

6147 43498

ROYAL BIBLIOTHEEK

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE
BIBLIOTHEEK VERWYDER WORD NIE

University Free State



34300002083784

Universiteit Vrystaat

**'n Oriëntasieprogram
vir gesondheidsorgpersoneel
in die intensiewesorg-eenheid
ten opsigte van familiële ondersteuning**

deur

Yvette Jansen

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde

in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Departement Verpleegkunde,

aan die Universiteit van die Vrystaat

Mei 2003

Studieleier: Prof. Yvonne Botma

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN
13 FEB 2004
UOVS SASOL BIBLIOTEEK

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleekunde aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander Universiteit/Fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

.....
Y. Jansen

Inhoudsopgawe

| | |
|---|-------------|
| <i>Inhoudsopgawe</i> | <i>i</i> |
| <i>Lys van figure</i> | <i>iv</i> |
| <i>Lys van tabelle</i> | <i>vii</i> |
| <i>Lys van bylae</i> | <i>viii</i> |
| | |
| Hoofstuk 1 | |
| <i>Inleiding en probleemstelling</i> | 1 |
| 1.1 <i>Inleiding</i> | 2 |
| 1.2 <i>Probleemstelling</i> | 3 |
| 1.3 <i>Konseptuele raamwerk</i> | 6 |
| 1.4 <i>Doelstelling</i> | 6 |
| 1.5 <i>Doelwitte</i> | 7 |
| 1.6 <i>Aanname</i> | 7 |
| 1.7 <i>Tekortkoming</i> | 7 |
| 1.8 <i>Navorsingsmetodologie</i> | 7 |
| 1.8.1 <i>Navorsingsontwerp</i> | 7 |
| 1.8.2 <i>Navorsingstegnieke</i> | 8 |
| 1.8.3 <i>Populasie en steekproef</i> | 9 |
| 1.9 <i>Loodsstudie</i> | 10 |
| 1.10 <i>Geldigheid en betroubaarheid</i> | 10 |
| 1.11 <i>Data-versameling</i> | 11 |
| 1.12 <i>Data-ontleding</i> | 12 |
| 1.13 <i>Etiese aspekte</i> | 12 |
| 1.14 <i>Tydsindeling</i> | 13 |
| 1.15 <i>Begroting</i> | 13 |
| 1.16 <i>Waarde van die studie</i> | 14 |
| 1.17 <i>Opsomming</i> | 14 |
| 1.18 <i>Samevatting</i> | 14 |
| | |
| Hoofstuk 2 | |
| <i>Literatuurstudie</i> | |
| 2.1 <i>Agtergrond</i> | 15 |
| 2.2 <i>Benadering ten opsigte van familiële ondersteuning</i> | 16 |
| 2.3 <i>Behoeftes van familieledede</i> | 19 |
| 2.4 <i>Inligting ("Information")</i> | 26 |
| 2.5 <i>Gerusstelling ("Assurance")</i> | 38 |
| 2.6 <i>Nabyheid ("Proximity")</i> | 40 |
| 2.7 <i>Gemak ("Comfort")</i> | 44 |
| 2.8 <i>Ondersteuning ("Support")</i> | 46 |
| 2.9 <i>Oriëntasieprogram</i> | 47 |
| 2.10 <i>Samevatting</i> | 48 |

Hoofstuk 3**Navorsingsmetodologie**

| | | |
|------|-------------------------------------|----|
| 3.1 | <i>Inleiding</i> | 49 |
| 3.2 | <i>Navorsingsontwerp</i> | 49 |
| 3.3 | <i>Populasie en steekproef</i> | 50 |
| 3.4 | <i>Navorsingstegnieke</i> | 52 |
| 3.5 | <i>Loodsstudie</i> | 58 |
| 3.6 | <i>Data-versameling</i> | 59 |
| 3.7 | <i>Oriëntasieprogram</i> | 59 |
| 3.8 | <i>Data-ontleding</i> | 64 |
| 3.9 | <i>Geldigheid en betroubaarheid</i> | 65 |
| 3.10 | <i>Samevatting</i> | 67 |

Hoofstuk 4**Data-ontleding en gevolgtrekkings**

| | | |
|--------|---|----|
| 4.1 | <i>Inleiding</i> | 68 |
| 4.2 | <i>Biografiese agtergrond van respondente</i> | 69 |
| 4.2.1 | <i>Geslag van respondente</i> | 69 |
| 4.2.2 | <i>Ouderdomstruktuur van respondente</i> | 69 |
| 4.2.3 | <i>Ras waartoe respondente behoort</i> | 70 |
| 4.2.4 | <i>Verband tussen respondent en pasiënt</i> | 70 |
| 4.2.5 | <i>Vorige ervaring(s) van die intensiewesorg-eenheid</i> | 71 |
| 4.3 | <i>Inligting rakende pasiënte</i> | 71 |
| 4.3.1 | <i>Rede vir opname</i> | 71 |
| 4.3.2 | <i>Lengte van verblyf</i> | 72 |
| 4.3.3 | <i>Diagnose van pasiënt</i> | 72 |
| 4.4 | <i>Tye van onderhoudvoering</i> | 73 |
| 4.5 | <i>Inligting</i> | 73 |
| 4.5.1 | <i>Ken die verwagte uitkoms</i> | 73 |
| 4.5.2 | <i>'n Spesifieke persoon by die hospitaal wat gekontak kan word</i> | 74 |
| 4.5.3 | <i>Vrae word eerlik beantwoord</i> | 74 |
| 4.5.4 | <i>Weet watter personeel kan spesifieke inligting gee</i> | 75 |
| 4.5.5 | <i>Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is</i> | 75 |
| 4.5.6 | <i>Weet hoe die pasiënt medies behandel word</i> | 76 |
| 4.5.7 | <i>Word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word</i> | 77 |
| 4.5.8 | <i>Weet presies wat vir die pasiënt gedoen word</i> | 77 |
| 4.5.9 | <i>Praat met dieselfde verpleegkundige elke dag</i> | 78 |
| 4.5.10 | <i>Word ingelig van oorplasingplanne</i> | 78 |
| 4.5.11 | <i>Word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand</i> | 79 |
| 4.5.12 | <i>Ontvang inligting een maal per dag</i> | 80 |
| 4.5.13 | <i>Voel dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee</i> | 80 |
| 4.5.14 | <i>Weet spesifieke feite rakende die pasiënt se vordering</i> | 81 |
| 4.6 | <i>Gerusstelling</i> | 82 |
| 4.6.1 | <i>Praat oor gevoelens oor wat gebeur het</i> | 82 |
| 4.6.2 | <i>Aanwysings oor wat om vir die pasiënt te doen word gegee</i> | 82 |
| 4.6.3 | <i>Voel dat daar hoop is</i> | 83 |
| 4.6.4 | <i>Voel aanvaar deur gesondheidsorgpersoneel</i> | 84 |
| 4.6.5 | <i>Praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood</i> | 84 |
| 4.6.6 | <i>Word verseker dat dit "okay" is om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat</i> | 85 |
| 4.6.7 | <i>Sien die pasiënt dikwels</i> | 85 |
| 4.7 | <i>Nabyheid</i> | 86 |
| 4.7.1 | <i>Verduidelikings oor die omgewing word gegee voor besoek aan die Intensiewesorg-eenheid</i> | 86 |

| | | |
|---------------------|--|-----|
| 4.7.2 | <i>Praat met die dokter elke dag</i> | 86 |
| 4.7.3 | <i>Besoekure word verander vir spesiale omstandighede</i> | 87 |
| 4.7.4 | <i>Besoek enige tyd</i> | 88 |
| 4.7.5 | <i>Weet watter personeel die pasiënt versorg</i> | 89 |
| 4.7.6 | <i>Help met die pasiënt se fisieke versorging</i> | 89 |
| 4.8 | <i>Gemak</i> | 90 |
| 4.8.1 | <i>Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar</i> | 90 |
| 4.8.2 | <i>'n Plek om alleen te wees terwyl in die hospitaal</i> | 90 |
| 4.8.3 | <i>Gemaklike meubels in die wagarea</i> | 91 |
| 4.8.4 | <i>Telefoon naby die wagarea</i> | 91 |
| 4.8.5 | <i>Predikant/pastoor wat besoek</i> | 92 |
| 4.8.6 | <i>Badkamer is naby die wagarea</i> | 92 |
| 4.8.7 | <i>Besoekure begin op tyd</i> | 93 |
| 4.8.8 | <i>Word ingelig van kapeldienste</i> | 93 |
| 4.8.9 | <i>'n Wagarea naby die pasiënt te hê</i> | 94 |
| 4.9 | <i>Ondersteuning</i> | 94 |
| 4.9.1 | <i>Vriende is naby vir ondersteuning</i> | 94 |
| 4.9.2 | <i>Iemand wat met finansiële probleme kan help</i> | 95 |
| 4.9.3 | <i>'n Ander persoon is saam met jou wanneer die intensiewesorg-eenheid besoek word</i> | 95 |
| 4.9.4 | <i>Iemand wat besorg is oor jou gesondheid</i> | 96 |
| 4.9.5 | <i>Voel dat dit aanvaarbaar is om te huil</i> | 96 |
| 4.9.6 | <i>Word ingelig van ander persone wat kan help</i> | 97 |
| 4.9.7 | <i>Kan enige tyd alleen wees</i> | 97 |
| 4.9.8 | <i>Word ingelig van iemand wat met familie-probleme kan help</i> | 98 |
| 4.9.9 | <i>Verstaanbare verduidelikings word gegee</i> | 98 |
| 4.10 | <i>Belangrikheid van behoeftes</i> | 99 |
| 4.11 | <i>Nuwe ongeïdentifiseerde behoeftes</i> | 100 |
| 4.12 | <i>Gevolgtrekkings</i> | 100 |
| 4.13 | <i>Samevatting</i> | 102 |
| Hoofstuk 5 | | |
| Aanbevelings | | |
| 5.1 | <i>Inleiding</i> | 103 |
| 5.2 | <i>Aanbevelings</i> | 103 |
| 5.3 | <i>Samevatting</i> | 106 |
| Bibliografie | | 107 |
| Opsomming | | 114 |
| Summation | | 117 |
| Key words | | 120 |

Lys van figure

Hoofstuk 1

Inleiding en probleemstelling

| | |
|---|---|
| Figuur 1.1: <i>Konseptuele raamwerk</i> | 3 |
|---|---|

Hoofstuk 3

Navorsingsmetodologie

| | |
|---|----|
| Figuur 3.1: <i>Beplanning van die werkswinkel</i> | 60 |
| Figuur 3.2: <i>Geïntegreerde ontleding</i> | 62 |

Hoofstuk 4

Data-ontleding en gevolgtrekkings

| | |
|--|----|
| Figuur 4.1: <i>Geslag van respondente</i> | 69 |
| Figuur 4.2: <i>Ouderdom van respondente</i> | 69 |
| Figuur 4.3: <i>Ras van respondente</i> | 70 |
| Figuur 4.4: <i>Verband tussen respondent en pasiënt</i> | 70 |
| Figuur 4.5: <i>Vorge ervaring(s) van die intensiewesorg-eenheid as besoeker of pasiënt</i> | 71 |
| Figuur 4.6: <i>Rede vir opname van pasiënt</i> | 71 |
| Figuur 4.7: <i>Aantal dae vanaf opname</i> | 72 |
| Figuur 4.8: <i>Diagnose van pasiënt</i> | 72 |
| Figuur 4.9: <i>Tye van onderhoudvoering</i> | 73 |
| Figuur 4.10: <i>Ken die verwagte uitkoms / Know the expected outcome</i> | 73 |
| Figuur 4.11: <i>'n Spesifieke persoon by die hospitaal wat gekontak kan word / Have a specific person to call at the hospital</i> | 74 |
| Figuur 4.12: <i>Vrae word eerlik beantwoord / Have questions answered honestly</i> | 74 |
| Figuur 4.13: <i>Weet watter personeel kan spesifieke inligting gee / Know which staff could give what information</i> | 75 |
| Figuur 4.14: <i>Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is / Know why things were done for the patient</i> | 75 |
| Figuur 4.15: <i>Weet hoe die pasiënt medies behandel word / Know how the patient is being treated medically</i> | 76 |
| Figuur 4.16: <i>Word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word / Be assured that the best possible care is being given</i> | 77 |
| Figuur 4.17: <i>Weet presies wat vir die pasiënt gedoen word / Know exactly what is being done for the patient</i> | 77 |
| Figuur 4.18: <i>Praat met dieselfde verpleegkundige elke dag / Talk to the same nurse every day</i> | 78 |
| Figuur 4.19: <i>Word ingelig van oorpasingsplanne / Be told about transfer plans</i> | 78 |
| Figuur 4.20: <i>Word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand / Be called at home about changes in the patient's condition</i> | 79 |
| Figuur 4.21: <i>Ontvang inligting een maal per dag / Receive information once a day</i> | 80 |
| Figuur 4.22: <i>Voel dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee /</i> | 80 |

| | | |
|---------------------|--|----|
| <i>Figuur 4.23:</i> | <i>Feel that the hospital personnel care about the patient Weet spesifieke feite rakende die pasiënt se vordering / Know specific facts concerning the patient's progress</i> | 81 |
| <i>Figuur 4.24:</i> | <i>Praat oor gevoelens oor wat gebeur het / Talk about feelings about what has happened</i> | 82 |
| <i>Figuur 4.25:</i> | <i>Aanwysings oor wat om vir die pasiënt te doen word gegee / Have directions as to what to do at the patient's bedside</i> | 82 |
| <i>Figuur 4.26:</i> | <i>Voel dat daar hoop is / Feel there is hope</i> | 83 |
| <i>Figuur 4.27:</i> | <i>Voel aanvaar deur gesondheidsorgpersoneel / Feel accepted by hospital staff</i> | 84 |
| <i>Figuur 4.28:</i> | <i>Praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood / Talk about the possibility of the patient's death</i> | 84 |
| <i>Figuur 4.29:</i> | <i>Word verseker dat dit "okay" is om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat / Be assured it is "okay" to leave the hospital for a while</i> | 85 |
| <i>Figuur 4.30:</i> | <i>Sien die pasiënt dikwels / See the patient frequently</i> | 85 |
| <i>Figuur 4.31:</i> | <i>Verduidelikings oor die omgewing word gegee voor besoek aan die intensiewesorg-eenheid / Have explanations of the environment before going into the intensive care unit</i> | 86 |
| <i>Figuur 4.32:</i> | <i>Praat met die dokter elke dag / Talk to the doctor every day</i> | 86 |
| <i>Figuur 4.33:</i> | <i>Besoekure word verander vir spesiale omstandighede / Have visiting hours changed for special conditions</i> | 87 |
| <i>Figuur 4.34:</i> | <i>Besoek enige tyd / Visit at any time</i> | 88 |
| <i>Figuur 4.35:</i> | <i>Weet watter personeel die pasiënt versorg / Know about types of staff taking care of the patient</i> | 89 |
| <i>Figuur 4.36:</i> | <i>Help met die pasiënt se fisieke versorging / Help with patient's physical care</i> | 89 |
| <i>Figuur 4.37:</i> | <i>Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar / Have good food available in the hospital</i> | 90 |
| <i>Figuur 4.38:</i> | <i>'n Plek om alleen te wees terwyl in die hospitaal / Have a place to be alone while in the hospital</i> | 90 |
| <i>Figuur 4.39:</i> | <i>Gemaklike meubels in die wagarea / Have comfortable furniture in the waiting room</i> | 91 |
| <i>Figuur 4.40:</i> | <i>Telefoon naby die wagarea / Have telephone near waiting room</i> | 91 |
| <i>Figuur 4.41:</i> | <i>Predikant/pastoor wat besoek / Have pastor visit</i> | 92 |
| <i>Figuur 4.42:</i> | <i>Badkamer is naby die wagarea / Have bathroom near waiting room</i> | 92 |
| <i>Figuur 4.43:</i> | <i>Besoekure begin op tyd / Have visiting hours start on time</i> | 93 |
| <i>Figuur 4.44:</i> | <i>Word ingelig van kapeldienste / Be told about chaplain services</i> | 93 |
| <i>Figuur 4.45:</i> | <i>'n Wagarea naby die pasiënt te hê / Have a waiting room near the patient</i> | 94 |
| <i>Figuur 4.46:</i> | <i>Vriende is naby vir ondersteuning / Have friends nearby for support</i> | 94 |
| <i>Figuur 4.47:</i> | <i>Iemand wat met finansiële probleme kan help / Have someone to help with financial problems</i> | 95 |
| <i>Figuur 4.48:</i> | <i>'n Ander persoon is saam met jou wanneer die intensiewesorg- eenheid besoek word / Have another person with you when visiting the intensive care unit</i> | 95 |
| <i>Figuur 4.49:</i> | <i>Iemand wat besorg is oor jou gesondheid / Have someone be concerned with your health</i> | 96 |
| <i>Figuur 4.50:</i> | <i>Voel dat dit aanvaarbaar is om te huil / Feel it is alright to cry</i> | 96 |
| <i>Figuur 4.51:</i> | <i>Word ingelig van ander persone wat kan help / Be told about other people that could help</i> | 97 |
| <i>Figuur 4.52:</i> | <i>Kan enige tyd alleen wees / Be alone at any time</i> | 97 |
| <i>Figuur 4.53:</i> | <i>Word ingelig van iemand wat met familie-probleme kan help / Be told about someone to help with family problems</i> | 98 |

| | |
|---|----|
| <i>Figuur 4.54: Verstaanbare verduidelikings word gegee / Understandable explanations being given</i> | 98 |
| <i>Figuur 4.55: Belangrikheid van behoeftes</i> | 99 |

Lys van tabelle

Hoofstuk 1

Inleiding en probleemstelling

| | | |
|-----------|--------------|----|
| Tabel 1.1 | Tydsindeling | 13 |
| Tabel 1.2 | Begroting | 13 |

Hoofstuk 2

Literatuurstudie

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Vergelyking van drie studies wat van die CCFNI gebruik gemaak het | 23 |
| Tabel 2.2 | Belangrikheid van dimensies van behoeftes | 25 |
| Tabel 2.3 | Model van families se ervarings in die intensiewesorg-eenheid | 28 |

Lys van bylae

- Bylaag A: Toestemmingsbrief van Universiteit van die Vrystaat*
- Bylaag B: Toestemmingsbrief aan hospitale*
- Bylaag C: Toestemmingsbrief van provinsiale hospitaal*
- Bylaag D: Toestemmingsbrief van privaathospitaal*
- Bylaag E1: Toestemmingsbrief aan respondente (Afrikaans)*
- Bylaag E2: Toestemmingsbrief aan respondente (Engels)*
- Bylaag F1: Afdeling A (Afrikaans)*
- Bylaag F2: Afdeling A (Engels)*
- Bylaag G1: Instruksies by Afdeling B (Afrikaans)*
- Bylaag G2: Instruksies by Afdeling B (Engels)*
- Bylaag H1: Afdeling B (Afrikaans)*
- Bylaag H2: Afdeling B (Engels)*
- Bylaag I: Oriëntasieprogram aangebied by privaathospitaal*
- Bylaag J: Oriëntasieprogram aangebied by provinsiale hospitaal*
- Bylaag K1: Program (Afrikaans)*
- Bylaag K2: Program (Engels)*
- Bylaag L1: Familiële behoeftes (Afrikaans)*
- Bylaag L2: Familiële behoeftes (Engels)*
- Bylaag M1: Vergelyking van drie studies (Afrikaans)*
- Bylaag M2: Vergelyking van drie studies (Engels)*

Hoofstuk 1

Inleiding en probleemstelling

1.1 Inleiding

Familiële ondersteuning is belangrik wanneer beoog word om die pasiënt en die familie as 'n eenheid te verpleeg. Die verpleegkundige kan strategieë om die behoeftes van familielede te bevredig, ontwerp en implementeer. Die strategieë kan slegs suksesvol wees indien die pasiënt en die familie se behoeftes akkuraat geïdentifiseer word. Die behoeftes van familielede sal dan optimaal bevredig kan word (Forrester, Monaghan, Murphy & Price, 1990:655). In die sewentigerjare is dié kwessie reeds as 'n probleem beskou aangesien familielede se behoeftes selde deur gesondheidsorgpersoneel geïdentifiseer en bevredig is. Molter was in 1976 een van die eerste navorsers wat hierdie probleem ondersoek en aangespreek het.

Hospitalisasie van 'n kritieksiek-pasiënt word as 'n krisissituasie vir die pasiënt en die familie beskou (Bailey, Bailey, Coutu-Wakulczyk & Rukholm, 1991:920; Asiain, Margall, Otano, Perochena & Zazpe, 1997:14). Molter het in haar studie in 1979 bevind dat die volgende tendens reeds ongeveer dertig jaar gelede voorgekom het: meeste van die gesondheidsorgpersoneel se energie word op die pasiënt gerig en die minimum tyd word gereserveer om die familie te help om die krisissituasie waarin hulle gedompel is, te hanteer (Molter, 1979:332). Hoewel dit huidiglik voorkom dat gesondheidsorgpersoneel hul aandag op die familielede vestig, probeer hulle om behoeftes te bevredig wat nie bestaan nie of om behoeftes wat reeds bevredig is, aan te spreek (Bijttebier, Delva, Ferdinande, Frans & Vanoost, 2001:160).

Die volgende aanhaling van Craven in 1972 (Molter, 1979:332) beklemtoon dié probleem: *"...if the nurse expands her concept of the patient from that of an individual in a bed to that of a participating member of a family, then she will expand her role to assist relatives to cope with the patient's illness while simultaneously maintaining family function."*

Hymovick het in 1974 (Molter, 1979:332) drie stellings gemaak om te verduidelik dat dit noodsaaklik is om die pasiënt en sy/haar familie as 'n eenheid te verpleeg, naamlik:

- Dit is noodsaaklik om die familie by pasiënt-sorg te inkorporeer sodat verpleegkundiges kwaliteit verpleegsorg kan lewer.
- Alle individue, verpleegkundiges en pasiënte is die produk van een of ander familie-eenheid.
- Vir die meerderheid van die bevolking sal die familie 'n belangrike vorm van die lewe bly.

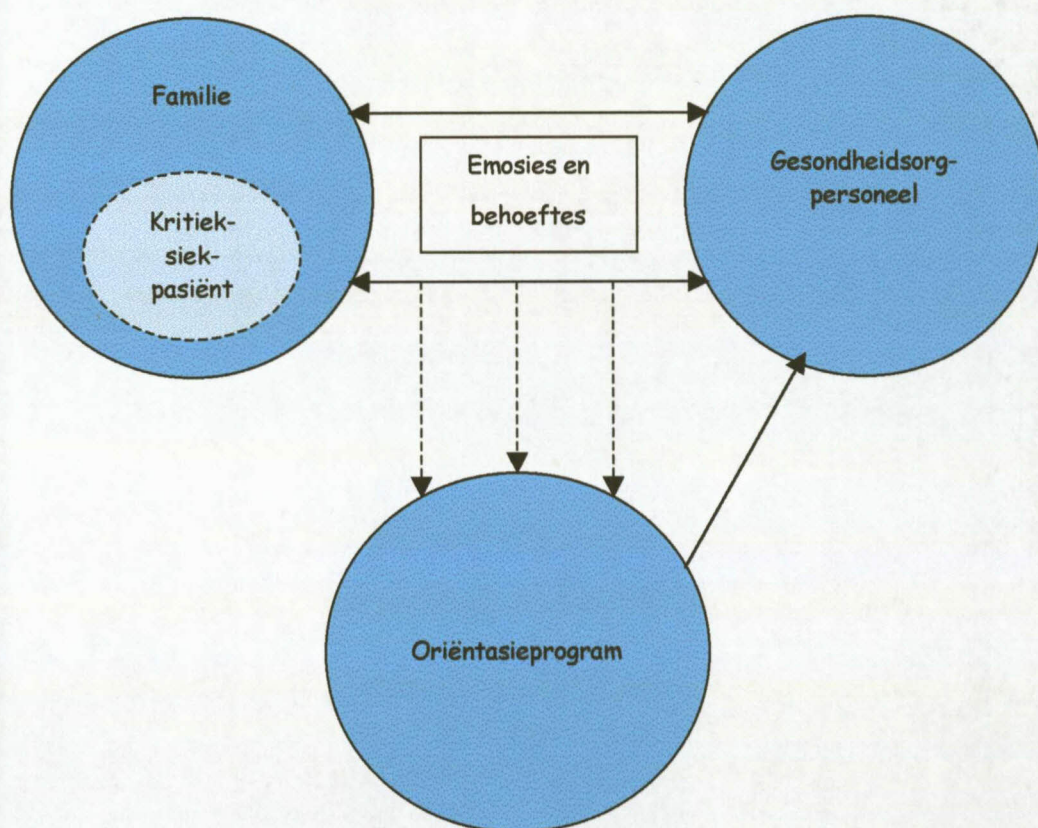
Algemene en gereelde verpleegtussentredes wat op die familie-eenheid gerig word moet die behoeftes van familielede bevredig soos dit deur die gesondheidsorgpersoneel en die familie geïdentifiseer word. Soos reeds gemeld bestaan die moontlikheid egter dat gesondheidsorgpersoneel kan probeer om behoeftes te bevredig wat nie bestaan nie of behoeftes wat reeds bevredig is, aan te spreek (Bijttebier, *et al.*, 2001:160). Dit is daarom essensieël om die behoeftes van familielede akkuraat te identifiseer sowel as die mate waarin hierdie behoeftes bevredig (kan) word. Indien behoefte-bevrediging van familielede optimaal is, kan familiële ondersteuning en die mate van familie-betrokkenheid by die pasiënt in die intensiewesorg-eenheid verbeter en tot heil van die pasiënt meewerk.

1.2 Probleemstelling

Dit is duidelik, na aanleiding van navorsing, dat die familie van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid emosies soos aanvanklike onsekerheid, angs en vrees met die pasiënt se opname in die intensiewesorg-eenheid ervaar (Bott, Crighton, Hinton, Jamerson, Kuckelman Cobb & Scheibmeir, 1996:471). Dié emosies word gereflekteer in die behoeftes van die familielede en soos Molter (1979:332-339), Bott, *et al.* (1996:467-474), Leske (1998:92-95), Stannard (1998:86-91) en Bijttebier, *et al.* (2001:160-165) aangetoon het, is dit belangrik om familielede se behoeftes akkuraat te identifiseer en optimaal te bevredig. Die belangrikste behoefte wat deur familielede in bogenoemde studies geïdentifiseer is, is die behoefte aan deurlopende, omvattende inligting. Daarna is behoeftes aan gerusstelling, nabyheid, ondersteuning en gemak van familielede geïdentifiseer.

Die navorsers se ervaring in die praktyk is egter dat die behoefte-bevrediging van familieledede in die intensiewesorg-eenheid beperk is. Literatuur het haar waarneming gestaaf deurdat dit beklemtoon dat gesondheidsorgpersoneel onbewus is van die verskeie belangrike behoeftes wat familieledede ervaar en dat hulle dus nie poog om die behoeftes te bevredig nie (Daley, 1984:231; Grove & O'Neill Norris, 1986:194; Antonioni, Hicks, Jacono, O'Brien & Rasi, 1990:72; Twibell, 1998:101; Gelling & Prevost, 1999:57; Beatty & De Jong, 2000:41; Bijttebier, *et al.*, 2001:165). Gesprekke met kollegas het ook aangedui dat hulle beseft dat hulle oor onvoldoende kennis omtrent die behoeftes van familieledede beskik. Die navorsers het afgelei dat die gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële behoeftes en ondersteuning oningelig is.

