV surveillance
7. **UNAIDS & WHO, 2005.** AIDS Epidemic Update 2005.
8. **UNAIDS & WHO Global Programme on AIDS, 1989.** *Unlinked anonymous screening for the public health surveillance of HIV infections. International Guidelines.*
9. **The UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections.** Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS* 2002, 16:W1-W14.