1.3 Konseptuele raamwerk



Figuur 1.1: Konseptuele raamwerk

Die funksionalisme bestudeer die gemeenskap as 'n sisteem, met ander woorde, saamgestelde dele wat 'n geheel vorm. 'n Gemeenskap se verskillende dele kan slegs verstaan word in terme van hul verhouding tot die geheel. Om byvoorbeeld begrip van 'n orgaan in die liggaam, soos die hart of longe te hê, is dit belangrik om te verstaan wat die orgaan se verhouding tot ander organe in die liggaam is, en hoe

dié orgaan bydra tot die instandhouding van die liggaam. Net so kan 'n gemeenskap slegs verstaan word indien daar begrip is vir die aard van die dele waaruit dit bestaan, en die bydrae wat elke deel tot die gemeenskap lewer. Indien die analoog verder geneem word, het die liggaam sekere behoeftes wat bevredig moet word om dit in staat te stel om te funksioneer, net so het die gemeenskap sekere basiese behoeftes wat bevredig moet word sodat dit kan voortbestaan. 'n Sosiale struktuur, soos die familie, word as deel van die gemeenskap (sosiale instelling) beskou en kan slegs verstaan word in terme van die bydrae wat dit tot die gemeenskap lewer. Die familie bestaan uit verskillende dele wat elkeen in hulself 'n bydrae lewer om op sy beurt weer die familie te laat voortbestaan (Haralambos, Heald & Holborn, 1995:867). Die dele is inter-afhanklik van mekaar en indien 'n familielid dus siek word, sal dit noodwendig die struktuur of samestelling van die familie beïnvloed (Hedges, Hodovanic, Reardon & Reese, 1984:243).

Finch in Haralambos, *et al.* (1995:344) het die veranderende aard van familieverpligtinge bestudeer. Haar werk het spesifiek op die mate waartoe familieleden verplig voel om mekaar te help, gekonsentreer en het vanselfsprekend ook die tipe hulp wat gegee is en die redes waarom besluit is om hulp te verleen, ingesluit. Persoonlike versorging, byvoorbeeld die verpleging van 'n siek familielid, is onder andere een familieverpligting wat bestudeer is. Finch het agtergekom dat die mate waartoe familieleden verplig voel om mekaar te help hoofsaaklik deur die grootte van die familie en die interpersoonlike verhoudings tussen die individuele familieleden bepaal word. Hoe kleiner die familie is, hoe sterker is die familiebande en hoe beter is die interpersoonlike verhoudings tussen familieleden.

Volgens Stannard (1998:86) is familie diegene wat deur die *pasiënt* as familie beskou word. Indien die pasiënt nie in staat is om te kommunikeer nie, is familie diegene wat *betrokke is of betrokke wil wees* by die pasiënt se versorging. Leske (1998:92) beweer dat dit moontlik meer voordelig sou wees om die familie te definieer as enige persoon wat *homself/haarself as familie beskou*, as om op sekere familievoorname te fokus.

Die familie se rol in voorkoming, diagnosering en behandeling word daagliks belangriker. As gevolg hiervan word die familie aangemoedig om toenemend betrokke by die pasiënt in die intensiewesorg-eenheid te wees. Dit word bewerkstellig deur die familie se rol en verantwoordelikhede ten opsigte van die pasiënt te identifiseer en uit te klaar en deur die familie aan te moedig om

toenemende begrip vir die pasiënt se moontlike gestremdhede en mediese toestand te toon (Blosser & De Pompei, 1995:46).

Die hospitalisasie van 'n kritieksiek-pasiënt kan egter gevoelens van kwesbaarheid, onsekerheid, intense emosies en fisieke swakheid by familieledede veroorsaak (Cohen, *et al.*, 1991:177). Angs, asook ander emosies, veroorsaak dat pasiënte wat kritieksiek is se familieledede behoeftes volgens vyf dimensies het: om versekering of *gerusstelling* te ontvang dat daar hoop is op verbetering; om *naby(heid)* die pasiënt te wees en sodoende die familie-verhoudings te behou; om *inligting* te ontvang en sodoende angs en spanning te verminder; om fisiek *gemaklik* en ontspanne te wees; en om *ondersteuning* te ontvang (Bombei, *et al.*, 1995:375; Leske, 1998:92-94).

Dit is dus noodsaaklik dat familieledede se behoeftes akkuraat deur gesondheidsorgpersoneel geïdentifiseer word en optimaal bevredig word omdat die familie en pasiënt as 'n eenheid beskou word. Literatuur het aangedui dat die kennis van gesondheidsorgpersoneel rakende familiële ondersteuning onvoldoende is (Gelling & Prevost, 1999:57; Bijttebier, *et al.*, 2001:165). Dié kennis kan egter uitgebrei word deur 'n omvattende oriëntasieprogram aan gesondheidsorgpersoneel beskikbaar te stel.

Konseptuele definisies

Vir doeleindes van hierdie studie word die volgende betekenis van begrippe aanvaar:

| | |
|----------------------------|--|
| <p>Familie</p> | <p>Diegene wat die <i>pasiënt</i> as familie beskou of, indien die pasiënt nie in staat is om te kommunikeer nie, diegene wat <i>betrokke is of betrokke wil wees</i> by die pasiënt se versorging (Stannard, 1998:86). Enige persoon wat <i>homself/haarself as familie beskou</i> (Leske, 1998:92). Alhoewel dié definisies van die Westerse kultuur verskil, word beide definisies in dié studie aanvaar.</p> |
| <p>Kritieksiek-pasiënt</p> | <p>Alle pasiënte in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid, ongeag van lengte van verblyf of diagnose.</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| Gesondheidsorgpersoneel | Alle dokters, verpleegkundiges, fisioterapeute en maatskaplike werkers wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid, waar die data ingesamel sal word, werksaam is. |
| Oriëntasieprogram | 'n Werkswinkel van ongeveer een uur wat vir die gesondheidsorgpersoneel aangebied sal word. Tydens die werkswinkel sal die personeel inligting wat op Afdeling B van die vraelys gebaseer is, ontvang. (kyk Bylae I - M). |
| Familiële behoeftes | Alle behoeftes wat deur die "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) (kyk Bylaag H1/H2) aangedui word (Bijttebier, <i>et al.</i> , 2001:163). Afdeling B van die vraelys bevat 'n oop-einde vraag waar die familieledede behoeftes kan noem wat nie in die CCFNI voorkom nie. |
| Familiële ondersteuning | Die bevrediging van familieledede se behoeftes. |
| Gemak | Die behoefte wat familieledede aan selfsorg het. Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar, die wagarea is uitgerus met gemaklike meubels en naby die intensiewesorg-eenheid geleë en die verkryging van pastorale hulp is voorbeelde van behoeftes aan gemak. |

1.4 Doelstelling

Die doel van die studie is om die mate van behoefte-bevrediging van familieledede van kritieksiek-pasiënte voor en na implementering van 'n oriëntasieprogram te bepaal.

1.5 Doelwitte

Die doelwitte van die studie is om:

- 1.5.1 Die mate van behoefte-bevrediging van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid, voordat die gesondheidsorgpersoneel aan 'n oriëntasieprogram blootgestel is, volgens die CCFNI te bepaal.

- 1.5.2 'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel te ontwikkel.
- 1.5.3 'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel te implementeer.
- 1.5.4 Bykomende behoeftes wat nie by die CCFNI ingesluit is nie, te identifiseer.
- 1.5.5 Die mate van behoefte-bevrediging van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid, nadat die gesondheidsorgpersoneel aan 'n oriëntasieprogram blootgestel is, volgens die CCFNI te bepaal.

1.6 Aanname

- 1.6.1 Die behoeftes wat in die CCFNI voorkom is universeel en sal waarskynlik nie van eenheid tot eenheid en familie tot familie verskil nie.

1.7 Tekortkoming

- 1.7.1 Veralgemening sal nie in die studie moontlik wees nie aangesien die steekproef te klein is en van gerieflikheidsseleksie gebruik gemaak word. Die respondente sal van slegs twee hospitale in 'n beperkte geografiese gebied wees en daarom sal veralgemening na ander hospitale in dié gebied nie moontlik wees nie. Die navorser beklee 'n voltydse pos en het beperkte beskikbare tyd om 'n groter steekproef te doen.
- 1.7.2 'n Kontrolegroep sal nie gebruik word nie aangesien die respondente slegs 'n sekere tydperk in die hospitaal beskikbaar sal wees en moontlik hulself nie weer in 'n soortgelyke situasie sal bevind nie. Die tydperk van opname van die pasiënte is ook verskillend.
- 1.7.3 Aangesien onvoldoende kriteria vir 'n voor en na navorsingsonderwerp bestaan, sal die bevindinge suiwer beskrywend van aard wees en kan die verkillende groepe nie vergelyk word nie.

1.8 Navorsingsmetodologie

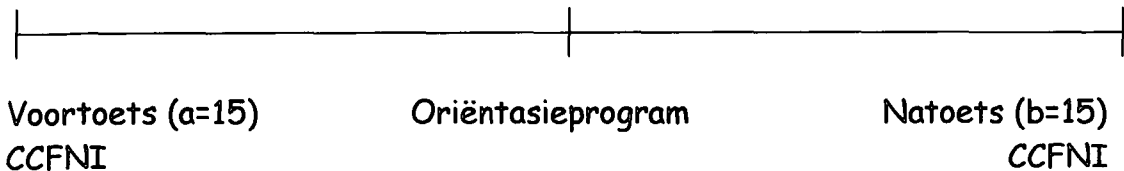
1.8.1 Navorsingsontwerp

Die navorser beoog om 'n kwasi-eksperimentele voor- en natoets te doen (Burns & Grove, 1997:269) en die opname-metode sal gebruik word om data te versamel. Die beoogde studie word ook as 'n kontekstuele studie beskou aangesien die

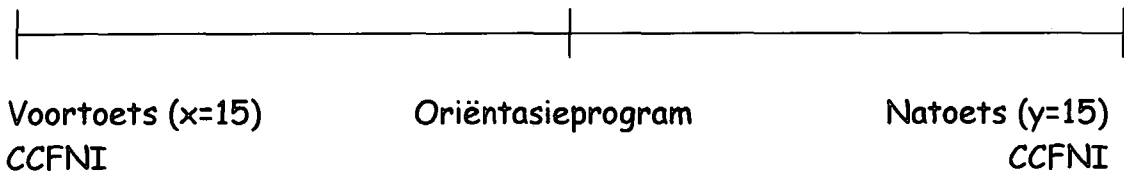
respondente van slegs twee hospitale in 'n beperkte geografiese gebied afkomstig sal wees.

Voor- en natoets

Privaathospitaal



Provinsiale hospitaal



Vyftien families sal pre-eksperimenteel in onderskeidelik 'n privaat- en provinsiale hospitaal gebruik word. 'n Werkswinkel, gebaseer op die inligting van die voortoetse en Afdeling B van die vraelys, sal aan alle gesondheidsorgpersoneel wat werksaam is in die spesifieke Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede, aangebied word. Na afloop van die werkswinkel sal 15 families post-eksperimenteel in onderskeidelik 'n privaat- en provinsiale hospitaal gebruik word.

1.8.2 Navorsingstegnieke

Groepsonderhoudvoering aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys sal gebruik word om inligting te versamel. Die vraelyste bestaan uit Afdeling A, wat biografiese data sal voorsien, en Afdeling B, wat inligting oor die behoeftes van familieledede en in hoe 'n mate hierdie behoeftes bevredig word, voorsien. Afdeling B is uit relevante, resente literatuur opgestel asook die "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) (Bijttebier, *et al.*, 2001:163). Die CCFNI sal vertaal word om die Afrikaanse weergawe van die vraelys saam te stel. Afdeling A sal afsonderlik deur elke deelnemende familielid voltooi word en Afdeling B sal tydens die groepsonderhoude deur die navorser voltooi word.

Die inligting wat tydens die voortoetse bekom word, sal die aard van die werkwinkel bepaal.

1.8.3 Populasie en steekproef

Die totale populasies vir die steekproef is:

- Familielede van pasiënte wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede van 'n privaat- en provinsiale hospitaal in Bloemfontein opgeneem is en behandeling ontvang.
- Gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede werksaam is.

Familielede

Ongeveer 300 pasiënte word per jaar in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid van die provinsiale hospitaal behandel en ongeveer 880 pasiënte word per jaar in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid van die privaathospitaal behandel.

Daar is voorlopig besluit om 'n steekproef van 60 families te trek, 30 families pre-eksperimenteel en 30 families post-eksperimenteel, ongeag die grootte van die familie. 'n Gerieflikheidseleksie van 15 families sal pre-eksperimenteel in elke hospitaal gebruik word. Nadat die werkwinkel vir die gesondheidsorgpersoneel aangebied is, sal 15 families weereens volgens gerieflikheidseleksie post-eksperimenteel in elke hospitaal gebruik word.

Die volgende uitsluitingskriteria sal vir die steekproeftrekking geld:

- Persone jonger as 18 jaar wat familielede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid is, sal nie by die studie ingesluit word nie.
- Aangesien die navorser dit gemaklik vind om in Afrikaans en Engels te kommunikeer, volstaan die navorser by genoemde tale.

Gesondheidsorgpersoneel

Die totale populasie van gesondheidsorgpersoneel in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede wil bereik word, daarom sal die werkwinkel twee maal per dag per hospitaal aangebied word. Een in die oggend/middag en een in die aand.

1.9 Loodsstudie

'n Loodsstudie sal uitgevoer word om die geldigheid en betroubaarheid van die vrae van die gestruktureerde groepsonderhoud te verseker. Data-versameling sal in 'n privaatvertrek plaasvind en die tydsduur van die groepsonderhoud sal bepaal word. Die duidelikheid van die vrae, asook die effektiwiteit van die navorser in die stel van vrae en interpretasie van antwoorde, sal bepaal word. Hierdeur sal ook probleme met die navorsingsontwerp en data-versameling en -ontleding opgespoor word.

Op 'n sekere dag sal twee Afrikaans- en twee Engelssprekende families doelgerig gekies word. Daar sal van die familieede verwag word om afsonderlik Afdeling A te voltooi. Die navorser sal die groepsonderhoude met elke familie as individuele groep voer en Afdeling B sal deur die navorser voltooi word. Die onderhoude sal afsonderlik, maar op dieselfde wyse met die families gevoer word om sodoende kongruensie (stabiliteit) te verseker. Na afloop van die onderhoude sal probleme met die interpretasie van antwoorde en voltooiing van die vraelyste geïdentifiseer word en die nodige wysigings gemaak word. Die familieede sal gevra word om onduidelikhede met die interpretasie van vrae te identifiseer waarna die nodige wysigings gemaak sal word.

1.10 Geldigheid en betroubaarheid

Die geldigheid van 'n instrument is 'n bepaling van die mate waarin 'n instrument evalueer wat dit voorgee om te evalueer (Burns & Grove, 1997:330). Inhoudsgeldigheid sal verseker word deurdat die vrae van die vraelyste in 'n literatuurstudie gefundeer is en die beoogde studie deur domeindeskundiges bestudeer is.

Konstruktiegeldigheid is teenwoordig in die "Critical Care Family Needs Inventory" aangesien die data wat uit die studie van Leske (1991:241) verkry is, die multidimensionele konseptualisme van familiële behoeftes na kritieke siekte ondersteun.

Die Nederlandse "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) het volgens Bijttebier, *et al.* voldoende betroubaarheid en faktorale geldigheid bewys: die vyf groepe behoeftes wat deur Leske in 1991 geïdentifiseer is, het uit die faktoranalise voorgekom en die subskale het aanvaarbare interne onveranderlikheid

(betroubaarheid) getoon - Cronbach se α 0.62-0.80 (Leske, 1991:241; Bijttebier, et al., 2001:161).

Betroubaarheid is die mate waarin die interpretasie van inligting konstant is (Leske, 1991:241; Burns & Grove, 1997:327). Die loodsstudie sal die betroubaarheid van die studie verseker, deurdat dieselfde vraelyste aan twee respondente op dieselfde wyse voorgelê sal word om kongruensie (stabiliteit) en duidelikheid met vraagstelling en interpretasie van antwoorde te verseker. Die vraelyste is vanuit die Engelse CCFNI in Afrikaans opgestel en weer na Engels vertaal om te verseker dat die Afrikaanse vraelyste 'n ware weergawe is. Ekwivalensie word verseker deurdat slegs een navorser die onderhoude sal voer. Die gevolg is dat die interpretasie van antwoorde en kodering van inligting dieselfde sal wees. Ekwivalensie word verder verseker deurdat voorafgekoese kategorieë vir kodering opgestel sal word om te waarborg dat die kodering van inligting dwarsdeur die studie dieselfde is. Heterogeniteit sal die betroubaarheid van die studie verseker deurdat daar verwag word dat nie alle familieledes dieselfde reaksie op vrae sal hê nie. Die betroubaarheid sal verder verseker word deurdat die steekproef in 'n tweede hospitaal herhaal word.

1.11 Data-versameling

Die gestruktureerde onderhoude met die familie as groep sal in 'n privaatvertrek gevoer word en die tydsduur van die groepsonderhoude sal in die loodsstudie bepaal word. Data-versameling sal op verskillende tye van die dag (oggend, middag en aand) plaasvind en sal voor (pre-eksperimenteel) en na afloop (post-eksperimenteel) van die werkswinkel plaasvind. Met die voltooiing van die vraelyste sal mondelinge instruksies aan alle respondente gegee word. Afdeling A sal deur al die respondente voltooi word. Daarna sal 'n gestruktureerde groepsonderhoud met al die familieledes van 'n pasiënt gevoer word waartydens Afdeling B deur die navorser voltooi sal word. Met voltooiing van Afdeling B sal van familieledes verwag word om deur middel van keuses in antwoord op geslote vrae, hulle reaksies uit te druk en die konsensusbesluit van al die familieledes sal as antwoord deur die navorser aanvaar word. Afdeling B sal ook 'n oop-einde vraag insluit om behoeftes te identifiseer wat nie in die CCFNI voorkom nie.

Die oriëntasieprogram sal die vorm van 'n werkswinkel aanneem. 'n Werkswinkel sal aan alle gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke intensiewesorg-eenheid werksaam is, aangebied word. Dit sal ongeveer drie ure duur en twee keer op 'n

spesifieke dag (oggend/middag en aand) in elke hospitaal aangebied word om sodoende alle gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke intensiewesorg-eenheid werksaam is, in te sluit. Tydens die werkswinkel sal die personeel inligting wat op Afdeling B van die vraelys gebaseer is, ontvang. Inligting wat tydens die voortoetse bekom is, sal ook die aard van die werkswinkel bepaal.

1.12 Data-ontleding

Beskrywende statistiek, naamlik frekwensies en persentasies vir kategorieë veranderlikes en mediane en persentiele vir kontinue veranderlikes, sal vir voor en na bereken word. Die verwerking van die data sal deur personeel van die Departement Biostatistiek uitgevoer word en die navorser sal die verwerkte data ontleed en met die hulp van 'n biostatistikus interpreteer. Die resultate sal in grafieke en tabelle voorgestel word.

1.13 Etiese aspekte

Die navorsingsvoorstel sal aan 'n ekspert-komitee voorgelê word om te bepaal of onder andere geldigheid verseker is. Die navorsingsvoorstel sal dan aan 'n evaluering-komitee voorgelê word en aan die etiek-komitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, om skriftelike toestemming vir die studie te kry. Die navorsingsvoorstel sal ook aan die etiek-komitees van die betrokke hospitale voorgelê word om skriftelike toestemming te kry (kyk Bylaag B). Skriftelike/verbale toestemming sal vanaf die eenheidsbestuurders verkry word. Alle gesondheidsorgpersoneel wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede werksaam is sal ook in kennis gestel word van die studie en inligting daaromtrent ontvang.

Skriftelike toestemming vir deelname sal van respondente (familieledes) verlang word, nadat die doel van die studie, aard van die vraelyste en verwagte insette aan hulle verduidelik is (kyk Bylaag E1/E2). Respondente sal bewus wees dat hulle mag weier om deel te neem of op enige stadium kan onttrek. Daar sal nie gedurende die onderhoud van die respondente verwag word om inligting te verskaf of om op 'n wyse op te tree, wat teen hulle beginsels indruis nie. Vertroulikheid sal verseker word deurdat geen identifiserende data van die respondente op die vraelyste aangebring sal word nie en die inligting slegs deur die navorser gesien sal word. Volgens die

voordele/risiko-verhouding sal die navorsing geen nadele vir die respondente inhou nie.

Die resultate van die studie sal gepubliseer word om sodoende die respondente en gesondheidsorgpersoneel in kennis te stel van die gevolgtrekkings en aanbevelings van die studie. 'n Verslag rakende die uitkoms van die studie sal ook aan die hospitale deurgegee word.

'n Tydsindeling en begroting is ontwikkel om as riglyn vir die navorser te dien.

1.14 Tydsindeling

Tabel 1.1: Tydsindeling

| Aktiwiteit | Keerderdatum |
|---|-------------------------------|
| 1. Navorsingsvoorstel en verkry toestemming vanaf die etiekkomitee; Inleiding en probleemstelling; Literatuurstudie | Julie 2001 tot Junie 2002 |
| 2. Loodsstudie | Junie 2002 |
| 3. Analiseer inligting verkry uit loodsstudie en maak nodige wysigings | Junie 2002 |
| 4. Data-versameling | Julie 2002 tot Februarie 2003 |
| 5. Navorsingsmetodologie | Februarie 2003 |
| 6. Data-ontleding en Gevolgtrekkings; Aanbevelings | Maart 2003 tot April 2003 |
| 7. Finale afronding en inhandiging van verslag | Mei 2003 |

1.15 Begroting

Tabel 1.2: Begroting

| Items | Koste per item | Totale koste |
|---------------------------|-------------------|-----------------|
| 1. Papier | R0.05 per vel | R200.00 |
| 2. Drukwerk (inkkassette) | R80.00 per kasset | R200.00 |
| 3. Bindwerk | | R100.00 |
| 4. Vervoer (brandstof) | R3.90 per liter | R2000.00 |
| Totale koste | | R2500.00 |

Die onkoste van die studie sal deur die navorser gedra word.

1.16 Waarde van die studie

Dit is noodsaaklik om die pasiënt en sy/haar familie as 'n eenheid te verpleeg - die pasiënt sowel as die familie se behoeftes moet geïdentifiseer en bevredig word. Die huidige tendens is ongelukkig dat gesondheidsorgpersoneel nie die behoeftes van familieledes (akkuraat) identifiseer nie weens 'n gebrek aan omvattende kennis rakende dié onderwerp. Indien die studie suksesvol is kan die oriëntasieprogram in die intensiewesorg-eenheid geïmplimenter word en aan alle gesondheidsorgpersoneel beskikbaar gestel word. Die oriëntasieprogram kan ook by studente se kurrikulums geïnkorporeer word om studente van die belangrikheid van familiële ondersteuning bewus te maak. Dit sal verseker dat alle gesondheidsorgpersoneel die behoeftes van familieledes akkuraat kan identifiseer en optimaal kan bevredig. Die gevolg sal noodwendig die verbetering van familiële ondersteuning in die intensiewesorg-eenheid wees en tot welsyn van die pasiënt bydra.

1.17 Opsomming

Vervolgens word 'n uiteensetting van die studie gegee:

- Hoofstuk 1: Inleiding en probleemstelling
- Hoofstuk 2: Literatuurstudie
- Hoofstuk 3: Navorsingsmetodologie
- Hoofstuk 4: Data-ontleding en gevolgtrekkings
- Hoofstuk 5: Aanbevelings

1.18 Samevatting

In dié hoofstuk is die doel en aard van die studie bespreek.

Hoofstuk 2

Literatuurstudie

2.1 Agtergrond

Die eerste intensiewesorg-eenheid het in 1958 tot stand gekom (Hill & Summers, 1994:2). Daar is nie voorsien dat intensiewesorg-eenhede sulke unieke psigologiese uitdagings aan gesondheidsorgpersoneel, pasiënte en families sou bied nie. Dit word nou erken dat die hospitalisasie van 'n familielid in 'n kritiekesorg-opset 'n krisis binne die familie kan veroorsaak. Die fokus van behandeling was egter op die pasiënt gekonsentreer en min aandag is aan die familie gegee (Amick, Black, Dockter, Engleberg, Hovell, Neimier & Sheets, 1988:29-30; Reider, 1994:272). Abels (1986:3) stem saam met hierdie stelling en beweer dat gesondheidsorgpersoneel dieper moet observeer as slegs die abdominale wond of miokardiale infarksie. Daar moet probeer word om die konflikte, karaktereenskappe en sosiale faktore wat die pasiënt en familie mag beïnvloed, te identifiseer.

Die behoeftes van familieledede van kritieksiek-pasiënte is in verskeie navorsingsartikels en navorsingsprojekte deur die afgelope jare aangespreek. Hampe se studie in 1975 oor die behoeftes van eggenote van terminaal-siek kankerpasiënte en Molter se studie in 1979 oor die behoeftes van familieledede van kritieksiek-pasiënte, het die inleidende data vir daaropvolgende studies voorsien (Grove & O'Neill Norris, 1986:194; Hickey, 1990:401; Twibell, 1998:101). Richardson (1945), Olsen (1970) en Roberts (1976) in Molter (1979:332) het die ongelooflike invloed van die familie op 'n siek pasiënt se onmiddellike en langtermyn-herstel bespreek. Ander studies het die stres van hospitalisasie (Wolicer, 1973), sekere gedrag wat kalmte by familieledede teweegbring (Irwing & Meier, 1973), die persepsie en belangrikheid van behoeftes en gedrag (Carey, 1973) en die interaksie van familieledede in die wagkamer (Dickson, 1975), bespreek (Molter, 1979:332). Molter het egter beseft dat alhoewel daar 'n redelike hoeveelheid geskrewe inligting oor hoe om met familieledede van siek pasiënte te werk, beskikbaar was, baie min konkrete navorsing in die area gedoen is.

Wanneer die pasiënt en familie as lede van 'n gesinseenheid beskou word, is dit belangrik om die individuele behoeftes binne 'n bepaalde raamwerk te ontleed. Volgens Hymovich (1974) in Molter (1979:332) berus dié raamwerk op die konsep van totale pasiënt-versorging. Gebaseer op dié aanname, het Molter beseef dat navorsing belangrik is om te bepaal wat die behoeftes van familieledede is sodat die energie en tyd van gesondheidsorgpersoneel nie vermors word nie en totale pasiënt-versorging (kwaliteit-verpleegsorg) bereik word.

In Molter (1979:332) se studie om dié probleem op te los, is drie belangrike vrae beantwoord, naamlik:

1. Watter persoonlike behoeftes word deur familieledede van kritieksiek-pasiënte geïdentifiseer?
2. Hoe belangrik is hierdie behoeftes vir die familieledede?
3. Word hierdie behoeftes bevredig en, indien wel, deur wie?

Die meeste navorsers wat soortgelyke studies gedoen het, het Molter se navorsingsinstrument of variasies van haar instrument gebruik. Leske het in 1986 verskeie veranderinge aan Molter se instrument aangebring. 'n Loodsstudie is gedoen en sedertdien word daarna as die "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) verwys (Hickey, 1990:405; Leske, 1991:236; Carroll & Gavaghan, 2002:65).

In 1990 het Hickey agt artikels wat tussen 1976 en 1988 gepubliseer is, en waarin die CCFNI as navorsingsinstrument gebruik is, bestudeer. Molter (1979) se bevindinge is met dié van Mathis (1984) en Leske (1986) vergelyk en Hickey het bevind dat geen betekenisvolle verskille tussen die belangrikste behoeftes bestaan nie (Bott, *et al.*, 1996:467). 'n Studie deur Kleinpell en Powers soos in Carroll en Gavaghan (2002:65) het bevind dat die CCFNI betroubaar is en dat resultate meestal dieselfde is. Replikas van dié instrument het bevind dat die familiële behoeftes wat deur Molter geïdentifiseer is, konstant gebly het.

2.2 Benadering ten opsigte van familiële ondersteuning

Een van die belangrikste aspekte van verpleging is interaksie met die familie, aangesien die familie die kritiese onveranderlike tussen die gemeenskap en die individu vorm (Grove & O'Neill Norris, 1986:194). Familieledede van kritieksiek-pasiënte mag oor hanteringsmeganismes om die familie te versterk en emosionele stabiliteit te handhaaf, beskik (Leske, 2000:239), maar mag die bystand en ondervinding van

intensiewesorg-verpleegkundiges benodig (Cohen, Craft & Titler, 1991:180). Alhoewel intensiewesorg-verpleegkundiges vir die onstabiele pasiënt moet sorg, moet hulle ook die familie se hanteringsmeganismes evalueer, effektiewe strategieë ondersteun en oneffektiewe strategieë verminder om sodoende familie-tevredenheid en ondersteuning te bereik (Twibell, 1998:100). *Die belangrikheid van 'n ondersteunende, stabiele en simpatieke familie kan nie onderskat word nie* (Breu, Cardin, Clochesy, Rudy & Whittaker, 1996:65).

Soos reeds in die vorige hoofstuk bespreek is, word die familie as 'n sosiale struktuur beskou wat uit verskillende dele bestaan. Dié dele is inter-afhanklik van mekaar en indien 'n familielid siek word, sal dit noodwendig die struktuur/samestelling van die familie beïnvloed (Hedges, Hodovanic, Reardon & Reese, 1984:243; Antonioni, *et al.*, 1990:72; Haralambos, *et al.*, 1995:867; Fleury, Moore & Van Horn, 2002:186). As gevolg van die dinamiese verhoudinge binne dié familiesisteem, sal veranderinge in een familielid, verandering binne die hele familiesisteem veroorsaak. Dus word hospitalisasie nie net as 'n krisis vir die pasiënt beskou nie, maar vir alle lede van die familie (Hedges, *et al.*, 1984:243; Bellinger & Lynn-McHale, 1988:447; Antonioni, *et al.*, 1990:72; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993:79; Bombei, Schutte & Titler, 1995:375; Carroll & Gavaghan, 2002:64-65; Fleury, *et al.*, 2002:186; <http://www.sdbif.org/Guide/Begins.htm>).

Onverwagse siekte sal familieledede se vasgestelde rolle ontstig (Hammond, 1995:256; Leske, 2000:238; Fleury, *et al.*, 2002:194) en gevoelens van hulpeloosheid, beheerverlies en selfs hopeloosheid veroorsaak (Abels, 1979:18; Antonioni, *et al.*, 1990:73; Breu, *et al.*, 1996:66; Palazzo, 2001:84; Washington, 2001:36; <http://www.sdbif.org/Guide/Begins.htm>). Dikwels word familieledede geforseer om te verander en te herorganiseer om sodoende hul ekwilibrium suksesvol te herwin (Daley, 1984:231; Antonioni, *et al.*, 1990:72; Hayes, 1990:25; McQuay, 1995:541; Breu, *et al.*, 1996:65).

Begrip van die pasiënt sal gewoonlik begrip van die pasiënt se verhoudinge en ondersteuningsisteme insluit. Die pasiënt se familie is belangrik omdat hulle moontlik tot die pasiënt se gesondheidsoortuigings, genetiese samestelling en ekonomiese situasie bygedra het. Daarom is dit belangrik om die familie as 'n *ondersteuningsisteem* vir die pasiënt te beskou (Sawa, 1992:169). Die familie kan psigologiese ondersteuning tydens en na hospitalisasie aan die pasiënt bied (Tesh & Van Horn, 2000:40), belangrike historiese data voorsien, die verpleegkundige

bystaan wanneer sekere aspekte van fisieke versorging uitgevoer word en die pasiënt se herstel aanmoedig (Dear, Kinney, Packa & Voorman, 1981:347; Forrester, *et al.*, 1990:655).

Dit gebeur te dikwels dat die familie as 'n ekstensie van die pasiënt beskou word, in plaas daarvan dat die pasiënt as 'n ekstensie van 'n familie-eenheid beskou moet word (Daley, 1984:232; McLaughlin, 1993:170; Hammond, 1995:256). Dit is noodsaaklik om die pasiënt as lid van 'n familie-eenheid te beskou wanneer die pasiënt se behoeftes binne 'n bepaalde raamwerk van holistiese pasiënt-versorging geïdentifiseer word (Daley, 1984:232; Antonioni, *et al.*, 1990:73; Hayes, 1990:25). Die pasiënt en die familie kan nie tydens siekte as aparte entiteite beskou word nie – tydens 'n krisisperiode is die band tussen hulle selfs sterker (Hayes, 1990:25). Volgens Molter (1994:2) is dit uiters noodsaaklik dat die pasiënt nie van die persone op wie hy/sy vir ondersteuning, krag en liefde steun, verwyder mag word nie.

Die familie se betrokkenheid by die pasiënt se versorging en herstel word as essensieël beskou, aangesien die familie en pasiënt as 'n eenheid beskou word (Molter, 1979:332). Familielede mag moontlik die pasiënt se spreekbuis word indien die pasiënt fisiologies of psigologies nie meer daartoe in staat is nie (Carroll & Gavaghan, 2002:64). Dit is ook bevestig dat familie-georiënteerde sorg, eerder as pasiënt-georiënteerde sorg, meer effektief tot die pasiënt se herstel sal bydra (Sawa, 1992:53). Om dié rede word die familie se rol in voorkoming, diagnoseer en behandeling daagliks belangriker en word die familie aangemoedig om toenemend by die pasiënt in die intensiewesorg-eenheid betrokke te wees.

Betrokkenheid word bewerkstellig deur die familie se rol en verantwoordelikhede ten opsigte van die pasiënt te identifiseer en uit te klaar en deur die familie aan te moedig om toenemende begrip vir die pasiënt se moontlike gestremdhede en mediese toestand te toon (Antonioni, *et al.*, 1990:72; Blosser & De Pompei, 1995:46). Die uiteindelijke mikpunt is om die pasiënt se herstel te bevorder en kwaliteit-verpleegsorg te lewer.

Die onmiddellike emosionele onstabieleit by familielede wat met 'n pasiënt se siekte ervaar word, vorm die basis vir 'n krisis (Washington, 2001:37). Indien die familie 'n positiewe bydrae tot die pasiënt se herstel wil lewer, moet die familie meganismes vind om die psigologiese krisis te hanteer en sodoende stabiliteit binne die familie-

eenheid te herstel (Wesson, 1997:113). Sommige hanteringsreaksies van familieledede sluit volgens Twibell (1998:101) die volgende in, naamlik:

- Konfronterende en optimistiese hanteringsreaksies.
- Meer gefokusde hanteringsreaksies.
- 'n Verhoogde gebruik van alkohol, sigarette en medikasie, asook om te praat, te eet en swak te slaap.

In die intensiewesorg-eenheid is dit vir verpleegkundiges belangrik om die familie van kritieksiek-pasiënte te ondersteun (Abels, 1979:18) en word dit as praktyk beskou om die behoeftes van familieledede te herken en te bevredig, aangesien hulle 'n integrale deel vorm van die versorging wat verleen word. Gebrek aan die identifisering en bevrediging van sodanige behoeftes kan nadelig wees vir die onderlinge verhoudings tussen familieledede en gesondheidsorgpersoneel, asook vir pasiënt-versorging (Gelling & Prevost, 1999:53). Dit mag tot verhoogde angstigtheid, gebrekkige begrip en wantroue aanleiding gee (Bellinger & Lynn-McHale, 1988:447). Volgens Asiain, *et al.* (1997:14) is dit egter moeilik om 'n balans tussen die fisiologiese, emosionele en geestelike behoeftes van die pasiënt en die hele familie te handhaaf.

2.3 Behoeftes van familieledede

Die nuus dat 'n familielid in die intensiewesorg-eenheid opgeneem moet word het altyd 'n onmiddellike impak op die familie (Beatty & De Jong, 2000:40). Die ems en onsekerheid van die pasiënt se siekte kan oorweldigende stres by die familie veroorsaak (Abels, 1979:18; Dear, *et al.*, 1981:481; Cohen, *et al.*, 1991:174; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993:79; McQuay, 1995:541; Breu, *et al.*, 1996:67; Leske, 2000:238; Tesh & Van Horn, 2000:40; Palazzo, 2001:84). 'n Krisis plaas ongelooflike druk op die familie-eenheid, soms selfs meer as wat die familie kan hanteer (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993:79). In hierdie kritieke tydperk is effektiewe beplanning en begrip vir die familie se behoeftes van die uiterste belang (Bott, *et al.*, 1996:467) aangesien die mate waarin familieledede die pasiënt se herstel sal beïnvloed deur hul effektiewe hantering van die krisis bepaal word (Bellinger & Lynn-McHale, 1988:447).

Leske (1998:92) beweer dat enige siektetoestand wat ernstig is en tot opname in die intensiewesorg-eenheid lei, noodwendig angs binne die familie-sisteem sal veroorsaak. Uit meeste studies (Molter, 1979:332-339; Hayes, 1990:25-29; Bott, *et al.*, 1996:467-474) blyk dit dat angs die grootste faktor is wat in die pad van totale

familie-betrokkenheid in die intensiewesorg-eenheid staan, omdat dit verhoed dat behoeftes bevredig word. Vanweë die stresvolle aard van die situasie is dit vir familieledede moeilike om nuwe, onbekende inligting te leer en te probeer gebruik (http://www.icu-usa.com/tour/waiting_room.html). Angs by familieledede kan egter merkbaar verminder word indien familieledede aangemoedig word om gevoelens en bekommernisse uit te druk, en voortdurend inligting ontvang (Wesson, 1997:113).

Die hospitalisasie van 'n kritieksiek-pasiënt kan gevoelens van kwesbaarheid, onsekerheid, intense emosies en fisieke swakheid by familieledede veroorsaak (Cohen, *et al.*, 1991:177). Angs, asook ander emosies, veroorsaak dat pasiënte wat kritieksiek is se familieledede behoeftes volgens vyf dimensies het: om versekering of *gerusstelling* te ontvang dat daar hoop is op verbetering; om *naby(heid)* die pasiënt te wees en sodoende die familie-verhoudings te behou; om *inligting* te ontvang en sodoende angs en spanning te verminder; om fisiek *gemaklik* en ontspanne te wees; en om *ondersteuning* te ontvang (Bombei, *et al.*, 1995:375; Leske, 1998:92-94).

Hosack en Rocchio (1995:59) het bevind dat familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid mag baat deur:

- 'n Onmiddellike en vriendelike verduideliking van die pasiënt se toestand te ontvang.
- Die kans gegun te word om mediese toerusting en mediese verslae te sien en te verstaan.
- Die personeel wat betrokke is by die pasiënt se versorging te ontmoet en elkeen se betrokkenheid te verstaan.
- Inligting en kennis (feite) omtrent die pasiënt se toestand te ontvang.
- Mediese versekeringsadvies te ontvang.
- Inligting rakende oornagverblyf en vervoer te ontvang.

Die meeste studies (Hosack & Rocchio, 1995:57-65; Bott, *et al.*, 1996:467-474; Gelling & Prevost, 1999:53-58) dui ook aan dat wanneer families aanvanklike en deurlopende, omvattende inligting ontvang, angs verminder en ruimte vir familie-betrokkenheid en deelname aan pasiënt-versorging geskep word.

Vanweë die ernstige en onstabiele toestand van die pasiënt is die gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid dikwels geneig om hul energie daarop te fokus om lewens te red: die pasiënt en tegnologie word noukeurig

waargeneem, geobserveer en gemonitor vir moontlike komplikasies. Ten spyte daarvan dat die bedoeling om ondersteuning aan die familie te gee moontlik teenwoordig is, is die realiteit dat die behoeftes van familielede dikwels geïgnoreer of vergeet word. As gevolg van die gereelde interaksie van verpleegkundiges en dokters met die pasiënt en sy/haar familielede, is gesondheidsorgpersoneel egter in 'n baie goeie posisie om familielede te help om hul behoeftes te bevredig (Cohen, *et al.*, 1991:174; Bijttebier, *et al.*, 2001:160).

Om die familielede by te staan moet gesondheidsorgpersoneel tussentredes identifiseer en koördineer. Dit is slegs moontlik wanneer die familielede se behoeftes akkuraat geïdentifiseer word. Die probleem is egter dat baie gesondheidsorgpersoneellede nie ten volle van familielede se behoeftes bewus is nie en dat behoeftes wat deur middel van navorsing geïdentifiseer is, nie altyd ooreenstem met wat in die praktyk waargeneem is nie. Dokters en verpleegkundiges voorsien gereeld verpleegtussentredes aan familielede waartydens energie vermors word aangesien hulle probeer om onbelangrike behoeftes of behoeftes wat nie bestaan nie, te bevredig (Cohen, *et al.*, 1991:174; Bijttebier, *et al.*, 2001:160-161). Dit is daarom belangrik om deur middel van deeglike navorsing riglyne aan die gesondheidsorgpersoneel te gee waarin aangedui word watter behoeftes deur familielede ervaar word en wat die beste metode sal wees om dié behoeftes te bevredig.

Soos reeds gemeld het verskeie studies oor die behoeftes en bekommernisse van familielede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid van Molter se "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) gebruik gemaak. Molter (1979), Ganas, Hying, Kirsch, Koch en Spatt (1986) en Bijttebier, *et al.* (2001) het met behulp van die CCFNI die behoeftes van familielede van kritieksiek-pasiënte bestudeer. Bijttebier, *et al.* (2001) het dié instrument aan drie groepe gegee: familielede, dokters en verpleegkundiges, terwyl Molter (1979) en Ganas, *et al.* (1986) die instrument slegs aan familielede gegee het. Die groepe moes 45 behoeftes volgens 'n skaal van een (onbelangrik) tot vier (baie belangrik) evalueer.

Soos Leske (1998:92) aangedui het verteenwoordig die CCFNI vyf dimensies, naamlik:

- I – "Information" (Inligting)
- A – "Assurance" (Gerusstelling)

- P – “Proximity” (Nabyheid)
- C – “Comfort” (Gemak)
- S – “Support” (Ondersteuning)

Tabel 2.1 is 'n vergelyking wat deur die navorser tussen die studies van Molter (1979), Ganas, *et al.* (1986) en Bijttebier, *et al.* (2001) getref is en die bewoording is vanuit Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studie verkry. Die eerste kolom verteenwoordig die tipe dimensie volgens Leske (1998:92) waaraan die behoefte behoort en die itemnommer verwys na die posisie van die behoefte op die vraelys. In die tweede kolom is die onderskeie behoeftes, soos dit in Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studie voorgekom het, uiteengesit. Die behoeftes is nie in Afrikaans vertaal nie om sodoende die korrekte weergawe van die bewoording te gee. Die laaste kolomme bevat 'n vergelyking wat tussen die resultate van die drie studies getref is. Die resultate van Molter (1979:334), Ganas, *et al.* (1986:19) en Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studies is gebruik en die resultate van die familieledede van Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studie is as riglyn gebruik (in rooi gedruk). Die eerste tien belangrikste behoeftes wat in die ander studies verkry is, is ook in rooi gedruk.

Tabel 2.1: Vergelyking van drie studies wat van die CCFNI gebruik gemaak het

| Dimensie en itemnommer | Behoeftes | Molter (1979) | Ganas <i>et al.</i> (1986) | Bijttebier, <i>et al.</i> (2001) | | |
|--------------------------------|---|---------------|----------------------------|----------------------------------|--------|-----------------|
| | | | | Familie | Dokter | Verpleegkundige |
| I ¹ .5 ² | Have questions answered honestly. | 6 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| I.17 | Be assured that the best possible care is being given. | 13 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| I.1 | Know the expected outcome. | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 |
| S.35 | Understandable explanations being given. | 9 | 11 | 4 | 1 | 1 |
| I.40 | Be called at home about changes in the patient's condition. | 4 | 9 | 5 | 11 | 11 |
| I.43 | Know specific facts concerning the patient's progress. | 7 | 3 | 6 | 6 | 7 |
| I.42 | Feel that the hospital personnel care about the patient. | 2 | 7 | 7 | 3 | 4 |
| I.13 | Know why things were done for the patient. | 14 | 10 | 8 | 13 | 12 |
| I.41 | Receive information once a day. | 8 | 12 | 9 | 10 | 6 |
| I.39 | Be told about transfer plans. | 19 | 14 | 10 | 17 | 15 |
| I.19 | Know exactly what is being done for the patient. | 15 | 13 | 11 | 21 | 14 |
| I.16 | Know how the patient is being treated medically. | 17 | 6 | 12 | 19 | 18 |
| A.14 | Feel there is hope. | 1 | 5 | 13 | 7 | 9 |
| A.44 | See the patient frequently. | 10 | 8 | 14 | 25 | 24 |
| I.4 | Have a specific person to call at the hospital. | 34 | 20 | 15 | 9 | 17 |
| A.25 | Talk about the possibility of the patient's death. | 28 | 19 | 16 | 8 | 10 |
| P.3 | Talk to the doctor every day. | 26 | 29 | 17 | 13 | 15 |
| A.28 | Be assured it is "okay" to leave the hospital for a while. | 20 | 27 | 18 | 23 | 20 |
| I.29 | Talk to the same nurse every day. | 32 | 35 | 19 | 30 | 27 |
| P.6 | Have visiting hours changed for special conditions. | 43 | 18 | 20 | 15 | 8 |
| I.11 | Know which staff could give what information. | 31 | 21 | 21 | 27 | 30 |
| A.9 | Have directions as to what to do at the patient's bedside. | 30 | 23 | 22 | 31 | 28 |
| A.21 | Feel accepted by hospital staff. | 11 | 16 | 23 | 14 | 21 |

¹ Letter verwys na Leske (1998:92) se vyf dimensies: I (Information), A (Assurance), P (Proximity), C (Comfort) en S (Support)

² Itemnommer verwys na die posisie van die behoefte op die vraelys

| Dimensie en item-nummer | Behoeftte | Molter (1979) | Ganas et al. (1986) | Bijttebier, et al. (2001) | | |
|-------------------------|---|---------------|---------------------|---------------------------|--------|-----------------|
| | | | | Familie | Dokter | Verpleegkundige |
| C.36 | Have visiting hours start on time. | 27 | 36 | 24 | 18 | 13 |
| P.15 | Know about types of staff taking care of the patient. | 33 | 15 | 25 | 26 | 32 |
| P.2 | Have explanations of the environment before going into the intensive care unit. | 23 | 25 | 26 | 29 | 29 |
| S.12 | Have friends nearby for support. | 18 | 28 | 27 | 16 | 16 |
| S.31 | Be told about other people that could help. | 36 | 41 | 28 | 28 | 26 |
| S.27 | Have someone be concerned with your health. | 37 | 26 | 29 | 35 | 35 |
| S.34 | Be told about someone to help with family problems. | 40 | 40 | 30 | 20 | 25 |
| A.7 | Talk about feelings about what has happened. | 45 | 42 | 31 | 24 | 22 |
| C.23 | Have telephone near waiting room. | 22 | 17 | 32 | 32 | 31 |
| P.10 | Visit at any time. | 21 | 34 | 33 | 40 | 41 |
| C.32 | Have bathroom near waiting room. | 12 | 32 | 34 | 36 | 33 |
| S.26 | Have another person with you when visiting the intensive care unit. | 42 | 39 | 35 | 38 | 39 |
| P.38 | Help with patient's physical care. | 29 | 33 | 36 | 45 | 45 |
| S.22 | Have someone to help with financial problems. | 44 | 37 | 37 | 22 | 23 |
| C.45 | Have a waiting room near the patient. | 3 | 24 | 38 | 42 | 40 |
| S.33 | Be alone at any time. | 39 | 45 | 39 | 39 | 36 |
| C.18 | Have a place to be alone while in the hospital. | 38 | 43 | 40 | 37 | 37 |
| C.24 | Have pastor visit. | 25 | 22 | 41 | 33 | 34 |
| C.37 | Be told about chaplain services. | 35 | 31 | 42 | 34 | 38 |
| C.8 | Have good food available in the hospital. | 24 | 30 | 43 | 43 | 44 |
| C.20 | Have comfortable furniture in the waiting room. | 16 | 38 | 44 | 41 | 43 |
| S.30 | Feel it is alright to cry. | 41 | 44 | 45 | 44 | 42 |

Alhoewel daar in Molter (1979:338) se studie bevind is dat die behoefte aan hoop (gerusstelling) as die belangrikste universele behoefte geïdentifiseer is (Carroll & Gavaghan, 2002:65), is die behoefte aan inligting as tweede, vierde en vyfde belangrikste behoefte beskou (Molter, 1979:334; Reider, 1994:275; Coyle, 2000:46). In Ganas, *et al.* (1986:19) se studie is die eerste vier belangrikste behoeftes as die behoefte aan inligting beskou. In Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studie is die eerste drie belangrikste behoeftes as die behoefte aan inligting beskou. 'n Studie wat deur Prowse (1984:311) gedoen is het bevind dat familieledede se belangrikste behoeftes was om eerlike en verstaanbare inligting oor die pasiënt se behandeling en prognose te ontvang, en om te weet dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee. In Grove en O'Neill Norris (1986:198) se studie is bevind dat eerlike inligting, 'n houding van omgee en om hoop te hê vir familieledede van die belangrikste behoeftes was. Daar kan dus afgelei word dat alhoewel die behoefte aan inligting die belangrikste behoefte is wat deur familieledede ervaar word, ander behoeftes ook as belangrik beskou moet word.

In Bijttebier, *et al.* (2001:164) se studie is die vraelyste ook aan dokters en verpleegkundiges gegee om te evalueer en Tabel 2.2 dui aan hoe die vyf dimensies volgens belangrikheid geëvalueer is. Inligting ("information") is deur al drie groepe as die belangrikste behoefte beskou. Daarna word gerusstelling ("assurance") deur al drie groepe ondersteun. Familieledede het nabyheid ("proximity") as derde belangrik beskou terwyl dokters en verpleegkundiges aangetoon het dat die behoefte aan ondersteuning ("support") belangriker is. Gemak ("comfort") is deur al die groepe as die onbelangrikste behoefte beskou.

Tabel 2.2: Belangrikheid van dimensies van behoeftes (Bijttebier, *et al.*, 2001:164)

| Behoefte | Familie | Dokter | Verpleegkundige |
|-----------------------------|---------|--------|-----------------|
| "Information" (Inligting) | 1 | 1 | 1 |
| "Assurance" (Gerusstelling) | 2 | 2 | 2 |
| "Proximity" (Nabyheid) | 3 | 4 | 4 |
| "Support" (Ondersteuning) | 4 | 3 | 3 |
| "Comfort" (Gemak) | 5 | 5 | 5 |

In Bijttebier, *et al.* (2001:165) se studie het dit sterk na vore gekom dat daar 'n mate van eendersheid tussen die groepe, wat behoeftes aanbetref, bestaan. Dokters en verpleegkundiges se evaluasie van behoeftes het nie baie van mekaar verskil nie,

maar wat opvallend is, is dat dit merkwaardig van die evaluasie van familieledede verskil het. Dit dui 'n "onderskatting" van die behoeftes van familieledede deur die gesondheidsorgpersoneel aan. Hierdie onderskatting kom ook in 'n effens groter mate by dokters as by verpleegkundiges voor. Aangesien verpleegkundiges meer betrokke is by die pasiënte en hul familie as dokters, is verpleegkundiges dus 'n belangrike bron van inligting vir dokters met betrekking tot presies watter behoeftes die familie ervaar (Bombei, *et al.*, 1995:375).

Hickey het in 1990 agt studies bestudeer wat gebruik gemaak het van die CCFNI. Na aanleiding van dié studie is die behoefte aan inligting, volgens familieledede, as die belangrikste behoefte beskou (Bott, *et al.*, 1996:467). Daarna word die behoeftes aan gerusstelling en gemak genoem. Na aanleiding van Coulter se studie (1988) soos in Bott, *et al.* (1996:468) is die skok met opname in die intensiewesorg-eenheid en die behoefte aan kennis van die siekte of mediese toestand baie belangrik. Daarna volg die behoefte aan hanteringsmeganismes, die behoefte aan inligting, die behoefte aan sosiale ondersteuning, die behoefte aan persoonlike bevrediging en die behoefte aan hoop.

Gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid moet ten volle daarvan bewus wees dat die behandeling van die pasiënt en die hantering van die familie in die eerste paar ure, dae en weke die grondslag sal lê vir toekomstige verhoudinge, veral met die oog op rehabilitasie (Hosack & Rocchio, 1995:58). Hulle moet die behoeftes van familieledede akkuraat identifiseer om dit sodoende optimaal te kan bevredig en kan deur middel van akkurate opmerking, bespreking en evaluasie van familieledede se behoeftes, nuwe praktyke implementeer. Buigsame besoekure en meer gereelde verpleegkundiges en dokters wat familieledede van akkurate, in-diepte inligting kan voorsien is voorbeelde van praktyke wat geïmplementeer kan word (Bijttebier, *et al.*, 2001:165).

2.4 Inligting ("Information")

Gedragsreaksies van familieledede op hospitalisasie

Sodra 'n familielid in die intensiewesorg-eenheid opgeneem word, word die familie in 'n krisissituasie gedompel. Tydens dié aanvanklike krisissituasie is familieledede bang, onseker, geskok en besluiteloos (Bijttebier, *et al.*, 2001:163) en hulle ervaar reaksies wat gekenmerk word deur ongeloof, disorganisasie en angs (Ganas, *et al.*, 1986:16). Die vooruitsig van dood, gestremdheid, blootstelling aan die intensiewesorg-eenheid,

operasie(s), mediese toerusting, personeel en onverstaanbare terminologie is vir familieledede 'n ondraaglike ondervinding (Hosack & Rocchio, 1995:58). 'n Warboel emosies en gedagtes word ervaar wat dit vir familieledede onmoontlik maak om rustig te word en die situasie te verstaan (Bijttebier, *et al.*, 2001:163).

Volgens Bott, *et al.* (1996:471) gaan familieledede deur 'n aanvanklike *stadium van onsekerheid en besluiteloosheid* (kyk Tabel 2.3) voordat hulle die pasiënt vir die eerste keer in die intensiewesorg-eenheid kan sien en voordat hulle beseft wat die diagnose en/of die uitslag van die operasie is. Die prognose is ook in hierdie stadium onbekend. Familieledede is verwyderd van hulle normale alledaagse lewens en in 'n vreemde omgewing geplaas. Hulle is vervreemd van hul geliefde en onseker oor wie hulle kan nader vir inligting en watter vrae hulle kan vra, watter inligting hulle gegee kan word en hoe hulle moet optree. "Disekwilibrium" beskryf dié stadium. Gewoonlik is familieledede nie bewus daarvan dat hulle wel behoeftes ervaar nie.

Hanteringsmeganismes van familieledede in die krisissituasie

Familieledede poog om met behulp van 'n verskeidenheid van hanteringsmeganismes die homeostase in die familie-eenheid te handhaaf en om by die krisissituasie aan te pas. Minder angstige familieledede sal noodwendig oor beter ontwikkelde hanteringsmeganismes beskik (Reider, 1994:275). Een hanteringsmeganisme wat deur familieledede gebruik word, is die versameling van inligting om hulle te help om hulle voor te berei op die onverwagte en reflekteer die familie se begeerte om perspektief oor die pasiënt se toestand te kry (Bijttebier, *et al.*, 2001:163). Die gee van inligting aan die familie veroorsaak dat die familie begrip vir die pasiënt se siektetoestand het en laat die familie 'n groter mate van beheer uitoefen. Die negatiewe emosies wat aan die krisissituasie gekoppel is, word ook verminder (Carroll & Gavaghan, 2002:69).

Wanneer familieledede se behoeftes aan inligting bevredig is, word 'n fondasie gelê om die familieledede met besluitneming te help. *Sodra ingeligte besluite geneem kan word, word angstigheid verminder en selfbeheersing bevorder.* Dit is belangrik dat familieledede in beheer van die situasie moet wees. Ten spyte van die voor die hand liggende belangrikheid van inligting, is in Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studie bevind dat dit die behoefte is wat die swakste bevredig word.

Tabel 2.3: Model van families se ervarings in die intensiewesorg-eenheid (Bott, *et al.*, 1996:470)

| | Individueel | Organisasie |
|--|---|--|
| Stadium van onsekerheid en besluiteloosheid - "Hovering" | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Bepaal die behoeftes vir inligting aangaande die pasiënt se status en voorsien inligting op 'n gereelde basis. ◦ Oriënteer die familie ten opsigte van die intensiewesorg-eenheid-omgewing en vasgestelde roetines. ◦ Bepaal wat die familie se vorige ervaring/ondervinding van die intensiewesorg-eenheid is. ◦ Voorsien empatie en tree as verteenwoordiger vir die familie op. | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorsien pastorale versorging en ekstra gesondheidsorgpersoneel om voortdurend inligting aangaande die pasiënt se status te voorsien. |
| Stadium van inligting inwin - "Information seeking" | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Bepaal die behoeftes vir inligting en hou die familie voortdurend op hoogte. ◦ Betrek die familie sodra ontslag beplan word. | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorsien 'n kennisgewingbord vir inligting en hou die familie op hoogte van die pasiënt se toestand. ◦ Voorsien 'n geskrewe inligtingstuk en gee dit aan alle familielede. ◦ Gereelde besoekure. |
| Stadium van rigting soek en moontlik vind (organisasie) - "Tracking" | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorsien basiese asook gespesialiseerde verpleegsorg en behandel die familie en pasiënt met respek. ◦ Handhaaf buigsame en oop kommunikasie. ◦ Verseker deurlopende versorging. | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorsien privaatheid deur strukturele veranderinge in die intensiewesorg-eenheid-omgewing. ◦ Voorsien indiensopleiding sodat kennis en standaard van versorging gehandhaaf word. |
| Stadium van hulp- en ondersteuningsbronne inwin - "Garnering resources" | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorsien individuele en buigsame besoeke. ◦ Voorsien oop en eerlike kommunikasie. ◦ Bespreek aspekte van die pasiënt se behandeling en ontslagplanne met die familie. ◦ Laat die familie toe om te help met basiese (nie-gespesialiseerde) versorging. | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Verseker dat daar vloeistof en voedsel in die wagkamer beskikbaar is. ◦ Verseker dat die wagkamer gemaklik is en dat daar afleidings-aktiwiteite beskikbaar is. ◦ Verseker dat telefone in die wagkamer beskikbaar is. ◦ Verseker dat areas waar die familielid alleen kan wees, beskikbaar is. |

Die belangrikheid van inligting

Soos familieledede uit die aanvanklike stadium van onsekerheid en besluiteloosheid beweeg, begin die aktiewe proses om *inligting aangaande die pasiënt se status te versamel* (kyk Tabel 2.3). In Bott, *et al.* (1996:471) se studie is bevind dat die versameling van inligting tweedoelig is. Eerstens word familieledede gehelp om uit die aanvanklike stadium van **disekwilibrium** te beweeg. Dit beteken dat, indien familieledede onvoldoende inligting ontvang, hulle langer in die stadium van onsekerheid en besluiteloosheid sal bly. Tweedens word inligtingsoeke ook gebruik om die **pasiënt se vordering** vas te stel. Soos familieledede dieper in hierdie stadium beweeg, word hulle behoeftes aan sekere inligting meer gefokus.

In 'n situasie waar familieledede geïsoleerd van die pasiënt voel, sal inligting 'n mate van beheer gee en die angs wat hulle mag ervaar, verminder. Inligting en kommunikasie is wyses waarop die familie die pasiënt se siektetoestand meer akkuraat kan begryp. Indien familieledede se persepsies van die pasiënt se siektetoestand realisties is, sal hulle **effektiewe hanteringsmeganismes** wat die ekwilibrium en funksionaliteit binne die familie-eenheid herwin, kan gebruik (Breu, *et al.*, 1996:70).

Volgens Abels (1986:30) is dit belangrik om inligting te gee aangesien onvoldoende kennis angs veroorsaak. Reider (1994:272-273) beweer dat dit nie altyd moontlik is om inligting aan baie angstige familieledede te gee nie aangesien hulle gebrekkige begrip toon en die inligting nie later kan onthou/gebruik nie. Dit mag dus noodsaaklik wees om eers die familie se mate van angstigheid te evalueer (angstigtheid kan geëvalueer word deur familieledede te vra om op 'n skaal van een tot tien hul mate van angstigheid te meet) voordat inligting gegee word. Tydens 'n angsvolle situasie is familieledede se waarnemingsvermoëns gestrem en dit mag nodig wees om verduidelikings en inligting aan familieledede te **herhaal** (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993:84).

Die effektiëfste stadiums om inligting aan familieledede te gee

Dit is uiters belangrik dat die gesondheidsorgpersoneel verstaanbare en akkurate inligting op die regte tyd aan familieledede gee (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993:84), aangesien familieledede wat onmiddellik inligting en versorging ontvang en dwarsdeur die herstelproses bygestaan word, waarskynlik meer ontvanklik sal wees tydens die rehabilitasieproses en 'n groter mate van vertroue in die gesondheidsorgpersoneel sal toon (Hosack & Rocchio, 1995:58).

Aangesien meeste familieledede die behoefte aan inligting as die belangrikste behoefte beskou (Ganas, *et al.*, 1986:19; Bott, *et al.*, 1996:467; Bijttebier, *et al.*, 2001:163), is dit noodsaaklik dat familieledede **daaglikse en eerlike inligting** rakende die pasiënt ontvang (Antonioni, *et al.*, 1990:77; Hickey, 1990:414). Die voor die hand liggende oplossing is om die familie van 'n **inligtingstuk/inligtingspamflet** te voorsien.

Voor-toelatingsonderrig

Die doel van 'n inligtingstuk/inligtingspamflet is om moontlik reeds voor die pasiënt se opname in die intensiewesorg-eenheid, een van die belangrikste behoeftes van die familieledede en die pasiënte te bevredig. Volgens Hayes (1990:26) is dit uiters belangrik dat familieledede inligting ontvang **voor hul eerste besoek** aan die pasiënt. Lepczyk, Raleigh en Rowley (1990) in Harrison en McGaughey (1994:273) het egter voorgestel dat dit moontlik meer koste-effektief sal wees om inligtingstukke/inligtingspamflette aan pasiënte en hul families te pos voor hul toelating in die intensiewesorg-eenheid (voor-toelatingsonderrig). Navorsing deur Lepczyk, *et al.* (1990) het egter gewys dat voor-toelatingsonderrig nie 'n merkwaardige verskil aan die kennis of angstigheids van pasiënte en familieledede in vergelyking met post-toelatingsonderrig maak nie.

Noodgeval

Indien 'n kritieksiek-pasiënt as 'n noodgeval opgeneem word, moet die inligtingstuk/inligtingspamflet steeds aan familieledede gegee word. Die doel is dat ten spyte van die kritieke aard van die situasie en die angs wat familieledede mag ervaar, die inligtingstuk/inligtingspamflet steeds meeste van hul behoeftes aan inligting sal bevredig en enige vrese rakende die intensiewesorg-omgewing en die hospitaal sal verminder. Voortdurende navorsing in dié area is egter nodig om te verseker dat familieledede en pasiënte se behoeftes aan inligting **voortdurend bevredig** word (Harrison & McGaughey, 1994:276).

Met toelating

Volgens Goulter (1989) en Hayes (1990) soos in Harrison en McGaughey (1994:273) en Bickerton, Doucette, Harkness, Lindsay, Morin en Sherrard (1997:459) moet geskrewe én mondelingse inligting aan pasiënte en familieledede **met toelating** in die intensiewesorg-eenheid voorsien word. Wanneer die familie ingelig is ten opsigte van onsekerhede en onduidelikhede, word angs verminder. 'n Rustige emosionele omgewing word geskep waarin die verpleegkundige kan funksioneer om kwaliteit-verpleegsorg te lewer (Hayes, 1990:26).

Die wyses waarop inligting gefasiliteer word

Dit is reeds bevind dat die behoefte aan inligting die belangrikste behoefte van familieledede van kritieksiek-pasiënte is ongeag die pasiënt se diagnose of lengte van verblyf in die intensiewesorg-eenheid (Ganas, *et al.*, 1986:19; Bott, *et al.*, 1996:467; Harvey & Jastremski, 1998:105; Bijttebier, *et al.*, 2001:163). Daar is bevind dat die implementering van **oop besoekure** (word bespreek onder punt 2.6 Nabyheid), die bekendstelling van 'n **inligtingstuk/inligtingspamflet, inligtingsessie** en/of **kennisgewingbord** belangrike metodes is om dié behoefte te bevredig (Bombei, *et al.*, 1995:378; Harvey & Jastremski, 1998:105).

Omvattende, geskrewe inligtingstuk

Vanweë die feit dat familieledede se waarnemingsvermoëns as gevolg van die kritieke aard van die situasie verswak mag wees, is dit belangrik om 'n **geskrewe inligtingstuk** aan familieledede te voorsien wat nageslaan kan word en te alle tye beskikbaar is (Ganas, *et al.*, 1986:16). Hierdie inligtingstuk moet die inligting in **eenvoudige en verstaanbare terme** gee (Antonioni, *et al.*, 1990:77).

Na aanleiding van Ley se literatuurstudie in 1988 (Harrison & McGaughey, 1994:272) oor kommunikasie met pasiënte en familieledede is die afleiding gemaak dat die gee van inligting oneffektief is omdat pasiënte en familieledede nie altyd onthou of verstaan wat aan hulle vertel word nie. Ley het voorgestel dat geheue en begrip verbeter kan word deur die inligting in 'n inligtingstuk te **kategoriseer, woorde en sinne te verkort**, van **herhaling** gebruik te maak en **omvattende geskrewe literatuur** te voorsien. Dit het ook na vore gekom dat pasiënte en families hoofsaaklik sal onthou wat heel eerste aan hulle vertel is en wat hulle as belangrik beskou.

Wanneer 'n inligtingstuk saamgestel word, moet die **fokusgroep** (pasiënte en familieledede) en húl behoeftes aan inligting geïdentifiseer word. Wat die pasiënt en familieledede graag wil weet moet dus aan hulle verduidelik word. Dit is belangrik om ondersoek in te stel na die behoeftes van pasiënte en familieledede in die intensiewesorg-eenheid, hetsy dit 'n algemene of meer gespesialiseerde eenheid is. Daarna kan 'n inligtingstuk beplan en gestruktureer word om aan hierdie betrokke behoeftes te voldoen. **Foto's** kan gebruik word om die inhoud te ondersteun. Dit is belangrik om die inligtingstuk uit **resente literatuur** oor pasiënte en familieledede se pre- en post-operatiewe behoeftes aan inligting op te stel en die inligtingstuk aan pasiënte en familieledede beskikbaar te stel (Harrison & McGaughey, 1994:274-275).

Mondelingste inligtingsessie ("familievergadering")

Daar is ook bevind dat die gee van 'n inligtingstuk (konkrete inligting) in kombinasie met 'n **mondelingse "familievergadering"** definitief angsvlakke by familieledede verminder (Bombei, *et al.*, 1995:378; Harvey & Jastremski, 1998:105-106). Volgens Abels (1986:30) kan hierdie inligtingsessies **vooruit-geskeduleer** word, byvoorbeeld weekliks. Die ideaal is dat hierdie sessies deur 'n verteenwoordiger van die gesondheidsorgspan asook 'n maatskaplike werk(st)er of predikant bygewoon word. Saam kan die familie se behoeftes aan inligting en emosionele ondersteuning bevredig word en kan ander behoeftes geïdentifiseer word. Die familievergadering kan ook gebruik word om empatiese begrip aan 'n ontstelde familie te toon deur die familie toe te laat om hul ervarings en gevoelens te verbaliseer. Indien die hele familie nie teenwoordig kan wees nie, is dit belangrik om 'n familie-verteenwoordiger wat met die gesondheidsorgpersoneel kan kommunikeer, aan te stel. Sodoende is daar slegs een bron van inligting aan die familieledede, en dit bied die geleentheid dat 'n vertrouensverhouding tussen die gesondheidsorgpersoneel en die familie-verteendiger kan ontwikkel (http://www.icu-usa.com/tour/waiting_room.html).

Die ideaal is om 'n inligtingstuk voor toelating aan die familieledede en pasiënt te gee. Dit gee hulle die geleentheid om die inligting te lees voor die verpleegkundige se mondelingse inligtingsessie en sodoende kan hulle **aktief betrokke** wees by 'n mondelingse pre-operatiewe onderrigsituasie. Die inhoud van die inligtingstuk voorsien ook 'n **gestruktureerde raamwerk** waarop pre-operatiewe onderrig gebaseer kan word. Die inligtingstuk word nie ontwikkel om die mondelingse pre-operatiewe inligtingsessie en pre-operatiewe besoeke te vervang nie, maar dit voorsien 'n basis indien die verpleegkundige nie tyd kry om die inligtingsessie te voltooi nie (Harrison & McGaughey, 1994:274-275; Bombei, *et al.*, 1995:378; Bickerton, *et al.*, 1997:459).

Aangesien die pre-operatiewe inligtingsessie soms so tydrowend is, het Johnston (1989) in Harrison en McGaughey (1994:271) voorgestel dat 'n strategie vir pre-operatiewe onderrig by die hospitaal se **ekonomiese klimaat** en die **lengte van die pasiënt se verblyf** in die hospitaal aangepas moet word. Nightingale (1988) in Harrison en McGaughey (1994:273) het die "ideale" konsep van pre-operatiewe besoek bevestig en voorgestel dat veranderinge beplan moet word om by die "realiteit van daaglikse eise" aan te pas. Verpleegkundiges moet dus die belangrikheid van pasiënt en familie-onderrig **prioritiseer**.

Volgens Ruzicki (1989) in Harrison en McGaughey (1994:273) is dit belangrik om 'n gestandaardiseerde onderrigprogram op te stel wat as raamwerk gebruik kan word. Hy het voorgestel dat: *"using good assessment practices, sticking to 'need to know' survival content, simplifying instructions, streamlining programmes, providing for practice, providing reference and resource materials, and referring patients for further education are the ingredients that will help to get the job done efficiently and effectively."*

Gestruktureerde in-diepte inligtingspraatjie

Eerder dat daar net vinnig op 'n informele wyse by die pasiënt se bed met die familie gesels word, het Bijttebier, *et al.* (2001:163) bevind dat gesondheidsorgpersoneel te alle tye tydens besoekure beskikbaar moet wees om ook **gestruktureerde in-diepte inligtingspraatjies** op 'n georganiseerde wyse met familieledede te voer.

Inligtingspamflet

Blosser en De Pompei (1995:48) stel voor dat 'n **inligtingspamflet** wat spesifieke inligting bevat en die vrae beantwoord wat gereeld gevra word, aan familieledede beskikbaar gestel word. Carroll en Gavaghan (2002:68) ondersteun hierdie voorstel aangesien die gee van 'n pamflet as 'n krisis-tussentrede vir familieledede beskou word.

Kennisgewingbord

Daar kan van 'n **kennisgewingbord** gebruik gemaak word om algemene inligting (byvoorbeeld kapeldienste, maatskaplike hulp, eetsaal) oor die hospitaal beskikbaar te stel (Bott, *et al.*, 1996:470).

Die behoefte aan inligting is deur die gee van 'n geskrewe inligtingstuk/inligtingspamflet of mondelingse inligtingsessie bevredig. Dié maniere het nie slegs kommunikasie verbeter nie, maar misverstande en onrealistiese verwagtings verminder en het die gesondheidsorgspan gehelp om definitiewe mikpunte te bereik (Harvey & Jastremski, 1998:105-106).

Die effektiwste area om inligting aan familieledede te gee

Die teenwoordigheid van te veel afleiers (visueel, geraas, gemak hulpmiddels) verminder die effektiwiteit van die inligtingsessie. Die area waar inligting gegee word, is dus belangrik. Eerder dat daar net vinnig by die pasiënt se bed (en in die pasiënt se teenwoordigheid) informeel met die familie gesels word, is dit noodsaaklik om

eerder 'n **privaat-wagkamer** vir familiekonsultasies, as 'n publieke area, soos die hospitaalgang of algemene wagarea, te gebruik (Amick, *et al.*, 1988:35).

Die komponente waaruit inligting bestaan

Die hospitaal en intensiewesorg-eenheid

Die volgende voorstelle word deur Abels (1986:30), Hickey (1990:414) en Breu, *et al.* (1996:70) gemaak, naamlik:

- Geskrewe inligting rakende sekere **praktyke en dienste** binne die hospitaal en die intensiewesorg-eenheid wat aan die familie beskikbaar is.
- **Verduidelikings** oor die hospitaal en intensiewesorg-eenheid as onbekende omgewings. Dié inligting kan deur die familie gelees word wanneer hulle emosioneel en kognitief daartoe in staat is.

Die pasiënt

Die volgende voorstelle word deur Burrell en Burrell (1977:386), Abels (1986:30), Breu, *et al.* (1996:70) en Bijttebier, *et al.* (2001:163) gemaak, naamlik:

- Inligting dat die pasiënt se **persoonlike besittings beperk** moet word (behalwe badkamerbenodigdhede) aangesien daar beperkte spasie in die intensiewesorg-eenheid beskikbaar is.
- **Versekering** dat die pasiënt die beste moontlike versorging van die gesondheidsorgpersoneel ontvang. Hierdeur kan die familie ook gehelp word om emosionele en fisieke ondersteuning aan die pasiënt te voorsien.
- Die pasiënt se **prognose**, goed of sleg.
- Die **mediese behandeling** wat die pasiënt ontvang, **toestand en vordering, moontlike prosedures en terapie, oorplasingplanne** (http://www.hsc.mb.ca/nursingpractice/May_02.htm), **verpleegtussentredes** wat geïmplementeer word en waarom die tussentredes uitgevoer word.

Die voorstelle wat Blosser en De Pompei (1995:50) ten opsigte van pasiënt-inligting maak, stem baie met die voorafgaande ooreen. Hulle stel voor dat inligting oor die volgende moet beskik, naamlik:

- **Aanvanklike, akkurate en duidelike** inligting omtrent die pasiënt se **toestand**.
- Deurlopende (**daaglikse**) inligting omtrent die **mediese aspekte** van die pasiënt se toestand.
- Stadiums van **fisieke en emosionele vooruitgang en agteruitgang** wat verwag kan word.

- Potensiële impak wat die pasiënt se toestand op sy **kognitiewe, kommunikasie, fisieke en emosionele vaardighede** kan hê.
- Inligting omtrent die **prosedures** wat uitgevoer word.

Béphage (2000:29) stel voor dat die behoefte aan inligting bevredig kan word indien die verpleegkundige aktief na familieledede luister en probleemkonsepte, wat moontlik angas veroorsaak, vanuit hul perspektief identifiseer. Byvoorbeeld:

- **Hoop** op herstel (prognose).
- **Lengte van verblyf** in die intensiewesorg-eenheid.
- Doel en funksie van **toerusting**.
- Veranderende **fisiologiese toestand** (verwagte vooruitgang of agteruitgang).
- Moontlike veranderings in **behandeling**.
- Moontlike **prosedures**.
- **Rasionaal** vir spesifieke gespesialiseerde tussentredes, byvoorbeeld parenterale voeding, intraveneuse medikasie toediening, die monitor van sentraal veneuse drukke en homodialise.

Die familie

Die volgende voorstelle word deur Burrell en Burrell (1977:386), Abels (1986:30), Blosser en De Pompei (1995:50), Béphage (2000:29) en Bijttebier, *et al.* (2001:163) gemaak, naamlik:

- Die versekering dat familieledede onmiddellik by die **huis gekontak** sal word indien enige verandering in die pasiënt se toestand intree.
- **Voorstelle** rakende die familie se versorging en bevrediging van behoeftes.
- Inligting omtrent **ondersteuningsmeganismes** (finansiële hulp) en die beskikbaarheid van 'n **maatskaplike werk(st)er en tye** wanneer die personeel beskikbaar is.
- **Voeding** (die beskikbaarheid van 'n **eetsaal en tye** van etes) en **oornagverblyf** vir familieledede.
- **Besoekure** wat buigsaam is en by spesiale omstandighede kan aanpas, asook die **aantal persone** wat per keer mag besoek aangesien sommige intensiewesorg-eenhede slegs 'n beperkte aantal persone toelaat.
- Die beskikbaarheid van 'n **wagarea**.
- Die beskikbaarheid van 'n **kapel en tye** van kapeldienste. Dit mag nodig wees om die predikante se telefoonnommers ook beskikbaar te stel.
- Die beskikbaarheid van **publieke telefone**.

Die gesondheidsorgpersoneel

Die volgende voorstelle word deur Blosser en De Pompei (1995:50) en Bijttebier, *et al.* (2001:163) gemaak, naamlik:

- Watter lede van die **gesondheidsorgpersoneel** by die pasiënt betrokke is en die **tipe inligting** wat deur elke lid gegee kan word.
- **Kwalifikasies en bestek van praktyk** van die verpleegpersoneel wat betrokke is by die pasiënt se versorging.

Die verpleegkundige en dokter as belangrike bronne van inligting

Tussen Desember 1997 en April 1998 het Gelling en Prevost (1999:53) 'n studie in 'n neurologiese intensiewesorg-eenheid gedoen. In dié studie is dieselfde vraelys aan drie groepe gegee: familieledede, dokters en verpleegkundiges. Dertig behoeftes is uiteengesit en nadat familieledede aangetoon het hoe belangrik die betrokke behoefte was, en indien die betrokke behoefte bevredig is, moes hulle ook aandui deur wie die behoefte bevredig is. Die volgende alternatiewe is aan hulle gegee: verpleegkundige, dokter, fisioterapeut, eenheidsbestuurder, maatskaplike werk(st)er, familielid, vriend, pasiënt of iemand anders.

Uit die studie het dit na vore gekom dat al drie groepe die **verpleegkundige** as **primêr verantwoordelik** beskou om die behoeftes van die familieledede te bevredig. Die behoefte aan inligting is beskou as 'n rol wat deur beide die verpleegkundige en die **dokter** vervul moet word. Daar is egter 'n definitiewe onderskeid tussen die tipe inligting wat deur elkeen gegee moet word. Dokters is verantwoordelik vir die gee van **spesifieke inligting** terwyl verpleegkundiges verantwoordelik is vir die gee van **meer algemene inligting** (Daley, 1984:235; Hickey & Lewandowski, 1988:670; Begley, Quinn & Redmond, 1996:170; Gelling & Prevost, 1999:57).

Familieledede dui aan dat hulle gereelde (daaglikse) inligting wil ontvang, maar ook dat hulle verkies dat **een verpleegkundige** aangestel moet word om hierdie inligting oor te dra en sodoende as kontakpersoon op te tree (Béphage, 2000:30). Volgens Bott, *et al.* (1996:471) speel die verpleegkundige 'n belangrike rol aangesien haar kennis en begrip hoog aangeslaan word.

Aangesien die verpleegkundige die lid in die gesondheidsorgspan is wat grotendeels by die pasiënt betrokke is, is hulle hoofsaaklik daarvoor verantwoordelik om 'n **konstante bron van inligting** vir die familie te wees en moet te alle tye goed

voorbereid wees en oor genoegsame kennis beskik (Bombei, *et al.*, 1995:380; Bijttebier, *et al.*, 2001:163; Palazzo, 2001:83).

Béphage (2000:30) stel voor dat die **verpleegkundige se houding** te alle tye selfversekerd, kalm en professioneel moet wees en dat sy/hy 'n rustige benadering om sodoende vertrouwe by die familieledede te bewerkstellig, moet hê. Dit is belangrik dat familieledede beseft dat die tyd wat die verpleegkundige saam met hulle spandeer, belangrik en betekenisvol is. Die verpleegkundige mag direk by die familie betrokke wees, of sy kan **ander bronne koördineer** om die behoeftes van familieledede in die algemeen te bevredig (byvoorbeeld pastorale hulp, kliniese verpleegkundige spesialiste, maatskaplike dienste en ander gesondheidsorgpersoneel).

Indien verpleegkundiges nie altyd beskikbaar is nie kan "**advokate**" (tussengangers) gebruik word om inligting aan families oor te dra (Bombei, *et al.*, 1995:379; Washington, 2001:37).

Probleme met die bevrediging van die behoefte aan inligting

- In 'n beskrywende studie deur Hickey en Lewandowski (1988:670-671) is aangedui dat vier spesifieke faktore die verpleegkundige se houding teenoor die familieledede van kritieksiek-pasiënte negatief beïnvloed, naamlik:
 - **Tyd:** tyd en 'n tekort aan beskikbare tyd sal die mate van interaksie tussen verpleegkundiges en familieledede beïnvloed.
 - **Stresvlakke:** families word beskou as 'n stressor vir verpleegkundiges. Verpleegkundiges is dikwels emosioneel uitgeput en het ondersteuning nodiger as wat hulle ondersteuning aan familieledede kan gee.
 - **Kennis:** 'n tekort aan kennis oor hoe om met familieledede te werk en hulle te hanteer. Verpleegkundiges weet byvoorbeeld nie van beskikbare verblyf nie of hulle is bang dat die familie diepte patofisiologie wil weet en hulle voel nie opgewasse om die inligting te gee nie.
 - **Sekuriteit in rol:** onsekerheid oor hul vermoë en algehele vaardigheid om met familieledede te werk.
- Soos in Molter (1979:332) se studie aangedui is, bestaan die tendens moontlik steeds dat verpleegkundiges **min beskikbare tyd** het om inligting aan familieledede te gee, aangesien meeste van hul tyd en energie aan die pasiënt bestee word.
- Dit gebeur dikwels dat daar van 'n junior gesondheidsorgpersoneelid verwag word om die familieledede van noodsaaklike inligting te voorsien, omdat die meer

senior gesondheidsorgpersoneellede gewoonlik onder administratiewe- en bestuurstake toegegooi is. Dit is verkieslik dat hierdie taak deur **senior gesondheidsorgpersoneel** waargeneem moet word.

- o Die probleem wat in die praktyk waargeneem is, is dat verpleegkundiges die meeste tyd saam met familieledede spandeer terwyl die dokter slegs 'n paar oomblikke gedurende die dag aan familieledede spandeer. Die behoefte aan spesifieke inligting word dus nie ten volle bevredig nie. Dit is daarom belangrik dat die verpleegkundige te alle tye moet beseft dat sy/hy ook verantwoordelik is om spesifieke inligting aan die familieledede te gee en die dokter moet beseft dat **meer tyd ingeruim** moet word om kwaliteit tyd saam met familieledede te spandeer (Gelling & Prevost, 1999:57; Coyle, 2000:47).

Volgens Daley (1984:236), Hayes (1990:26) en Begley, *et al.* (1996:244) kan dié probleem opgelos word indien verpleegkundiges teenwoordig is wanneer die dokter met die familie gesels. Die verpleegkundige sal dan **eerstehandse kennis** van wat en hoeveel die familie van die probleem weet, hê. Dit sal die verpleegkundige in staat stel om sodanige inligting op 'n gereelde basis aan die familie te herhaal. Verpleegkundiges moet ook aangemoedig word om **familiële behoeftes te identifiseer** en dit in die **verpleegsorgplan** te inkorporeer. Daarna kan doelgerigte en betekenisvolle verpleegtussentredes om familiële behoeftes te bevredig beplan, uitgevoer en geëvalueer word (Forrester, *et al.*, 1990:660).

2.5 Gerusstelling (“Assurance”)

Die belangrikheid van gerusstelling

Die behoefte aan gerusstelling gaan saam met die bevestiging dat daar hoop is (Breu, *et al.*, 1996:69; Bijttebier, *et al.*, 2001:163) en voorsien die familie van 'n gevoel van sekuriteit en vertroue in die gesondheidsorgpersoneel (Carroll & Gavaghan, 2002:69). Dit beteken dat 'n **vertrouensverhouding** tussen die gesondheidsorgspan en die familie aangemoedig word deurdat realistiese en duidelike verwagtinge ten opsigte van die pasiënt se herstel aan die familie gestel word. Dit is baie belangrik vir familieledede om te hoop – aanvanklik mag dit net hoop op herstel wees, ongeag van die pasiënt se lewenskwaliteit. Deur die familie van deurdagte en sensitiewe inligting te voorsien, sal die gesondheidsorgspan die familie help om die pasiënt se toestand en prognose realisties te verstaan. In sommige

situasies sal die hoop op herstel dikwels in hoop op 'n rustige sterfte verander (Breu, *et al.*, 1996:69).

Deur 'n familielid met behulp van ontmoeting ("connection") en die opbou van 'n verhouding ("relationship") gerus te stel, verwys daarna dat 'n gevoel van vertroue geskep word en die familieledede ervaar die gevoel dat iemand vir hulle omgee (Breu, *et al.*, 1996:69; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999:258).

Volgens Abels (1986:11) en Bombei, *et al.* (1995:379-380) is dit egter noodsaaklik om 'n kort psigologiese evaluasie van die pasiënt en familie te maak. Die geskrewe **psigologiese verpleegsorgplan** is dan individueel-aangepas by die pasiënt en familie se omstandighede. **Terapeutiese tussentredes** word ook gebruik om die pasiënt en familie se hanteringsmeganismes te verbeter en stres te verminder.

Die wyses waarop gerusstelling gefasiliteer word

Nadat familieledede inligting ingewin het, betree hulle 'n *stadium van organisasie* (kyk Tabel 2.3) wat deur **observasie, ontleding en evaluasie** van die versorging en status van die pasiënt gekenmerk word en korreleer met die familieledede se tevredenheid met hul omgewing en die versorging wat die pasiënt ontvang.

Die volgende voorstelle word deur Bombei, *et al.* (1995:381), Bott, *et al.* (1996:471), Breu, *et al.* (1996:69), Béphage (2000:30) en Bijttebier, *et al.* (2001:163) gemaak, naamlik:

- **Visuele versekering** van die pasiënt se status word voorsien deurdat familieledede die pasiënt kan sien en kan observeer watter versorging verleen word.
- Familieledede neem die **privaatheid en respek** wat teenoor pasiënte en familieledede getoon word, waar.
- Die **verpleegkundige se karaktereenskappe** soos kennis, begaafdheid, organisasievermoë, houding, persepsievermoë, of sy in staat is om die werk dinamies te doen en haar kommunikasie en interpersoonlike vaardighede, is van belang. Ander vaardighede soos vriendelikheid, eerlikheid en meegevoel is ook belangrik.
- Die verpleegkundige speel 'n simpatieke en sensitiewe rol en die familie word verseker dat hulle deur die gesondheidsorgpersoneel **aanvaar** word.
- Familieledede word verseker dat die pasiënt die **beste moontlike versorging** ontvang.

- **Empatieke verduidelings** rakende die patologie van liggaamsisteme word gegee.
- Deur middel van **objektiewe en terapeutiese kommunikasie** word die doel van terapie en die sorg wat verleen word, verduidelik. Die familie beseft dat dit vir die verpleegkundige belangrik is om te verseker dat die pasiënt fisiek en psigologies **ten volle ondersteun** word.
- Verduidelikings word gegee om te verseker dat **effektiewe pynbeheer** deur die gereelde toediening van analgetika en/of aanvullende terapie (byvoorbeeld akupuntuur, massering en chiropraktisyns), toegepas en gehandhaaf word.
- **Versekering** word gegee dat die familie se hanteringsmeganismes ten volle ontwikkel is en benut word.
- **Familieede besoek die pasiënt gereeld** en moet aangewys word wat hulle kan doen om die pasiënt se herstel te bevorder.
- Familieede beseft dat hulle die hospitaal **enige tyd mag verlaat** en dat die pasiënt in bekwame hande gelaat word. Deur die bevrediging van dié behoefte word vertroue en sekuriteit aangemoedig.
- Familieede voel gemaklik om oor die **moontlikheid van die pasiënt se dood** en enige gevoelens (positief of negatief) wat ervaar mag word, te kan praat.

2.6 Nabyheid ("Proximity")

Die belangrikheid van nabyheid

Dit is noodsaaklik om die familie by die pasiënt te betrek omdat dit gevoelens van hulpeloosheid en oneffektiwiteit by familieede gedurende 'n krisis sal verminder (Breu, *et al.*, 1996:70). Aanmoediging moet gegee word sodat familieede beseft dat hul betrokkenheid (fisieke nabyheid) by die pasiënt, hul persoonlike verhouding met die pasiënt sal versterk (Béphage, 2000:30).

Die wyses waarop nabyheid gefasiliteer word

Daaglikse kommunikasie

Dit is belangrik dat **kommunikasie** tussen die dokter, verpleegkundige en familieede daaglik plaasvind (http://www.icu-usa.com/tour/waiting_room.html) en dat familieede ten volle bewus is deur wie die pasiënt versorg word en hoe elke lid van die gesondheidsorgspan bydra om die pasiënt se herstel te bevorder (Bijttebier, *et al.*, 2001:163).

In 'n studie deur Gelling en Prevost (1999:57) is bevind dat die behoefte om elke dag met 'n dokter te kan praat (behoefte aan nabyheid) die behoefte is wat die minste bevredig is. Hierdie behoefte is slegs vir 26 % van familieledede in die studie bevredig. Die behoefte om elke dag met 'n verpleegkundige te praat (behoefte aan inligting), is egter vir 98 % van familieledede bevredig. Indien die interaksie tussen die dokter en die familieledede dus verbeter, mag dit bydra om die behoefte aan nabyheid beter te bevredig.

Oriëntasie

Dit is reeds bewys dat die opname van 'n pasiënt in die intensiewesorg-eenheid en die intensiewesorg-omgewing verhoogde stres en angs by familieledede veroorsaak (Bailey, *et al.*, 1991:920). Deur familieledede ten opsigte van die hospitaal en die intensiewesorg-eenheid te oriënteer en hulle in te lig oor wat verwag kan word ten opsigte van die pasiënt se toestand asook die operasie(s) en prosedures in die intensiewesorg-eenheid, kan streshantering gefasiliteer word en die behoefte aan nabyheid bevredig word (Amick, *et al.*, 1988:35). Dit is dikwels vir familieledede belangriker en meer gerusstellend om die pasiënt te sien as om inligting van die gesondheidsorgpersoneel te ontvang. Dit is ook voor die hand liggend dat familieledede wat tyd saam met die pasiënt spandeer meer realistiese persepsies van die pasiënt se siektetoestand sal hê (Breu, *et al.*, 1996:70).

Fisieke versorging/betrokkenheid

Beide die pasiënt en die familie mag tydens opname en verblyf in die intensiewesorg-eenheid gefrustreerd en hulpeloos voel. Die beste manier om dié gevoelens te verminder is deur die familie by die pasiënt se versorging te betrek (Abels, 1979:18; Antonioni, *et al.*, 1990:77; Bombei, *et al.*, 1995:381; Askwall & Bergbom, 2000:394). Betrokkenheid moet egter spontaan en vrywillig geskied aangesien fisieke versorging nie in alle familiële verhoudings 'n realiteit is nie (Bombei, *et al.*, 1995:381; Hammond, 1995:263). Breu, *et al.* (1996:67) en Benner, *et al.* (1999:262) beklemtoon die belangrikheid daarvan om familieledede by pasiënt-sorg te inkorporeer deur familieledede toe te laat om eenvoudige take vir die pasiënt te verrig of slegs die pasiënt se hand vas te hou.

Fisieke kontak tussen die pasiënt en die familielid is egter ook belangrik om die familie-eenheid te behou en dit is noodsaaklik dat die familie aangemoedig moet word om by die pasiënt se fisieke versorging betrokke te wees. 'n Voorbeeld is om die familielid toe te laat om die pasiënt se rug met room te smeer of om te help

wanneer die pasiënt gewas word (Bijttebier, *et al.*, 2001:163). Volgens Béphage (2000:30) moet **ruimte** ook gegun word sodat familieledede hul aanvaarding ten opsigte van die pasiënt se toestand kan uitdruk, byvoorbeeld indien 'n familielid verkies om nie aan 'n pasiënt se fisiese en emosionele versorging deel te neem nie.

Stannard (1998:89) beweer dat die verpleegkundige familieledede moet aanmoedig om betrokke te raak by die pasiënt deur uit te vind wat vir hulle **belangrik** is. Byvoorbeeld, die eggenoot van 'n bewustelose vrou in die intensiewesorg-eenheid is baie onseker oor die mediese tegnologie wat gebruik word. Die verpleegkundige werk baie nou saam met die eggenoot en vind uit dat die vrou baie van grimmering hou. Deur eers die eggenoot te help om sy vrees vir die mediese tegnologie te oorkom en hom dan aan te moedig om sy vrou se grimmering aan te wend, het sy betrokkenheid, wat ook betekenisvol vanuit die familie se oogpunt is, aangemoedig.

Oop besoekure

Besoekure wat verander kan word om by **spesiale omstandighede** aan te pas stel familieledede in staat om te alle tye naby die pasiënt te wees. In die geval dat die pasiënt onstabiel is of baie laat of vroeg vanaf die teater teruggebring word, moet besoek van familieledede toegelaat word (Bijttebier, *et al.*, 2001:163).

Dit mag dus moontlik wees om hierdie behoeftes aan fisieke nabyheid en gerusstelling by familieledede te bevredig deur 'n **meer sensitiewe en individueel-aanpasbare besoek-program** op te stel (Bijttebier, *et al.*, 2001:165; Calvin, Clark, Eichhorn, Guzzetta & Meyers, 2001:571; <http://www.aacn.org/aacn/practice.nsf/>). Harvey en Jastremski (1998:105) het in hul studie ook bevind dat oop besoekure veroorsaak dat die familieledede se kennis, begrip en aanvaarding van die pasiënt se toestand verbeter en dat meer behoeftes bevredig kan word.

Familiële betrokkenheid word deur streng besoek-programme ontmoedig. Dit veroorsaak dat die familie se rol, dié van 'n waarnemer word. 'n Individueel-aanpasbare besoek-program sal veroorsaak dat **familiële tevredenheid verhoog** omdat familieledede se behoeftes aan inligting en nabyheid bevredig word (Bombei, *et al.*, 1995:381; Breu, *et al.*, 1996:71; Carroll & Gavaghan, 2002:66-67). Die stres wat familieledede reeds ervaar mag deur streng besoekure vererger word. Indien familieledede nie die pasiënt mag sien nie, sal hulle moontlik 'n scenario baie erger as die werklike situasie, visualiseer (Breu, *et al.*, 1996:70).

Hedges, *et al.* (1984:246) en Twibell (1998:105) maak die voorstel dat verpleegkundiges inligting oor “hoe om te besoek” aan familieledede moet gee. Dit sal byvoorbeeld die volgende insluit, naamlik:

- Gebruik 'n **gemaklike toon** wanneer gesels word.
- Gebruik **kalmerende aanraking** om warmte en gerusstelling te kommunikeer.
- Gee aan **bemoediging en hoop** uitdrukking (<http://www.waiting.com/familyhelptips.html>).
- Die emosies van die pasiënt moet in **woorde** uitgedruk word.
- Enige **besprekings** wat die pasiënt **negatief** mag beïnvloed, moet **vermy** word.
- **Konsulteer** eers met 'n verpleegkundige indien negatiewe nuus aan die pasiënt oorgedra moet word.
- **Stiltes** moet met gemak hanteer word, veral indien die pasiënt rus nodig het.
- **Vrae** wat omtrent die pasiënt gevra word moet **weg van die pasiënt se bed** gedoen word.

Probleme met die bevrediging van die behoefte aan nabyheid

- Alhoewel kontak tussen familieledede en verpleegkundiges in 'n groter mate plaasvind, is sodanige kontak dikwels **kortstondig** en die **probleme** wat bespreek word, is meestal die probleme wat deur die verpleegkundige as belangrik beskou word. Hierdie proses word met elke skof herhaal en daar is bittermin, indien enige, verbetering ten opsigte van die identifisering (en bevrediging) van die familieledede se behoeftes (Daley, 1984:231; Prowse, 1984:310).
- Navorsing het aangedui dat verpleegkundiges glo dat familiële betrokkenheid die pasiënt psigologies negatief sal affekteer, die familie sal uitput, met pasiënt-versorging sal inmeng en die intensiewesorg-eenheid sal ontstig (Bombei, *et al.*, 1995:377). Volgens Molter (1994:2) is dit moontlik indien **familieledede slegs as besoekers** beskou word en nie aangemoedig word om aktief by die pasiënt betrokke te raak nie. *Dit is tog moontlik dat indien die verpleegkundige en die familie as 'n span saamwerk, die pasiënt se herstel bevorder sal word* (Molter, 1994:3).
- Die behoefte om met die pasiënt se fisieke versorging te help en om die pasiënt enige tyd te besoek is deur beide dokters en verpleegkundiges as **onbelangrik** beskou. Dit mag moontlik die **vrees** van die gesondheidsorgpersoneel weerspieël dat die aanhoudende teenwoordigheid van familieledede met die behandeling en ondersoeke van kritieksiek-pasiënte mag inmeng. Desnieteenstaande is dit

belangrik om in aanmerking te neem dat familieledede in hierdie tydperk hulpeloos mag voel en by pasiënt-betrokkenheid kan baatvind.

Voordele ten opsigte van nabyheid

- Shaver en Simpson (1990) en Shulte (1993) soos in Carrol en Gavaghan (2002:67) het bevind dat besoeke van families 'n kalmerende uitwerking op pasiënte het.
- Volgens Askwall en Bergbom (2000:389) voel pasiënte dat die teenwoordigheid van familieledede aan hulle **sekuriteit en beskerming** bied, veral wanneer hulle kragteloos, onseker en ontbloot voel.
- Verpleegkundiges beskou gereelde besoeke van familieledede as uiters belangrik omdat dit die **herstel van die pasiënt** positief beïnvloed (Hickey & Lewandowski, 1988:673; <http://www.waiting.com/familyhelptips.html>).
- Volgens Dunkel en Eisendrath (1983:258-259) is vertroue, verpersoonliking, terugvoer en rol(werks)bevrediging belangrike **positiewe psigologiese faktore** wat deur die aanhoudende teenwoordigheid van die familie aan verpleegkundiges gebied word.

2.7 Gemak ("Comfort")

Die belangrikheid van gemak

In die laaste stadium wat familieledede betree, besef hulle uiteindelik wat die behoeftes is wat hulle ervaar en begin om hulp- en ondersteuningsbronne in te win (kyk Tabel 2.3). Hulle besef ook wat die behoeftes is wat die pasiënt kán ervaar. Hier word fisieke behoeftes aan rus, korrekte vloeistofinname en voeding, afleidingsaktiwiteite, persoonlike ruimte en privaatheid bevredig. Psigososiale behoeftes word deur die ondersteuning vanaf ander familieledede, vriende, versorgers of ander pasiënte se familieledede, bevredig. Fisieke versorging is hier van belang, soos 'n drukkie om empatie te toon (Bott, *et al.*, 1996:472).

Die wyses waarop gemak gefasiliteer word

- Families is dikwels in die hospitaal vir baie lang periodes. Die **wagarea** is daarom gemaklik en naby die intensiewesorg-eenheid geleë om familieledede se stres te verminder (Bombei, *et al.*, 1995:382; Asiain, *et al.*, 1997:15; Palazzo, 2001:85; Carroll & Gavaghan, 2002:69). Die wagarea is met gemaklike stoele en banke,

tafels, lampe, tydskrifrakke met tydskrifte en asblikke uitgerus (Burrell & Burrell, 1977:385; Breu, *et al.*, 1996:72).

- Dit is vir familieledede stresvol om die wagarea te moet verlaat, daarom is daar **publieke telefone in die wagarea** beskikbaar (Bombei, *et al.*, 1995:382).
- **Badkamerfassiliteite** is beskikbaar en gerieflik (Burrell & Burrell, 1977:385; Breu, *et al.*, 1996:72) en naby die wagarea geleë (Bombei, *et al.*, 1995:382).
- Familieledede is binne bereik van 'n eetsaal sodat **voedsame kos en vloestowwe** genuttig kan word (Bijttebier, *et al.*, 2001:163; http://www.icu-usa.com/tour/waiting_room.html).
- Familieledede word die ruimte gegun om **alleen** te wees (http://www.icu-usa.com/tour/waiting_room.html) deur hulle privaatheid te respekteer en 'n omgewing weg van die kliniese atmosfeer te skep sodat familieledede aan gevoelens van angs en frustrasie kan uiting gee (Bephage, 2000:29-30). Angstigtheid word verminder en die ondersteuning wat die familie aan die pasiënt lewer, word sodoende versterk (Bijttebier, *et al.*, 2001:163).
- **Pastorale hulp** (pastorale besoeke en/of kapeldienste) word aan familieledede beskikbaar gestel (Bijttebier, *et al.*, 2001:164).

Probleme met die bevrediging van die behoefte aan gemak

- Die behoeftes aan gemaklike meubels en gesonde kos word aanvanklik deur familieledede as onbelangrik beskou (Hayes, 1990:26; Bijttebier, *et al.*, 2001:163). 'n Aanvaarbare verduideliking is moontlik dat die familie gedurende die eerste paar dae van die pasiënt se opname in die intensiewesorg-eenheid emosionele stres ervaar en voortdurend na inligting soek – gemak word dus as **onbelangrik** beskou. Dit mag ook aandui dat familieledede **selfversorging** laag op die prioriteitslys plaas aangesien hulle probeer om stres en onsekerheid gedurende die aanvanklike krisisperiode te verminder (Daley, 1984:234; Bijttebier, *et al.*, 2001:164). Dit is egter noodsaaklik dat die verpleegkundige die familie daaraan herrinner dat om te eet, drink, slaap, bad en 'n entjie te gaan stap, belangrik is (Beatty & De Jong, 2000:46; Tesh & Van Horn, 2000:47).
- Pastorale ondersteuning word ook deur familieledede as onbelangrik beskou. 'n Moontlike verklaring hiervoor mag die negatiewe betekenis wees wat familieledede aan 'n pastorale besoek heg: familieledede mag die pastoor se besoek as 'n **“verdoemenis”** ervaar (Bijttebier, *et al.*, 2001:164). Aangesien pastorale dienste in meeste hospitale beskikbaar is mag dit die rede wees waarom meeste gesondheidsorgpersoneel dit as 'n belangriker behoefte beskou.

Dit is egter nodig om te beseef dat die behoefte aan pastorale hulp mag verhoog soos die familielid uit die aanvanklike krisisperiode beweeg. Freichels (1991) in Bijttebier, *et al.* (2001:164) het aangetoon dat die behoefte aan pastorale hulp na 7 – 10 dae vandat die pasiënt toegelaat is tot die intensiewesorg-eenheid, merkwaardig verhoog. Béphage (2000:30) stel egter voor dat sommige familieledede mag verkies om 'n predikant te hê wat hulle en die pasiënt kan besoek. Indien familieledede nie van die behoefte bewus is nie, is dit die verpleegkundige se verantwoordelikheid om hulle daarvoor in te lig en dit beskikbaar te stel (Beatty & De Jong, 2000:46).

2.8 Ondersteuning (“Support”)

Die belangrikheid van ondersteuning

Families wat deur 'n krisissituasie met die hospitalisasie van 'n pasiënt gaan, moet emosionele ondersteuning ontvang (Breu, *et al.*, 1996:71) en verpleegkundiges is in 'n uiters geskikte posisie om ondersteuning te bied (Tesh & Van Horn, 2000:40). Hospitalisasie, die onbekende omgewing en geluide daaraan verbonde, personeel, veranderinge in familie-rolle en funksies, en geografiese faktore veroorsaak dat familieledede ondersteuning benodig (Breu, *et al.*, 1996:71). Ondersteuning **vermindert stres en angs, vermeerder hanteringsmeganismes** en help familieledede om die **familiesistiem optimaal** te laat funksioneer (Bombei, *et al.*, 1995:381; Palazzo, 2001:84; Carroll & Gavaghan, 2002:69).

Volgens Beatty en De Jong (2000:46) het ondersteuning 'n positiewe effek op families en pasiënte, en veral pasiënte se **langtermyn-herstel** (Washington, 2001:37). Familiële ondersteuning veroorsaak ook dat familieledede en pasiënte **beter ondervindings** van die intensiewesorg-eenheid het en dat 'n spoediger herstel aangemoedig word, aangesien hulle verborge voel en emosioneel ondersteun word (Bloniasz, Giuliano, Giuliano, Quirk & Wood, 2000:30). Sosiale ondersteuning word beskou as 'n **buffer** tussen die familie en die stresvolle uitwerking van siekte (Beatty & De Jong, 2000:40).

Die wyses waarop ondesteuning gefasiliteer word

- **Verstaanbare verduidelikings** word gegee. Hierdie betrokke behoefte is as belangriker deur dokters en verpleegkundiges as deur familieledede beskou (Bijttebier, *et al.*, 2001:163).

- Familielede word aangemoedig om te **huil**. Alhoewel hierdie behoefte as die onbelangrikste behoefte deur familielede beskou is (moontlik omdat hulle hulself in dié kritieke tyd laaste op die prioriteitslys plaas), is emosionele ondersteuning vir familielede baie belangrik (Bijttebier, *et al.*, 2001:163-164).
- **Vriende** is in die intensiewesorg-eenheid teenwoordig (Bombei, *et al.*, 1995:381).
- Familielede ontvang **maatskaplike hulp** vir moontlike familie-probleme, finansiële probleme of familielede se gesondheidsprobleme. Dit is die verpleegkundige se verantwoordelikheid om die familie te help om hulpbronne, soos 'n maatskaplike werk(st)er en predikant/pastoor, te bekom en korrek te gebruik (Cohen, *et al.*, 1991:181; Breu, *et al.*, 1996:72; Beatty & De Jong, 2000:46; Tesh & Van Horn, 2000:47; Carroll & Gavaghan, 2002:69).
- Die verpleegkundige bewerkstellig 'n **persoonlike verhouding** met die familielede en handhaaf 'n **terapeutiese interpersoonlike verhouding** (Dear, *et al.*, 1981:481). McQuay (1995:542) beweer dat daar nie altyd genoegsame tyd om die familie op die krisis voor te berei, beskikbaar is nie – daarom is goeie kommunikasie en nie-verbale kommunikasie uiters belangrik wanneer 'n interpersoonlike verhouding bewerkstellig word. Volgens Bombei, *et al.* (1995:381) is 'n empatiese houding, begrip, gerusstelling, vriendelikheid, kommer en 'n positiewe houding by die verpleegkundige van uiterste belang.

Die komponente waaruit ondersteuning bestaan

Volgens Beatty en De Jong (2000:40) sluit ondersteuning die volgende in, naamlik:

- **Emosionele ondersteuning** – gerusstelling, liefde, empatie, kommer en vertrouwe.
- **Evalueringsondersteuning** – respek vir en vergroting van die familielede se rolle.
- **Inligtingsondersteuning** – bruikbare advies, terugvoer, inligting en kennis.
- **Instrumentele ondersteuning** – goedere en dienste byvoorbeeld, voedsel, vloeistof, behuising en vervoer.

2.9 Oriëntasieprogram

Die oriëntasieprogram wat aan die gesondheidsorgpersoneel aangebied is, is in Hoofstuk 3 onder 3.7 bespreek. Aspekte wat bespreek is, is onder andere:

- Werkswinkel
- Fasiliteerder se bydrae
- Data-projekter en inligtingstukke
- Terugvoer

- Tweerigting koöperatiewe aanslag
- Geïntegreerde ontleding

2.10 Samevatting

In die strewe om kwaliteit verpleegsorg te lewer word 'n uiters belangrike rol deur 'n komplekse span gespeel. Dié span bestaan uit die gesondheidsorgpersoneel, pasiënt en familie (Hosack & Rocchio, 1995:60). Aangesien die pasiënt en familie as 'n eenheid beskou word, kan verpleegtussentredes dus nie tot die pasiënt beperk word nie.

As holistiese gesondheidsorgvoorsieners verstaan verpleegkundiges en alle gesondheidsorgpersoneel die uitwerking wat 'n kritieke siektetoestand op die familie as 'n geheel het (Carroll & Gavaghan, 2002:69). Die behoeftes wat deur familieledes ervaar word, is reeds geïdentifiseer. Aangesien ons die geleentheid het om direk by die familie betrokke te raak tydens 'n uitdagende tydperk in hul lewens, is gesondheidsorgpersoneel in die beste posisie om hierdie behoeftes te bevredig. Deur die familieledes se behoeftes te bevredig, help gesondheidsorgpersoneel om die intensiewesorg-pasiënt se herstel aan te moedig en word kwaliteit-verpleegsorg gelewer.

Hoofstuk 3

Navorsingsmetodologie

3.1 Inleiding

In die vorige hoofstuk is die literatuurstudie bespreek. In dié hoofstuk word 'n beskrywing van die navorsingsmetodologie gegee.

3.2 Navorsingsontwerp

Die navorser het 'n kwasi-eksperimentele voor- en natoets gedoen (Burns & Grove, 1997:269).

Kwasi-eksperimentele navorsingsontwerp

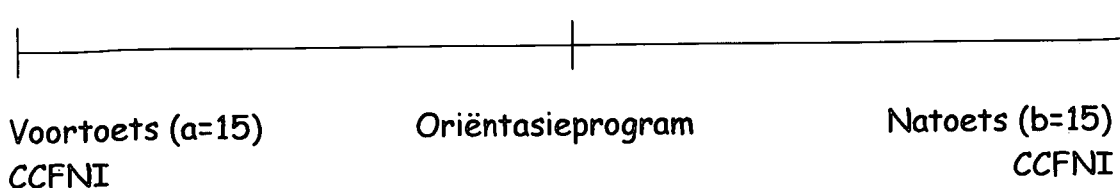
Kwasi-eksperimentele navorsing word hoofsaaklik aan die gebrek van ewekansige seleksie van respondente vir 'n eksperimentele en kontrolegroep gekenmerk (Babbie, 2001:339).

Voor- en natoets

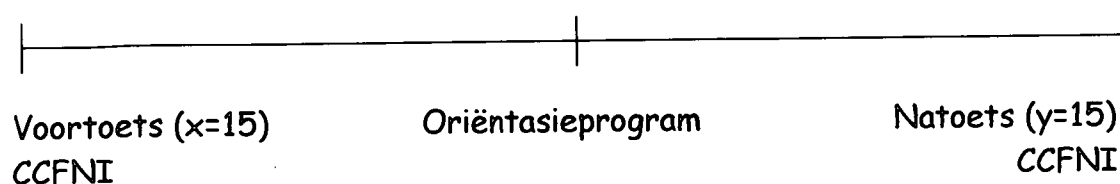
Vyftien families is pre-eksperimenteel in onderskeidelik 'n privaat- en provinsiale hospitaal gebruik. 'n Werkswinkel, gebaseer op die inligting wat in die voortoets verkry is, en Afdeling B van die vraelys, is aan alle gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede werksaam is, aangebied. Na afloop van die werkswinkel is 15 families post-eksperimenteel in onderskeidelik 'n privaat- en provinsiale hospitaal gebruik.

Die families en gesondheidsorgpersoneel was in alle gevalle verskillend van mekaar en van die verskeie groepe (a, b, x, en y). Die oriëntasieprogram was onveranderd.

Privaathospitaal



Provinsiale hospitaal



Die groepe in 'n voor- en natoets behoort uit dieselfde respondente te bestaan. Weens die feit dat pasiënte se intensiewesorg-hospitalisasiedepertement varieer was dit nie moontlik om dieselfde respondente in die voor- en natoets te behou nie. Die gevolg is dat die data van die voor en na nie met mekaar vergelyk kan word nie.

Hierdie probleme is in diepte op verskeie komitees bespreek. Die komitees se mening was dat dit weens die inherente aard van die werklikheid aanvaarbaar was om met die studie voort te gaan.

Die navorsingsmetode wat gebruik is, is die opname-metode, aangesien 'n opname van die opinies van familieledes ten opsigte van hul behoefte-bevrediging in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid gemaak is. Die ingesamelde gegewens het 'n geheelbeeld van die mate van familiële ondersteuning in die intensiewesorg-eenheid geskets.

3.3 Populasie en steekproef

Die totale populasies vir die studie was familieledes van pasiënte wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede van 'n privaat- en provinsiale hospitaal in Bloemfontein opgeneem is en behandeling daar ontvang het; asook die gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede werksaam was.

Gerieflikheidseleksie

Die families is deur middel van gerieflikheidseleksie in beide hospitale gekies. Volgens Burns en Grove (1997:302-303) impliseer gerieflikheidseleksie dat respondente gekies word deurdat hulle hulself op die regte tyd op die regte plek bevind. Die voordele van gerieflikheidseleksie is dat respondente op 'n wyse wat gerieflik en maklik-bekostigbaar vir die navorser is, gekies word. Die navorser het gerieflikheidseleksie gebruik aangesien dit gerieflik was om die families, wanneer hulle tydens besoekure die pasiënt besoek het, te kies.

Die nadeel is egter dat die navorser aan vooroordeel blootgestel kan wees tydens die seleksie van 'n steekproefgroep. Dit is voorkom deurdat die navorser enige moontlike vooroordeel wat mag bestaan, geïdentifiseer het. Persone jonger as 18 jaar is nie in die steekproefgroep ingesluit nie aangesien die navorser hulle kennis en ervaring van die situasie nie as dieselfde van 'n volwasse familielid beskou het nie. Vervolgens is ook slegs persone wat Afrikaans- en/of Engelsmagtig is, gekies om aan die studie deel te neem omdat dit vir die navorser gemaklik was om in hierdie tale te kommunikeer.

Familielede

'n Verteenwoordigende steekproef van 60 families is getrek. Vyftien families is pre-eksperimenteel in onderskeidelik 'n privaat- en provinsiale hospitaal gebruik, en 15 families is post-eksperimenteel in die onderskeie hospitale gebruik.

Nadat die familielede deur gerieflikheidseleksie gekies is, het die navorser hulle genader om aan die studie deel te neem. Die doel van die studie asook alle etiese aspekte wat van belang was, is aan hulle verduidelik. Familielede wat toegestem het tot deelname aan die studie het dan óf dadelik aan die studie deelgeneem, óf 'n afspraak gemaak om op 'n later stadium (gewoonlik die volgende dag) aan die studie deel te neem. Persone wat jonger as 18 jaar was en persone wat nie Afrikaans- of Engels-magtig was nie, is nie by die studie ingesluit nie.

Nadat familielede mondelings om deelname aan die studie toegestem het, het elke familielid 'n brief (kyk Bylaag E1/E2) ontvang wat die doel en aard van die studie verduidelik. Indien die familielede toegestem het tot die studie moes hulle die brief, waarin toestemming om deelname aan die navorser gegee word, onderteken. Die toestemmingsbrief was in Afrikaans en Engels beskikbaar.

Gesondheidsorgpersoneel

Na afloop van die voortoetse in beide hospitale is die gesondheidsorgpersoneel wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede van beide hospitale werksaam is, aan 'n werkswinkel oor familiële ondersteuning blootgestel. Die doel en tydsduur van die werkswinkel is aan alle gesondheidsorgpersoneel verduidelik. Die werkswinkel is as indiensopleiding aangebied en was verpligtend.

Sommige personeellede kon as gevolg van vakansieverlof en ander redes (siekverlof of dienstye wat nie met die aanbieding ooreenstem nie), nie die werksinkels bywoon nie. Daarom het die navorser besluit om die werkswinkel in plaas van slegs twee keer, herhaaldelik (ses keer) op verskeie dae (bedags en saans) aan te bied.

In die provinsiale hospitaal is die oriëntasieprogram deur 84 % van die personeellede (21 van 'n totale 25 personeellede) wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid werksaam is, bygewoon. Drie personeellede was met vakansieverlof en een personeellid kon as gevolg van ander redes nie die werkswinkel bywoon nie. Die werkswinkel is ses keer in totaal aangebied.

In die privaathospitaal is die oriëntasieprogram deur 66 % van die personeellede (23 van 'n totale 35 personeellede) wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid werksaam is, bygewoon. Vyf personeellede was met vakansieverlof en sewe personeellede kon as gevolg van ander redes nie die werkswinkel bywoon nie. Die werkswinkel is ses keer in totaal aangebied.

Alhoewel alle ander gesondheidsorgpersoneellede inligting omtrent die werksinkels ontvang het, is dit slegs deur verpleegkundige personeel bygewoon.

Indien daar verpleegkundige personeel was wat nie die werksinkels kon bywoon nie, het die navorser verseker dat hulle inligtingstukke ontvang het.

3.4 Navorsingstegnieke

Die navorsingstegniek wat gebruik is, was groepsonderhoudvoering aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys (kyk Bylaag H1/H2). Volgens Burns en Grove (1997:353) impliseer onderhoudvoering verbale kommunikasie tussen die navorser en die respondente waartydens inligting aan die navorser verskaf word. In dié studie is van gestruktureerde groepsonderhoudvoering gebruik gemaak aangesien die

familie as 'n groep antwoorde op vroe wat gebaseer is op 'n vraelys aan die navorser gegee het.

Die voordeel van groepsonderhoudvoering was dat meer respondente per onderhoud betrek kon word sonder om die studie langer en duurder te maak. Die groepsonderhoud is met al die familieledede van die pasiënt gevoer. Die familieledede het deur middel van keuses in antwoord op geslote vroe hul reaksies uitgedruk en die konsensusbesluit van al die familieledede is as antwoord deur die navorser aanvaar.

Die vraelyste het uit twee afdelings bestaan, naamlik Afdeling A en Afdeling B.

Afdeling A

Afdeling A (kyk Bylaag F1/F2) is gebruik om biografiese data (**geslag, ouderdom, ras en verband tot pasiënt**) van die familieledede in te win en is deur elke individuele familielid ingevul. Indien 'n familielid enige **vorige ondervinding** van die intensiewesorg-eenheid gehad het, hetsy as 'n pasiënt of besoeker, sou dit hier na vore gekom het. Inligting met betrekking tot die pasiënt se **diagnose, lengte van verblyf** in die intensiewesorg-eenheid en of die pasiënt as 'n **noodgeval of elektief** opgeneem is, asook **wanneer** die onderhoud met die familielid gevoer is, is op Afdeling A van die vraelys deur die navorser ingevul.

Afdeling B

Afdeling B (kyk Bylaag H1/H2) is gebruik om inligting oor die **behoefte van familieledede** en in hoe 'n mate hierdie behoeftes **bevredig** is, te voorsien. Afdeling B is tydens groepsonderhoude met elke familie as individuele groep gevoer. Die konsensusbesluit wat as antwoord op elke vraag gegee is, is deur die navorser op die vraelys ingevul. Alle onderhoude is afsonderlik maar op dieselfde wyse met al die families gevoer om kongruensie (stabiliteit) te verseker. Voor die aanvang van die onderhoud het die families geskrewe instruksies oor Afdeling B (kyk Bylaag G1/G2) ontvang.

In die eerste kolom van Afdeling B is die 45 **behoefte**, soos dit in die "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) (Bijttebier, *et al.*, 2001:163) voorgekom het, uiteengesit. Die CCFNI is volgens die vyf dimensies van behoeftes wat deur familieledede ervaar word, opgestel (Leske, 1998:92):

- I – "Information" (Inligting)
- A – "Assurance" (Gerusstelling)

- P – “Proximity” (Nabyheid)
- C – “Comfort” (Gemak)
- S – “Support” (Ondersteuning)

Die volgende behoeftes verteenwoordig die dimensie *inligting* (die syfer dui die posisie van die behoefte op die vraelys aan):

- 1 – Ken die verwagte uitkoms / Know the expected outcome
- 4 – ‘n Spesifieke persoon by die hospitaal wat gekontak kan word / Have a specific person to call at the hospital
- 5 – Vrae word eerlik beantwoord / Have questions answered honestly
- 11 – Weet watter personeel kan spesifieke inligting gee / Know which staff could give what information
- 13 – Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is / Know why things were done for the patient
- 16 – Weet hoe die pasiënt medies behandel word / Know how the patient is being treated medically
- 17 – Word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word / Be assured that the best possible care is being given
- 19 – Weet presies wat vir die pasiënt gedoen word / Know exactly what is being done for the patient
- 29 – Praat met dieselfde verpleegkundige elke dag / Talk to the same nurse every day
- 39 – Word ingelig van oorplasingsplanne / Be told about transfer plans
- 40 – Word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand / Be called at home about changes in the patient’s condition
- 41 – Ontvang inligting een maal per dag / Receive information once a day
- 42 – Voel dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee / Feel that the hospital personnel care about the patient
- 43 – Weet spesifieke feite rakende die pasiënt se vordering / Know specific facts concerning the patient’s progress

Die volgende behoeftes verteenwoordig die dimensie *gerusstelling*:

- 7 – Praat oor gevoelens oor wat gebeur het / Talk about feelings about what has happened
- 9 – Aanwysings oor wat om vir die pasiënt te doen word gegee / Have directions as to what to do at the patient’s bedside

- 14 – Voel dat daar hoop is / Feel there is hope
- 21 – Voel aanvaar deur gesondheidsorgpersoneel / Feel accepted by hospital staff
- 25 – Praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood / Talk about the possibility of the patient's death
- 28 – Word verseker dat dit "okay" is om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat / Be assured it is "okay" to leave the hospital for a while
- 44 – Sien die pasiënt dikwels / See the patient frequently

Die volgende behoeftes verteenwoordig die dimensie *nabyheid*:

- 2 – Verduidelikings oor die omgewing word gegee voor besoek aan die intensiewesorg-eenheid / Have explanations of the environment before going into the intensive care unit
- 3 – Praat met die dokter elke dag / Talk to the doctor every day
- 6 – Besoekure word verander vir spesiale omstandighede / Have visiting hours changed for special conditions
- 10 – Besoek enige tyd / Visit at any time
- 15 – Weet watter personeel die pasiënt versorg / Know about types of staff taking care of the patient
- 38 – Help met die pasiënt se fisieke versorging / Help with patient's physical care

Die volgende behoeftes verteenwoordig die dimensie *gemak*:

- 8 – Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar / Have good food available in the hospital
- 18 – 'n Plek om alleen te wees terwyl in die hospitaal / Have a place to be alone while in the hospital
- 20 – Gemaklike meubels in die wagarea / Have comfortable furniture in the waiting room
- 23 – Telefoon naby die wagarea / Have telephone near waiting room
- 24 – Predikant/pastoor wat besoek / Have pastor visit
- 32 – Badkamer is naby die wagarea / Have bathroom near waiting room
- 36 – Besoekure begin op tyd / Have visiting hours start on time
- 37 – Word ingelig van kapeldienste / Be told about chaplain services
- 45 – 'n Wagarea naby die pasiënt te hê / Have a waiting room near the patient

Die volgende behoeftes verteenwoordig die dimensie *ondersteuning*:

- 12 – Vriende is naby vir ondersteuning / Have friends nearby for support

22 – Iemand wat met finansiële probleme kan help / Have someone to help with financial problems

26 – 'n Ander persoon is saam met jou wanneer die intensiewesorg-eenheid besoek word / Have another person with you when visiting the intensive care unit

27 – Iemand wat besorg is oor jou gesondheid / Have someone be concerned with your health

30 – Voel dat dit aanvaarbaar is om te huil / Feel it is alright to cry

31 – Word ingelig van ander persone wat kan help / Be told about other people that could help

33 – Kan enige tyd alleen wees / Be alone at any time

34 – Word ingelig van iemand wat met familie-probleme kan help / Be told about someone to help with family problems

35 – Verstaanbare verduidelikings word gegee / Understandable explanations being given

In die tweede kolom moes respondente die **mate van belangrikheid** van die behoeftes op 'n skaal evalueer, naamlik:

- Onbelangrik
- Effens belangrik
- Belangrik
- Baie belangrik

Daarna is die vraag gestel of die betrokke **behoefte bevredig** is of nie. Indien die behoefte nie bevredig is nie, het die navorser na die volgende behoefte oorgegaan.

Indien die behoefte bevredig is, moes die respondente besluit **deur wie** die behoefte bevredig is. Nege opsies is aan hulle voorgelê waaruit meer as een keuse gemaak kon word, naamlik:

- Verpleegkundige
- Dokter
- Fisioterapeut
- Maatskaplike werk(st)er
- Predikant/pastoor
- Vriende
- Ander besoekers
- Ander familieledede

- 'n Persoon wat nie genoem is nie (ander)

Daarna moes die respondente besluit waar die behoefte bevredig is. Die volgende opsies is aan hulle voorgedou, naamlik:

- In die intensiewesorg-eenheid
- In die wagarea tussen ander besoekers
- By die pasiënt se bed
- In 'n privaatvertrek

Die respondente moes ook besluit hoe die behoefte bevredig is. Die volgende opsies is aan hulle voorgedou, naamlik:

- 'n Mondelinge inligtingsessie
- 'n Geskrewe inligtingstuk

Vervolgens moes die respondente besluit wanneer die behoefte bevredig is. Hierdie opsies is as volg aan hulle verduidelik. Volgens navorsing wat deur Bott, *et al.* (1996:471) gedoen is, word die emosies en ervarings van familieledede in vier stadiums opgedeel, naamlik:

- Stadium 1: Stadium van *onsekerheid*. Hierdie stadium is verduidelik as die stadium waarin familieledede onseker, bang en verward is. Dit is die eerste stadium en familieledede sal moontlik emosies van skok, angs, kommer, vrees en oorweldiging ervaar. Hulle is onseker oor wie genader kan word vir inligting, watter inligting hulle kan ontvang en hoe hulle moet optree.
- Stadium 2: Stadium van *inligting inwin*. Hierdie stadium is verduidelik as die stadium waarin die familieledede aktief na inligting begin soek en vrae omtrent die pasiënt se vordering en toestand vra.
- Stadium 3: Stadium van *organisasie*. Hierdie stadium is verduidelik as die stadium waarin familieledede hulself in die intensiewesorg-eenheid deur middel van observasie, analise en evaluasie organiseer. Hulle neem visueel waar hoe en deur wie die pasiënt verpleeg word en word met hul omgewing gemaklik.
- Stadium 4: Stadium van *ondersteuning*. Hierdie stadium is verduidelik as die stadium waarin familieledede hulp- en ondersteuningsbronne inwin sodra hulle bewus word van die behoeftes wat hulle ervaar, byvoorbeeld om te rus, die korrekte vloeistofinname en voeding, persoonlike ruimte en privaatheid, asook ondersteuning van ander familieledede en vriende.

Laastens is gevra of die behoefte op die **regte tyd** bevredig is of nie.

Nadat al 45 behoeftes met die familieledede bespreek is, is die vraag aan hulle voorgehou of daar **enige ander behoeftes** was wat hulle ervaar het, maar nie in die vraelys as 'n behoefte genoem is nie.

Na afloop van die onderhoud het die navorser die familieledede bedank vir hulle samewerking en tyd.

3.5 Loodsstudie

'n Loodsstudie is uitgevoer om die geldigheid en betroubaarheid van die vrae van die gestruktureerde groepsonderhoud te verseker. Die duidelikheid van die vrae, asook die effektiwiteit van die navorser in die stel van vrae en interpretasie van antwoorde, is bepaal. Enige probleme met die navorsingsontwerp, data-versameling en data-ontleding kan sodoende opgespoor word (Burns & Grove, 1997:52-53).

Op 4 en 5 Julie 2002 is twee Afrikaans- en twee Engelssprekende families doelgerig gekies. Die doel van die navorsing asook alle etiese aspekte verbonde aan die studie is aan die respondente verduidelik. Data-versameling het in die bevelsuster se kantoor plaasgevind. Die familieledede het Afdeling A van die vraelys afsonderlik voltooi. Die navorser het die groepsonderhoude met elke familie as individuele groep gevoer waartydens die navorser Afdeling B voltooi het. Die onderhoude is afsonderlik, maar op dieselfde wyse met die families gevoer om kongruensie (stabiliteit) te verseker.

Die onderhoude het ongeveer 45 – 60 minute geduur. Na afloop van die onderhoude is geen probleme met die interpretasie van antwoorde en voltooiing van die vraelyste geïdentifiseer nie en geen wysigings is op die vraelyste aangebring nie. Die familieledede kon geen onduidelikhede met die interpretasie van vrae identifiseer nie. Geen probleme is met die kodering van die vraelyste ondervind en met die navorsingsontwerp, data-versameling en data-ontleding opgespoor nie.

3.6 Data-versameling

Die voortoets het vanaf Julie 2002 tot September 2002 geduur. Die navorser het self alle onderhoude gevoer en die inligting versamel. Die werksinkels is vanaf Oktober 2002 tot November 2002 aangebied. Die natoets het vanaf Desember 2002 tot Februarie 2003 geduur.

Die gestruktureerde onderhoude met die families het soms in 'n privaatvertrek geskied, maar met tye was dit nodig om die onderhoude in die wagarea, soms tussen ander besoekers, te voer. Ten spyte daarvan dat ander persone met tye ook in die vertrek teenwoordig was, het dit geblyk asof dit nie die familieledede se antwoorde en reaksies op vrae beïnvloed het nie. Familieledede het aangevoer dat die teenwoordigheid van ander persone hulle nie daarvan weerhou het om eerlik op alle vrae te antwoord nie.

Die tydsduur van die groepsonderhoude was ongeveer 45 – 60 minute. Data-versameling het op verskillende tye van die dag (meestal oggend en middag) plaasgevind en het voor (pre-eksperimenteel) en na afloop (post-eksperimenteel) van die werksinkel plaasgevind. Tydens die onderhoude is mondelingse en geskrewe instruksies aan alle respondente gegee en hulle het die vrymoedigheid gehad om die navorser enige vrae oor onduidelikhede met betrekking tot die vraelyste te vra.

3.7 Oriëntasieprogram

Die oriëntasieprogram (kyk Bylaag I/J), wat die vorm van 'n werksinkel aangeneem het, is aan die gesondheidsorgpersoneel wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede van beide hospitale werksaam was, aangebied. Die werksinkel het ongeveer 60 – 90 minute geduur. Aangesien die werksinkel aangebied is wanneer personeellede aandiens was, moes die navorser die tydsduur van die werksinkel van drie ure na 60 – 90 minute verkort.

Die doel met die herhaaldelike aanbieding van die werksinkel was om so veel as moontlik van die gesondheidsorgpersoneel wat in die intensiewesorg-eenhede werksaam was, te betrek. Die werksinkel is as indiensopleiding aangebied en was verpligtend.

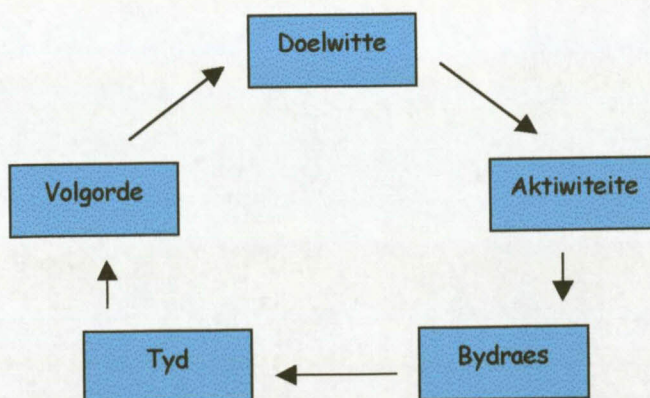
Die oriëntasieprogram is deur 84 % van die personeellede wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid van die provinsiale hospitaal werksaam is, bygewoon. In die privaathospitaal is die oriëntasieprogram deur 66 % van die personeellede wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid werksaam is, bygewoon. *Indien daar personeel was wat nie die werkswinkels kon bywoon nie, het die navorser verseker dat hulle inligtingstukke ontvang het.*

Die oriëntasieprogram is na deeglike bestudering van verskeie onderrigmetodes uit die volgende komponente opgestel.

Werkswinkel

Die navorser het besluit om die oriëntasieprogram in die vorm van 'n werkswinkel aan te bied aangesien dit 'n samestelling van gestruktureerde aktiwiteite is wat die geleentheid vir leer deur middel van denke, praktiese ondervinding en bespreking bied. Met die beplanning van die werkswinkel het die navorser aandag aan doelwitte, aktiwiteite, bydraes van die fasiliteerder en personeel (terugvoer), tydsbesteding en die volgorde van aanbieding gegee (Atkins & Brown, 1993:222).

Die gebruik van 'n werkswinkel as metode van aanbieding se effektiwiteit word grootliks deur die deelname van die deelnemers (personeel) bepaal. Daarom is moeite met die voorbereiding gedoen en die navorser het daarop gekonsentreer om buigsaamheid en kreatiwiteit tydens die aanbieding van die werkswinkel te verseker aangesien die bespreking van een punt dikwels tot ander besprekingspunte aanleiding gegee het (Procter & Reed, 1993:127).



Figuur 3.1: Beplanning van die werkswinkel (Atkins & Brown, 1993:222)

"By providing explicit directions, clearly defining the task beforehand, you avoid many of the nagging questions about what to do" (Cangelosi, 1992:216). Met die aanvang van die werkswinkel is die program bespreek en die navorser het die verloop van die werkswinkel aan die personeel verduidelik.

Die verskillende **doelwitte** is aan die personeel genoem om 'n verduideliking van die inhoud en prosesse van die werkswinkel te gee. Aangesien die primêre doel van die werkswinkel bespreking en denke was, was dit belangrik om genoegsame en stimulerende **aktiwiteite** in die werkswinkel te inkorporeer. **Terugvoer** deur die personeel en **bydraes** deur die fasiliteerder is gebruik om punte wat tydens besprekings genoem is, op te som en om nuwe inligting aan die personeel te gee. Die **tydsbesteding** vir aktiwiteite is genoem aangesien dit belangrik was om volgens 'n vasgestelde tydskedule te werk. Personeellede was aandiens en moes na die aanbieding van die werkswinkel weer na hulle eenhede terugkeer. Die **volgorde** van aktiwiteite of besprekingspunte is genoem sodat die werkswinkel glad verloop en geen onsekerheid bestaan nie (Atkins & Brown, 1993:223).

Fasiliteerder se bydrae

Besprekings en verduidelikings om ingewikkelde of verwarrende konsepte te verduidelik en agtergrondinligting is deur die navorser gegee. Drie groepsbesprekings wat ongeveer 10 minute elk geduur het, was ingesluit. Die navorser het van visuele hulpmiddels (data-projekter) en inligtingstukke wat aan die personeel uitgedeel is, gebruik gemaak (Billings & Halstead, 1998:257).

Data-projekter en inligtingstukke

Die hoofdoel met die gebruik van die data-projekter en inligtingstukke was om duidelikheid te verbeter en enige misverstande te vermy. Die visuele hulpmiddels kon met gemak gelees word. Aangesien die aanbieding kleurvol en goed voorgestel was, het dit die aandag en belangstelling van personeellede verhoog. Die volgende riglyne van Atkins en Brown (1993:26-27) is gebruik, naamlik:

- Illustrasies en opsommings was eenvoudig, kortliks en maklik leesbaar. Genoeg tyd is aan die personeel gegee om dit deeglik te bestudeer en aantekeninge te maak indien hulle dit verkies.
- Inligtingstukke was kortliks en goed gestruktureerd. Genoeg tyd is aan die personeel gegee om dit deur te lees en enige onduidelikhede is aan hulle verduidelik.

- Opsommings is aan die einde van belangrike besprekingspunte gegee.

Terugvoer

Die belangrikheid van terugvoer gaan verlore indien dit nie gebruik word nie (McMillan, 1988:22). Tydens die werkswinkel het die navorser terugvoer gebruik om die personeel se betrokkenheid te evalueer. Hul kennis en begrip van die onderwerp en ontwikkelingsvermoëns is ook in aanmerking geneem (McMillan, 1988:23). Personeel het terugvoer gegee om dit wat hulle geleer het te reflekteer sodat die navorser die kwaliteit van die leerproses kon monitor (Chalmers & Fuller, 1996:104).

Geïntegreerde ontleding

Die gebruik van geïntegreerde ontleding was tweedoelig. Eerstens het dit verseker dat dit wat die personeel geleer het, in die praktyk gebruik en toegepas kon word. Tweedens het dit verseker dat personeel die inligting wat hulle ontvang het en die vaardighede en houdings wat hulle tydens die werkswinkel ontwikkel het, kon integreer (Makoni, 2000:110).



Figuur 3.2: Geïntegreerde ontleding (Makoni, 2000:111)

Tweeringting koöperatiewe aanslag

Hierdie onderrigmetode is gebruik om die personeel deur middel van probleemoplossing en kritiese denke te fasiliteer. Die navorser het die personeel se bestaande kennis en begrip as beginpunt gebruik en sodoende nuwe konsepte of prosesse aan hulle voorgestel. Die navorser was minder sentraal tydens die leerproses en die werkswinkel was dus interaktief en groepsgeoriënteerd.

Probleemoplossing, groepswerk en terugvoer is deur die navorser gebruik sodat personeel hul eie kennis kon opbou (Chalmers & Fuller, 1996:10).

Die werkwinkel het as volg verloop:

- Die navorser het haarself as **fasiliteerder** voorgestel en haar kwalifikasies en rigting van studie verduidelik.
- Die **program** (kyk Bylaag K1/K2) van die werkwinkel is aan die personeel oorhandig en verduidelik. Hulle is daarvan bewus gemaak dat drie groepsbesprekings ingesluit word.
- Vervolgens is die **doel** van die studie aan die personeel verduidelik asook die doel van die werkwinkel. Die belangrikheid van familiële betrokkenheid in die intensiewesorg-eenheid en die rol wat die gesondheidsorgpersoneel speel, is beklemtoon.
- Die **doelwitte** van die werkwinkel is verduidelik sodat die personeel kon beseft dat sekere definitiewe mikpunte bereik moes word.
- Daar is aan die personeel genoem dat Molter in 1979 die eerste persoon was wat navorsing oor die **behoefte**s van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid gedoen het. Na aanleiding van haar studie is 45 definitiewe behoeftes geïdentifiseer wat volgens Leske in vyf hoofgroepe (**dimensies**) opgedeel is.
- Die **eerste groepsbespreking** het plaasgevind en personeellede is gevra om in groepe van twee of drie persone te verdeel. Na aanleiding van die inligting wat hulle ontvang het, is hulle gevra om met verwysing na die vyf dimensies soveel behoeftes as moontlik te identifiseer. 'n Tydsbeperking van 10 minute is hiervoor voorsien.
- Na die groepsbespreking het die personeel volgens groepsverband **terugvoer** gegee.
- 'n Skriftelike inligtingstuk wat die 45 behoeftes bevat (kyk Bylaag L1/L2) is vervolgens aan die personeel uitgedeel. **Moontlike diskrepansie** wat voorgekom het is met die personeel bespreek aangesien daar behoeftes was wat nie deur die personeel geïdentifiseer is nie en sommige behoeftes wat verkeerdelik as behoeftes geïdentifiseer is.
- Tydens die **tweede groepsbespreking** moes die personeel die 45 behoeftes op die inligtingstuk van belangrikste (1) tot onbelangrikste (45) identifiseer. 'n Tydsbeperking van 10 minute is hiervoor voorsien.
- Na die groepsbespreking het die personeel volgens groepsverband **terugvoer** gegee.

- Vervolgens is 'n skriftelike inligtingstuk waarin drie studies se bevindinge met mekaar vergelyk is (kyk Bylaag M1/M2) aan die personeel oorhandig. Die belangrikheid van die vyf dimensies asook die belangrikheid van die individuele behoeftes is met die personeel bespreek.
- Tydens die derde groepsbespreking is van die personeel verwag om die metodes van behoefte-bevrediging binne groepsverband te bespreek. 'n Tydsbeperking van 10 minute is hiervoor voorsien.
- Na die groepsbespreking het die personeel volgens groepsverband terugvoer gegee.
- Die verskeie metodes van behoefte-bevrediging is met die personeel bespreek. Personeel is die kans gegun om vrae te vra en aantekeninge te maak.
- As laaste besprekingspunt is die bevindinge van die voortoetse van elke hospitaal met die personeel verbonde aan die betrokke hospitaal bespreek. (Die Afrikaanse oriëntasieprogram is in Afrikaans in die privaathospitaal aangebied en sluit die bevindinge van die voortoetse van die privaathospitaal in [kyk Bylaag I]. Die Engelse oriëntasieprogram is in Engels in die provinsiale hospitaal aangebied en sluit die bevindinge van die provinsiale hospitaal in [kyk Bylaag J].) Spesifieke punte waaraan aandag geskenk moes word is beklemtoon.
- Na afloop van die werkswinkel het die navorser die personeel bedank vir hul tyd en betrokkenheid.

3.8 Data-ontleding

Die Departement Biostatistiek was in beheer van die verwerking van die vraelyste. Na telefoniese gesprekvoering met 'n biostatistikus is die voortoetse se kodering aan die Departement deurgegee. Die inligting wat uit die voortoetse verkry is, is as riglyn gebruik met die samestelling van die werkswinkel.

Beskrywende statistiek, naamlik frekwensies en persentasies vir kategorieë veranderlikes en mediane en persentiele vir kontinue veranderlikes, is vir voor en na bereken. Die navorser het die verwerkte data ontleed en met die hulp van 'n biostatistikus geïnterpreteer. Die resultate is in grafieke en tabelle voorgestel.

3.9 Geldigheid en betroubaarheid

Geldigheid

Volgens Burns en Grove (1997:330) is die *geldigheid van 'n instrument* 'n bepaling van die mate waarin die instrument evalueer wat dit voorgee om te evalueer. Die *geldigheid van 'n studie* het betrekking op die mate van waarheid of akkuraatheid waarmee 'n aanname gemaak word (Burns & Grove, 1997:228).

Inhoudsgeldigheid

Inhoudsgeldigheid verseker dat die navorsingsmetode (instrument) die relevante elemente wat met die konstruk verband hou, bevat (Burns & Grove, 1997:331).

In dié studie het die navorser die volgende elemente van inhoudsgeldigheid verseker, naamlik:

- Siggeldigheid is verseker deurdat 'n persoon met die blote oog (kyk na vraelys) kon vasstel wat die onderwerp van die studie is.
- Die vrae van die vraelys is in die literatuurstudie gefundeer.
- Die studie is vooraf deur domeindeskundiges bestudeer.
- Die "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) is reeds in vorige studies as navorsingsinstrument gebruik (Molter, 1979:333; Bijttebier, 2001:161).
- Die teks was maklik leesbaar en verstaanbaar.
- Die vraelyste was in Afrikaans en Engels beskikbaar. Die oorspronklike Engelse weergawe van die CCFNI is deur die navorser na Afrikaans vertaal. 'n Onafhanklike persoon met 'n taalkundige agtergrond het die Afrikaanse weergawe van die CCFNI na Engels vertaal om enige verkeerde variasies te identifiseer en te korrigeer.

Interne geldigheid

Interne geldigheid verseker dat die reaksies van respondente wat waargeneem word 'n ware weergawe van die werklikheid is, eerder dat dit die gevolg van eksterne veranderlikes is (Burns & Grove, 1997:230).

Die reaksies van familieledede en resultate van die navorsing was 'n ware weergawe van die werklikheid aangesien die navorser die respondente op geen manier beïnvloed het wanneer hulle op vrae geantwoord het nie. Die navorser het ook

aangeneem dat respondente eerlik op vrae geantwoord het wanneer hulle behoeftes geëvalueer is.

Konstrukt geldigheid

Konstrukt geldigheid meet die verhouding tussen die konseptionele en operasionele definisies (Burns & Grove, 1997:232). Die mate waarin die instrument (vraelys) die teoretiese konstrukt (familiële ondersteuning/behoefte-bevrediging) evalueer word dus gemeet.

In dié studie het die navorsingsinstrument (kyk Bylaag H1/H2) wat gebruik is die behoeftes van familieledede ondersoek en die mate van behoefte-bevrediging in die intensiewesorg-eenheid bepaal. Volgens Leske (1991:241) se studie het die data wat verkry is, die multi-dimensionele konseptualisme van familiële behoeftes na afloop van kritieke siekte ondersteun.

Eksterne geldigheid

Eksterne geldigheid word nie verseker nie aangesien 'n kontekstuele studie gedoen is en gerieflikheidsleksie gebruik is om die respondente te kies.

Ten spyte daarvan dat die steekproef in twee verskillende hospitale gedoen is en die respondente se rasse- en kultuurgroepe, ouderdomsgroepe, geslagte en ekonomiese agtergronde verskil, kan die navorser nie die bevindinge wat uit die studie verkry is, vergelyk nie.

Betroubaarheid

Betroubaarheid is die mate waarin die interpretasie van inligting konstant is (Leske, 1991:241; Burns & Grove, 1997:327).

Stabiliteit

Stabiliteit hou verband met die handhawing van onveranderde herhaalde toetsing (Burns & Grove, 1997:327)

Die navorser het bogenoemde verseker deurdat die navorsingsinstrument tydens die loodsstudie en steekproef aan die families op dieselfde wyse voorgelê is. Na herhaaldelike gebruik en toetsing van die CCFNI het die instrument onveranderd gebly.

Ekwivalensie

Ekwivalensie fokus op twee variasies van dieselfde instrument of twee waarnemers wat dieselfde gebeurtenis evalueer (Burns & Grove, 1997:328). In dié studie is dieselfde instrument altyd gebruik en het slegs een persoon (die navorser) al die onderhoude met die families gevoer.

Unifiserende betroubaarheid is verseker deurdat slegs een persoon (die navorser) die kodering van die vraelyste opgestel het en die kodering van al die vraelyste self gedoen het (Burns & Grove, 1997:328). Die navorser het dus as data-kollekteerder, kodeerder en navorser opgetree.

Interpreterende betroubaarheid is verseker deurdat slegs een persoon (die navorser) dieselfde kategorieë met dieselfde data geëvalueer het (Burns & Grove, 1997:329).

Homogeniteit

Homogeniteit verseker dat die items van die navorsingsinstrument met mekaar verband hou (Burns & Grove, 1997:329). Homogeniteit is verseker aangesien al die items met familiële behoeftes verband hou.

Interne konsistensie is verseker deurdat al die items (familiële behoeftes) van die navorsingsinstrument dieselfde konstruk (familiële ondersteuning/behoefte-bevrediging) gemeet het.

3.10 Samevatting

In dié hoofstuk is die metodologie van die studie bespreek.

Hoofstuk 4

Data-ontleding en gevolgtrekkings

4.1 Inleiding

In die vorige hoofstuk is die navorsingsmetodologie bespreek. Vervolgens sal die data-ontleding en gevolgtrekkings geïntegreerd aangebied word.

Die navorsingstegniek wat in die studie gebruik is, naamlik groepsonderhoudvoering aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys (kyk Bylaag H1/H2), het verseker dat daar ruimte was vir uitklaring en bespreking van die verskeie behoeftes binne 'n beperkte tydsduurte. Familielede het die kans gehad om sonder moeite die verskeie behoeftes wat hulle ervaar het, terwyl die pasiënt in die intensiewesorg-eenheid opgeneem was, te identifiseer. Geen voorstelle is deur familielede ten opsigte van nuwe ongeïdentifiseerde behoeftes gemaak wanneer hulle die vraag gestel is of daar enige ander behoeftes was wat hulle ervaar het, maar wat nie in die vraelys voorgekom het nie.

Die grootte van die familie-steekproef was 60 families wat uit 105 familielede ($n=60$ en $n=105$) bestaan het.

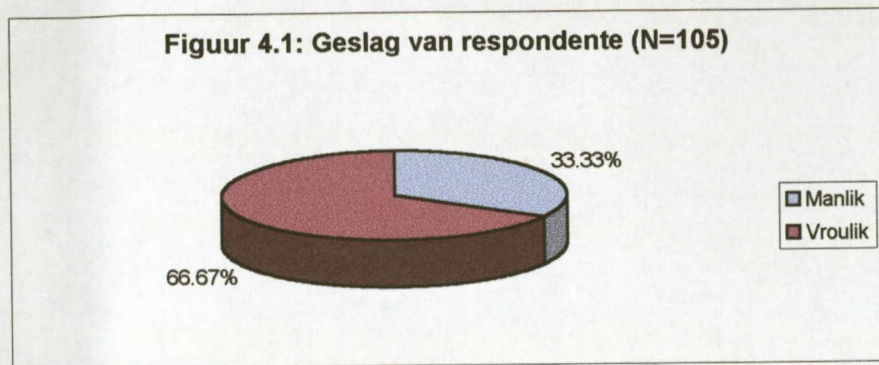
Die meerderheid van die behoeftes aan inligting is deur die verpleegkundige en/of dokter bevredig. Dit blyk dat familielede verkies om belangrike inligting, byvoorbeeld prognose en mediese behandeling, van die dokter te ontvang, terwyl meer algemene inligting met betrekking tot vitale tekens en algemene hospitaalinligting (byvoorbeeld wagarea en eetsaal) deur die verpleegkundige oorgedra moet word.

Uit die studie het dit geblyk dat baie behoeftes deur die familielede self bevredig is. Hulle het dikwels genoem dat hulle eie innerlike krag en sterkte die dryfkrag was om ondersteuning aan mekaar te bied.

Behoeftes wat wel bevredig is, is altyd op die regte tyd bevredig. Behoeftes is meestal in die intensiewesorg-eenheid, by die pasiënt se bed, of by die familielid se huis(e) bevredig. Geen privaatvertrek is gebruik wanneer inligting oorgedra is nie.

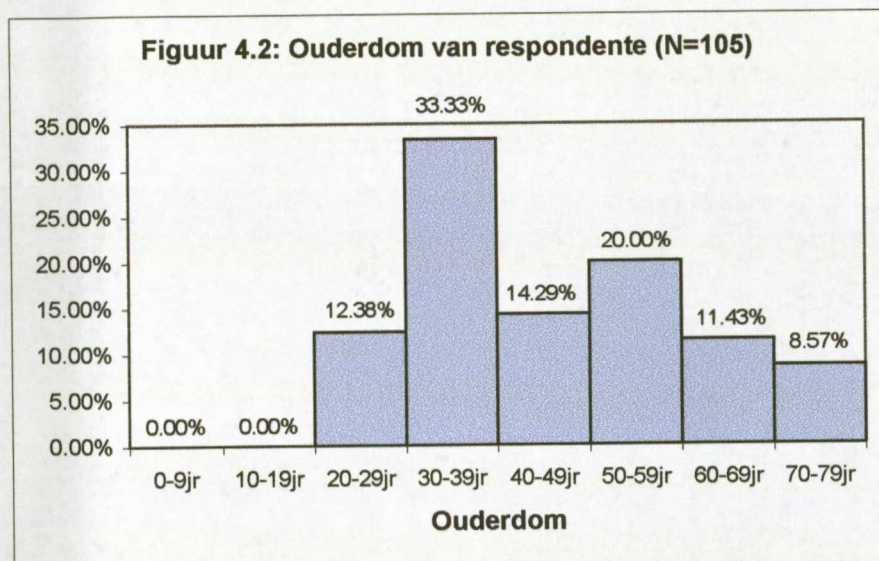
4.2 Biografiese agtergrond van respondente

4.2.1 Geslag van respondente



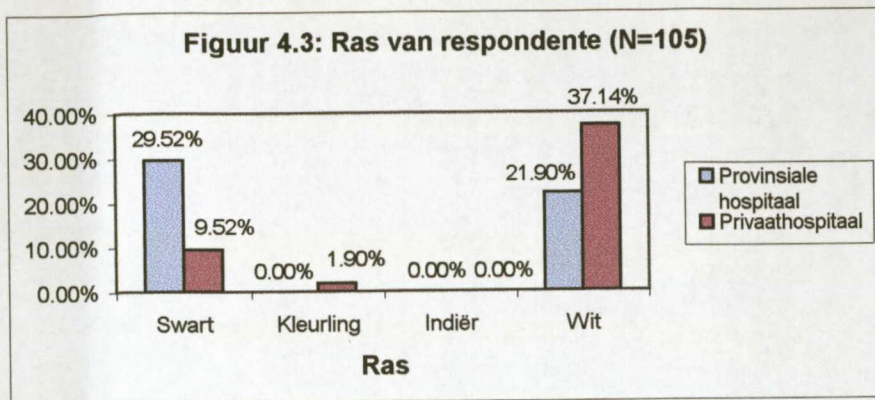
Die meerderheid van die respondente was vroulik (66.67%) en 33.33% was manlik.

4.2.2 Ouderdomstruktuur van respondente



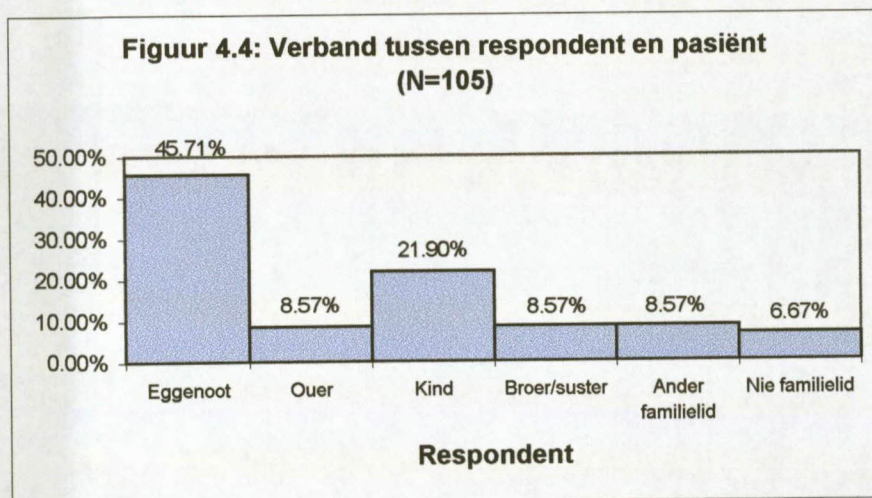
Die meerderheid van die respondente het in die ouderdomsgroep 30 tot 39 jaar geval (33.33%). Die oudste respondente was 76 jaar oud.

4.2.3 Ras waartoe respondente behoort



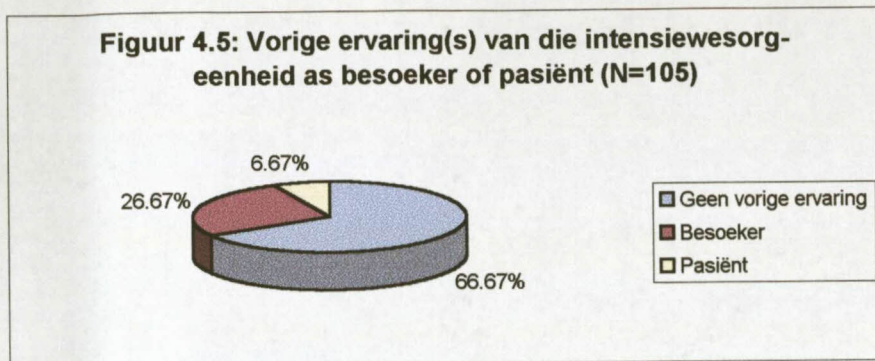
In die provinsiale hospitaal was die meerderheid van die respondente Swart (29.52%) en in die privaathospitaal was die meerderheid van die respondente Wit (37.14%). Geen respondente was Indiër nie en slegs 1.90% van die respondente in die privaathospitaal was Kleurling.

4.2.4 Verband tussen respondent en pasiënt



Die meerderheid van die pasiënte se eggenote (45.71%) en kinders (21.90%) het aan die studie deelgeneem. 'n Geringe inset is deur nie-familieede, byvoorbeeld vriende, gelewer (6.67%).

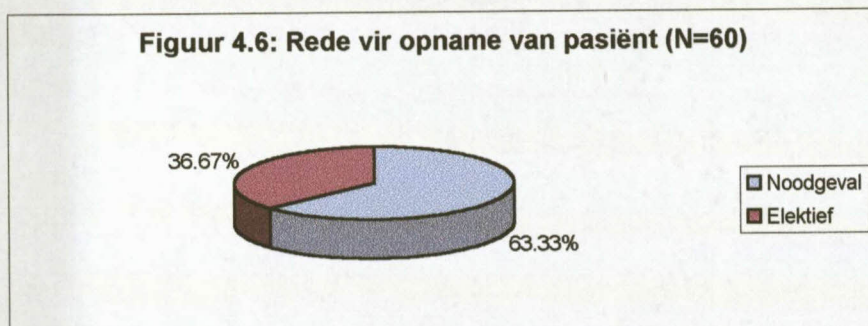
4.2.5 Vorige ervaring(s) van die intensiewesorg-eenheid



Altesaam 33.34% van die respondente het al voor die siekte van die pasiënt wat in die steekproef gebruik is, met 'n intensiewesorg-eenheid te doen gehad deur middel van besoek aan 'n vriend of familielid (26.67%) of dat die respondent self as 'n pasiënt behandeling in 'n intensiewesorg-eenheid ontvang het (6.67%). Altesaam 66.67% van die respondente het geen vorige ondervinding van 'n intensiewesorg-eenheid gehad nie.

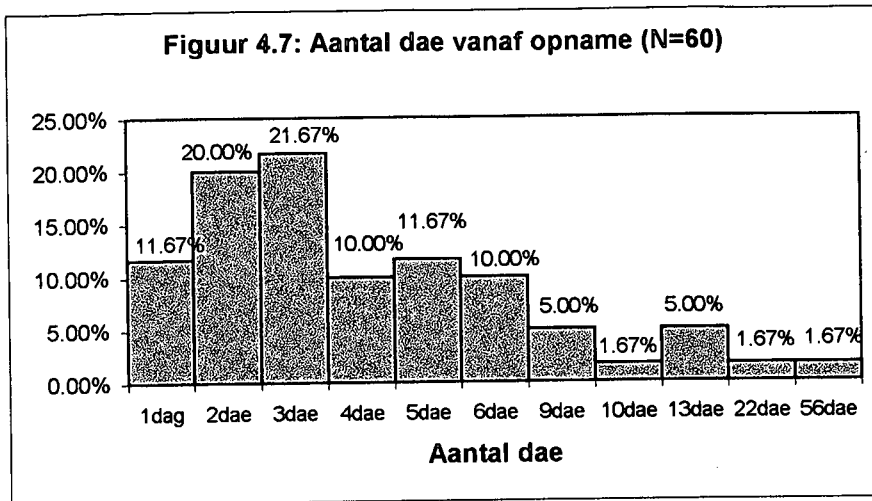
4.3 Inligting rakende pasiënte

4.3.1 Rede vir opname



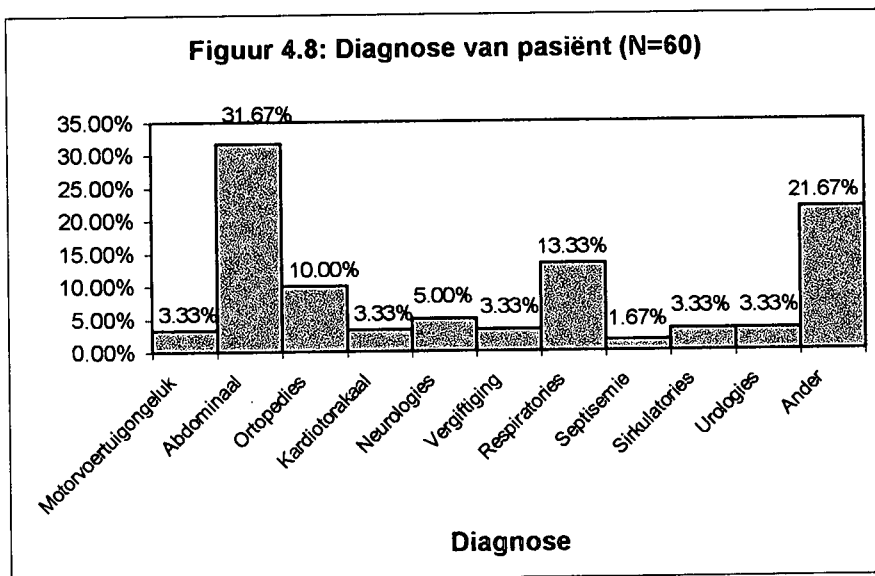
Die meerderheid van die pasiënte was as gevolg van 'n noodgeval (63.33%), byvoorbeeld 'n motorvoertuigongeluk, en 36.67% was elektief, byvoorbeeld na beplande chirurgie, in die intensiewesorg-eenheid opgeneem.

4.3.2 Lengte van verblyf



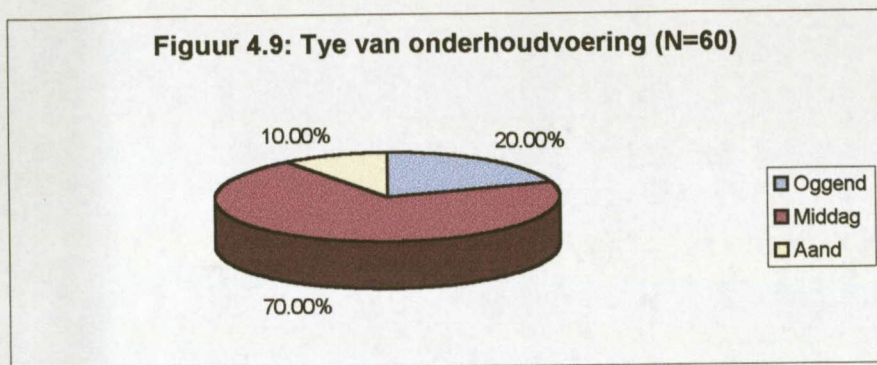
Die meerderheid van die respondente se siek vriend of familielid was reeds twee (20.00%) of drie (21.67%) dae in die intensiewesorg-eenheid opgeneem. Die langste tydperk vanaf opname was 56 dae (1.67%).

4.3.3 Diagnose van pasiënt



Die meerderheid van die pasiënte was as gevolg van abdominale probleme en/of chirurgie in die intensiewesorg-eenhede opgeneem (31.67%). Respiratoriese probleme het veroorsaak dat 13.33% van die pasiënte in die intensiewesorg-eenhede opgeneem was en 21.67% van die pasiënte was as gevolg van ander redes, byvoorbeeld meningitis, leukemie, organofosfaatvergiftiging en eksisie van tumors, in die intensiewesorg-eenhede opgeneem.

4.4 Tye van onderhoudvoering

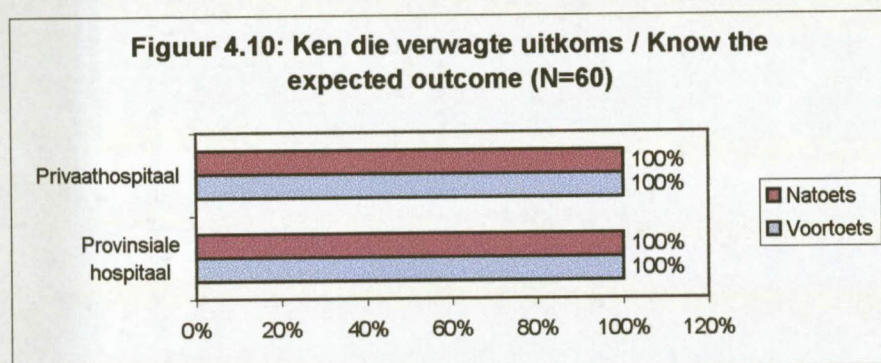


Die navorsers het meeste van die onderhoude in die middag (70.00%) voor, tydens of na besoektyd gevoer. Die res van die onderhoude het in die oggend (20.00%) en in die aand (10.00%) plaasgevind.

4.5 Inligting

Vervolgens is 'n bespreking van die behoeftes wat onder die dimensie *inligting* val. Kyk bladsy 54 vir 'n lys van die behoeftes soos deur Leske (1998:92) uiteengesit.

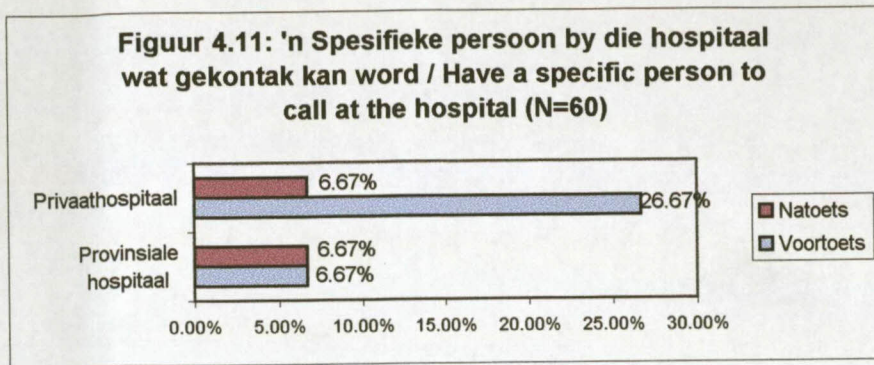
4.5.1 Ken die verwagte uitkoms



Volgens Bijttebier, *et al.* (2001:163) is die behoefte om die verwagte uitkoms (prognose) te ken een van die mees belangrike behoeftes van familieledes. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 70.00% (kyk Figuur 4.55) van die families hierdie behoefte as "baie belangrik" beskou het.

Dié behoefte is in beide hospitale ten volle (100.00%) deur verpleegkundiges (51.67%) of dokters (81.67%) bevredig. Respondente het egter gevoel dat die gesondheidsorgpersoneel meer spesifiek kon wees wanneer inligting met hulle bespreek is.

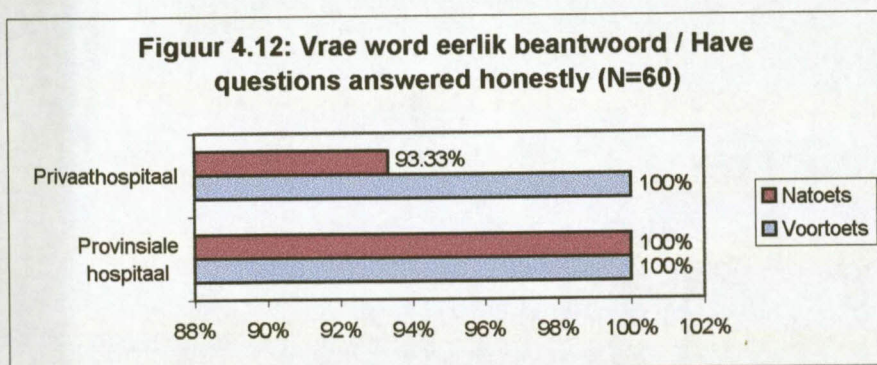
4.5.2 'n Spesifieke persoon by die hospitaal wat gekontak kan word



Molter (1979:332) dui aan dat alhoewel familieledede gereelde inligting wil ontvang, hulle verkies dat een verpleegkundige as kontakpersoon (tussenganger) aangestel moet word. Hierdie behoefte, om 'n spesifieke persoon by die hospitaal te hê wat gekontak kan word, is swak (6.67% - 26.67%) bevredig. Respondente het egter gevoel dat hulle enige tyd, tydig of ontydig, die intensiewesorg-eenheid kon skakel vir inligting al sou hulle nie met 'n spesifieke persoon kon praat nie.

Bogenoemde impliseer dat familieledede nie 'n spesifieke kontakpersoon gehad het nie en dat geen vertrouensband met so 'n persoon opgebou kon word nie.

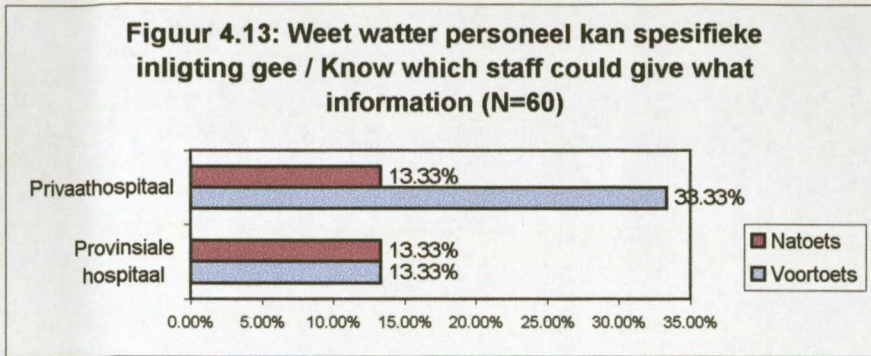
4.5.3 Vrae word eerlik beantwoord



Volgens Antonioni, *et al.* (1990:77) verwag families eerlike antwoorde wanneer belangrike vrae deur hulle gevra word. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 73.33% (kyk Figuur 4.55) van die families hierdie behoefte as "baie belangrik" beskou het.

Dié behoefte is goed (93.33% - 100.00%) deur verpleegkundiges (73.33%) en dokters (88.33%) bevredig deurdad familieledede gevoel het dat die personeel hulle vrae eerlik beantwoord het.

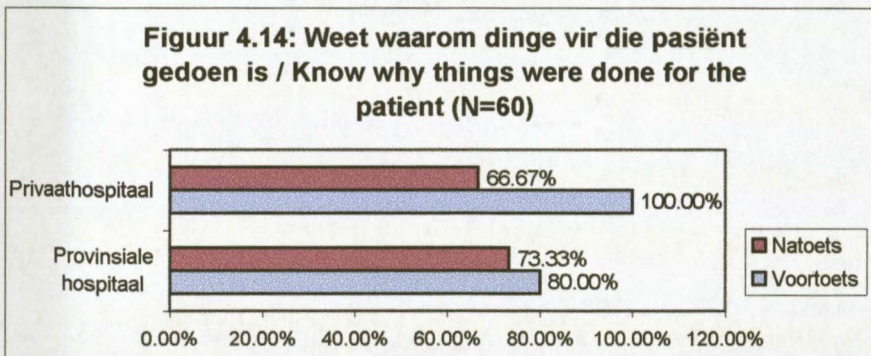
4.5.4 Weet watter personeel kan spesifieke inligting gee



Volgens Bott, *et al.* (1996:471) is familieledede onseker oor wie hulle kan nader vir inligting en watter tipe inligting aan hulle gegee sal word. Hierdie behoefte is swak (13.33% - 33.33%) in beide hospitale bevredig. Hierdie studie bevestig dat familieledede nie weet wie die korrekte persoon is om sekere vrae te vra nie.

Bogenoemde impliseer dat die bestek van praktyk van die personeel aan familieledede verduidelik moet word. *Die intensiewesorg-eenheid, personeel en verskillende range is vir familieledede onbekend.* Familieledede wil weet hoe elke personeellid tot die pasiënt se herstel bydra.

4.5.5 Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is

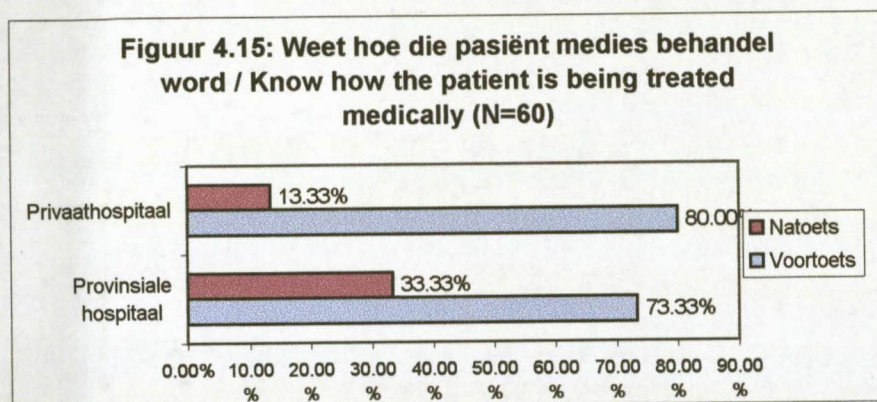


Blosser en De Pompei (1995:50) stel voor dat families inligting omtrent die prosedures wat uitgevoer word, moet ontvang. In hierdie studie het 46.67% (kyk Figuur 4.55) van die families dié behoefte as "baie belangrik" beskou.

Die meerderheid van die families (66.67% - 100.00%) het geweet waarom sekere prosedures en toetse, byvoorbeeld bloedtoetse en x-strale, uitgevoer word. Dié inligting is deur verpleegkundiges (66.67%), dokters (43.33%) en fisioterapeute (1.67%) in die intensiewesorg-eenheid of telefonies verskaf.

Bogenoemde behoefte val onder familieledede se tien belangrikste behoeftes. Dit is dus noodsaaklik dat mondelingse inligting aan familieledede gegee moet word om hulle op hoogte van sake te hou. Daarom moet inligting daaglik, indien moontlik deur dieselfde persoon, oorgedra word. Familieledede wil graag kennis dra van die pasiënt se vordering. Dit beteken dat hulle wil weet wat vandag vir die pasiënt gedoen word of reeds gedoen is, hetsy dit x-strale, bloedtoetse, ensovoorts is. Dit impliseer dat spesifieke feite rakende die pasiënt se behandeling daaglik met hulle bespreek moet word. Sekere vasgestelde tye kan met families afgespreek word waartydens sodanige inligting aan hulle oorgedra word.

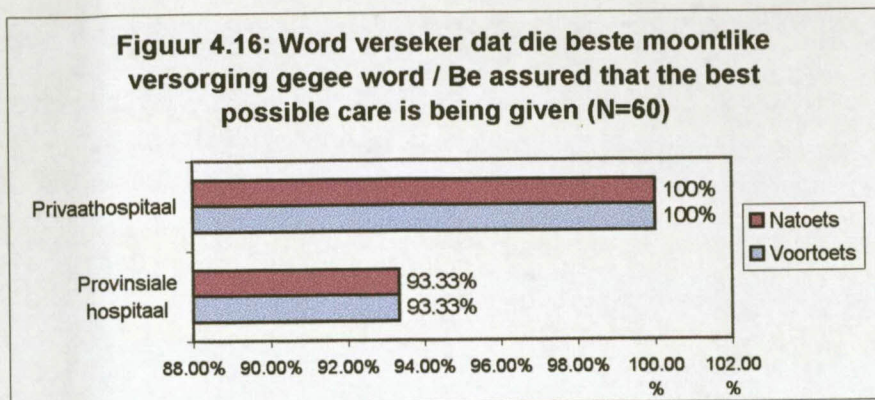
4.5.6 Weet hoe die pasiënt medies behandel word



Blosser en De Pompei (1995:50) stel voor dat dit belangrik is dat familieledede op hoogte gehou moet word van die behandeling wat die pasiënt ontvang. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 41.67% (kyk Figuur 4.55) van die families dié behoefte as "baie belangrik" beskou het.

Die behoefte is aanvanklik goed in beide hospitale bevredig. Bogenoemde impliseer dat familieledede wil weet hoe die pasiënt medies, met ander woorde medisyne en infusie, behandel word en kennis van enige veranderinge wil dra.

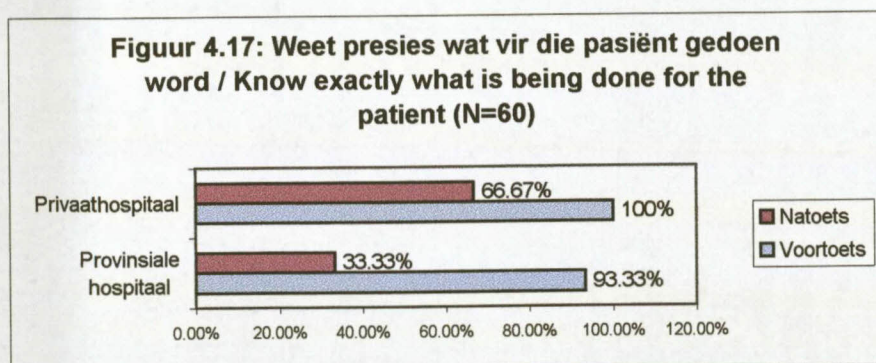
4.5.7 Word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word



Bombei, *et al.* (1995:381) en Bijttebier, *et al.* (2001:163) dui aan dat dit vir familieledede noodsaaklik is om verseker te voel dat die pasiënt die beste moontlike versorging ontvang, aangesien dit hulle help om ondersteuning aan die pasiënt te bied. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 60.00% (kyk Figuur 4.55) van die families hierdie behoefte as 'baie belangrik' beskou het.

Dié behoefte is goed (93.33% - 100.00%) in beide hospitale bevredig deurdat familieledede gevoel het dat verpleegkundiges (88.34%), dokters (68.33%) en fisioterapeute (1.67%) die beste moontlike versorging aan die pasiënt bied.

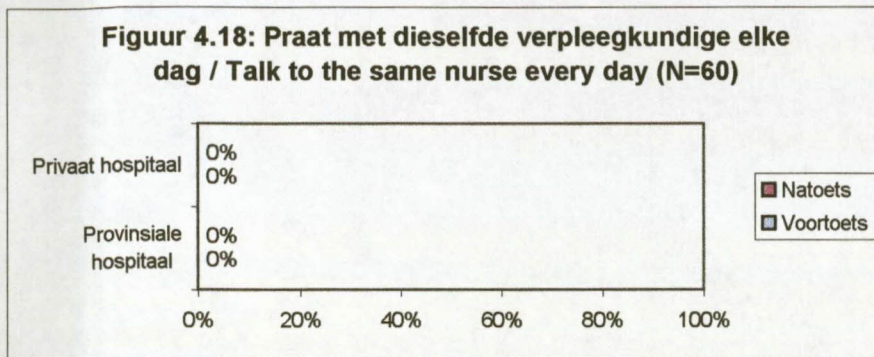
4.5.8 Weet presies wat vir die pasiënt gedoen word



Dit is vir familieledede belangrik om presies te weet wat daaglik deur die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt gedoen word asook om die rasionaal vir spesifieke tussentredes te ken (Béphage, 2000:29). In die privaathospitaal is dié behoefte deurentyd goed bevredig (66.67% - 100.00%) en in die provinsiale hospitaal is die behoefte aanvanklik goed bevredig (33.33% - 93.33%).

Alhoewel hierdie behoefte nie as een van die familieledede se belangrikste behoeftes beskou word nie, is dit egter nodig om aandag daaraan te skenk. Familielede moet inligting ten opsigte van spesifieke take wat vir die pasiënt verrig word, ontvang.

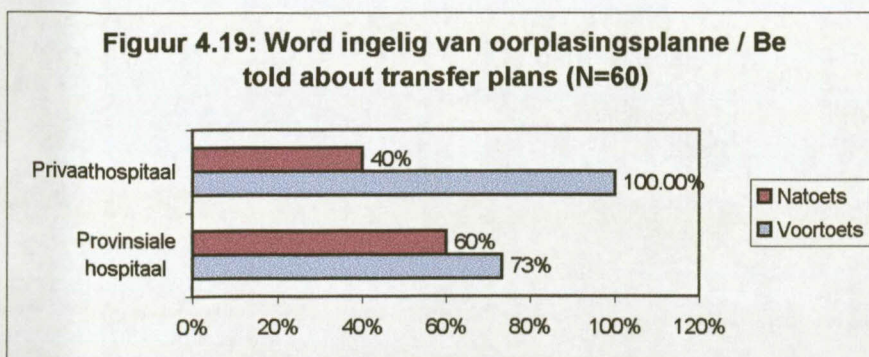
4.5.9 Praat met dieselfde verpleegkundige elke dag



Familielede dui aan dat hulle gereelde (daaglikse) inligting wil ontvang, maar ook dat hulle verkies dat een verpleegkundige as kontakpersoon aangestel moet word om hierdie inligting oor te dra (Béphage, 2000:30). In beide hospitale is hierdie behoefte onbevredig gelaat (0.00%) aangesien personeellede se dienstye van so 'n aard is dat hulle nie daaglik werk nie en ook nie dieselfde skofte werk nie.

Die bevinding in hierdie studie is in teenstelling met die literatuur aangesien families aangevoer het dat dit nie noodsaaklik was om elke dag met dieselfde verpleegkundige te praat nie omdat hulle gevoel het dat almal ewe bekwaam is. Die nadeel was egter dat geen vertrouensband tussen die verpleegkundige en familie gevorm kon word nie.

4.5.10 Word ingelig van oorplasingsplanne

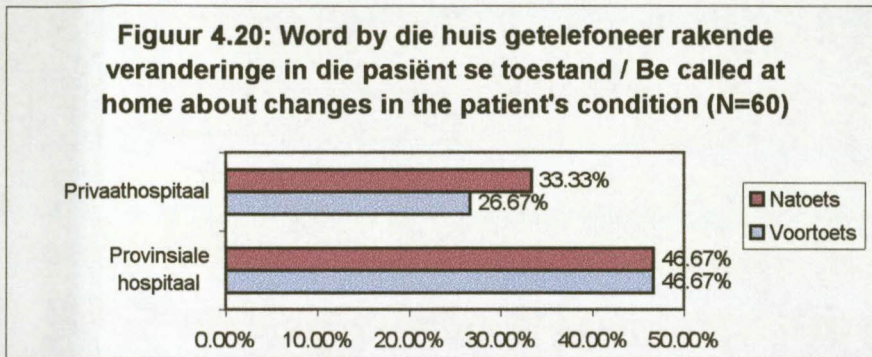


Volgens Bott, *et al.* (1996:470) en Béphage (2000:29) wil familielede kennis van die pasiënt se lengte van verblyf in die intensiewesorg-eenheid dra en dadelik inligting oor moontlike oorplasing na 'n hoërsorg-eenheid of algemene saal ontvang. Hierdie

studie bevestig bogenoemde aangesien 43.33% (kyk Figuur 4.55) van die families hierdie behoefte as "baie belangrik" beskou het.

In beide hospitale is hierdie behoefte goed bevredig (40.00% - 100.00%), alhoewel families soms gevoel het dat die behoefte nie van toepassing op hul situasie was nie. Ten spyte hiervan word dié behoefte as een van familieledes se belangrikste behoeftes beskou en moet aandag daaraan geskenk word.

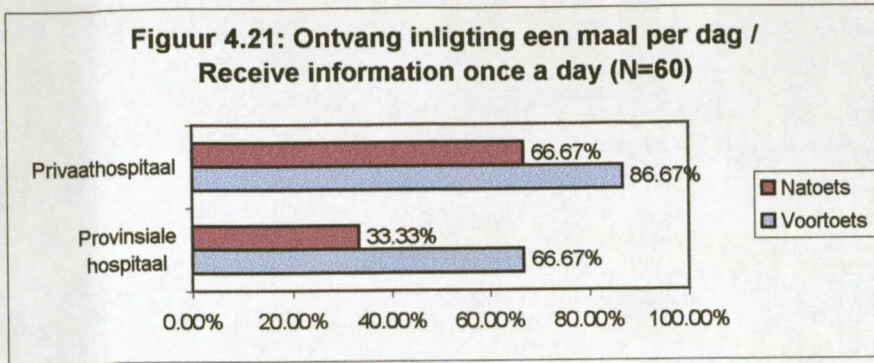
4.5.11 Word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand



Volgens Abels (1986:30) is dit belangrik vir familieledes om te weet dat, indien daar verandering in die pasiënt se toestand intree, hulle dadelik gekontak sal word. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 50.00% (kyk Figuur 4.55) van die families hierdie behoefte as "baie belangrik" beskou het.

Hierdie behoefte is egter swak (26.67% - 46.67%) in beide hospitale bevredig. Alhoewel sommige respondente aangevoer het dat dit in die meeste gevalle onnodig was om hulle by die huis te telefoneer aangesien hulle meeste van die tyd by die hospitaal spandeer het, word hierdie behoefte as een van familieledes se tien belangrikste behoeftes beskou.

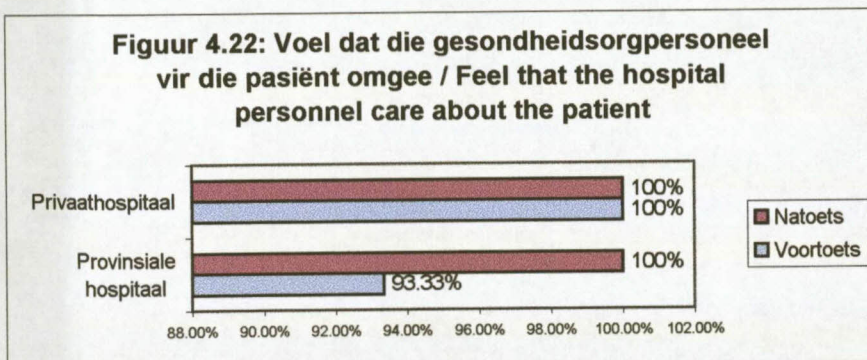
4.5.12 Ontvang inligting een maal per dag



Dit is noodsaaklik dat familieledede daaglikse inligting rakende die pasiënt ontvang (Hickey, 1990:414). Hierdie behoefte is goed (33.33% - 86.67%) deur verpleegkundiges (53.33%) bevredig. Moontlik as gevolg daarvan dat dokters nie so dikwels met die familie kontak het nie, is dié behoefte slegs 18.34% deur dokters bevredig.

Alhoewel hierdie behoefte nie as een van die belangrikste behoeftes van familieledede beskou word nie, moet hulle steeds daaglik op hoogte van die pasiënt se vordering en behandeling gehou word.

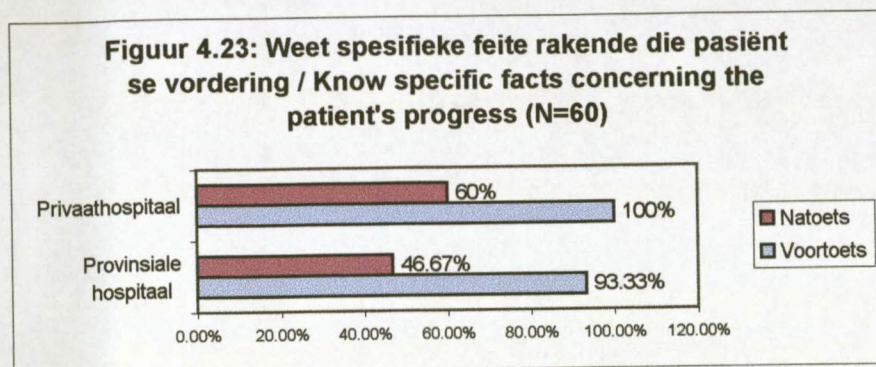
4.5.13 Voel dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee



Gesondheidsorgpersoneel moet te alle tye kalm en professioneel optree om sodoende aan familieledede te demonstreer dat die tyd wat saam spandeer word, betekenisvol en kosbaar is. Sodoende kan familieledede ook beseef dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee (Béphage, 2000:30). Alhoewel hierdie behoefte nie een van die belangrikste behoeftes van familieledede is nie, is dit in beide hospitale goed (93.33% - 100.00%) deur verpleegkundiges (98.33%) en dokters (91.67%) bevredig,

Bogenoemde impliseer dat die gesondheidsorgpersoneel se optrede deurentyd van so 'n aard moet wees dat dit empatie en deernis teenoor die pasiënt vertoonbeeld.

4.5.14 Weet spesifieke feite rakende die pasiënt se vordering



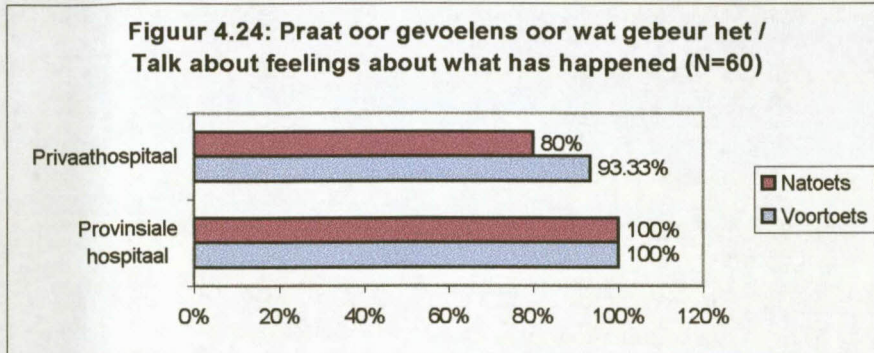
Inligting omtrent die pasiënt se veranderende fisiologiese toestand, asook verwagte voor- en agteruitgang moet aan familieleden verduidelik word (Blosser en De Pompei, 1995:50; Béphage, 2000:29). Hierdie behoefte is goed (46.67% - 100.00%) in beide hospitale deur verpleegkundiges (63.34%), dokters (36.67%) en fisioterapeute (1.67%) in die intensiewesorg-eenheid bevredig. Gespesifiseerde inligting is ook telefonies aan die familie gegee.

Bogenoemde word deur die literatuur ondersteun (kyk bladsy 36, paragraaf vyf: Bombei, *et al.*, 1995:380; Bijttebier, *et al.*, 2001:163; Palazzo, 2001:83). Aangesien die verpleegkundige meer tyd saam met die pasiënt spandeer, word die behoefte in 'n groter mate deur verpleegkundige personeel bevredig.

4.6 Gerusstelling

Vervolgens is 'n bespreking van die behoeftes wat onder die dimensie *gerusstelling* val. Kyk bladsy 55 vir 'n lys van die behoeftes soos deur Leske (1998:92) uiteengesit.

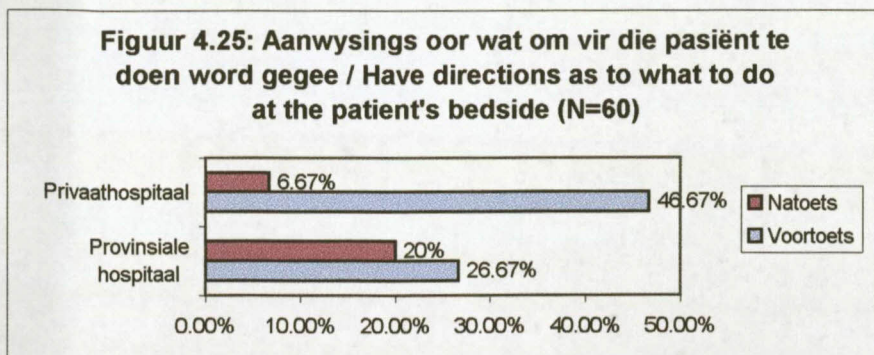
4.6.1 Praat oor gevoelens oor wat gebeur het



Bombei, *et al.* (1995:382) stel voor dat familieledede die kans gegun moet word om aan hulle gevoelens uiting te gee. Hierdie behoefte is goed (80.00% - 100.00%) in beide hospitale deur ander familieledede (86.67%), vriende (61.67%), ander besoekers (10.00%), verpleegkundiges (8.33%) en die predikant/pastoor (3.34%) bevredig. Die behoefte is hoofsaaklik in die intensiewesorg-eenheid (36.11%) of in die wagarea tussen ander besoekers (47.22%) bevredig. Die ander alternatief was om by die familie se huis(e) oor gevoelens oor wat gebeur het, te praat.

Bogenoemde impliseer dat die gesondheidsorgpersoneel nie die familie ten volle ondersteun nie, aangesien hierdie behoefte hoofsaaklik deur ander familieledede, vriende en/of ander besoekers bevredig is.

4.6.2 Aanwysings oor wat om vir die pasiënt te doen word gegee

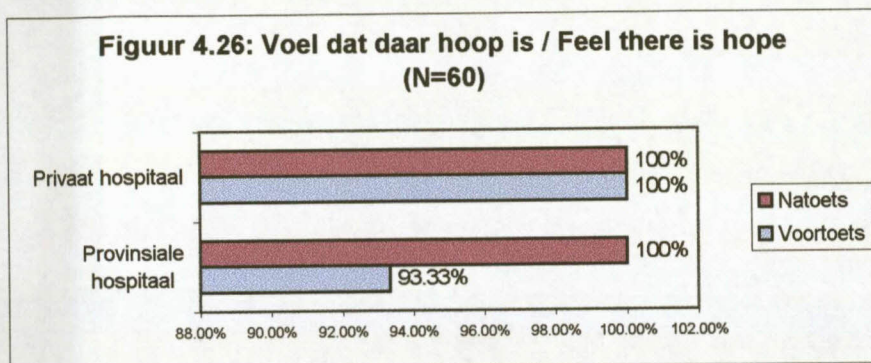


Volgens Hedges, *et al.* (1984:246) en Twibell (1998:105) moet verpleegkundiges inligting oor "hoe om te besoek" aan familieledede gee. Dit sluit inligting oor stemtoon,

woordgebruik, fisieke hantering van die pasiënt en wat in die intensiewesorg-eenheid gedoen mag word, in. Hierdie behoefte is swak (6.67% - 46.67%) deur slegs 21.67% van die verpleegkundiges en 1.67% deur onderskeidelik dokters en fisioterapeute bevredig.

Bogenoemde impliseer dat familieledede nie geweet het wat vir hulle in die intensiewesorg-eenheid toegelaat word nie. Dit is noodsaaklik om families in te lig ten opsigte van die take wat hulle vir die pasiënt mag verrig, byvoorbeeld om die lyf met room te smeer. Indien hierdie behoefte beter bevredig word, sal dit meewerk om die familie-eenheid te behou.

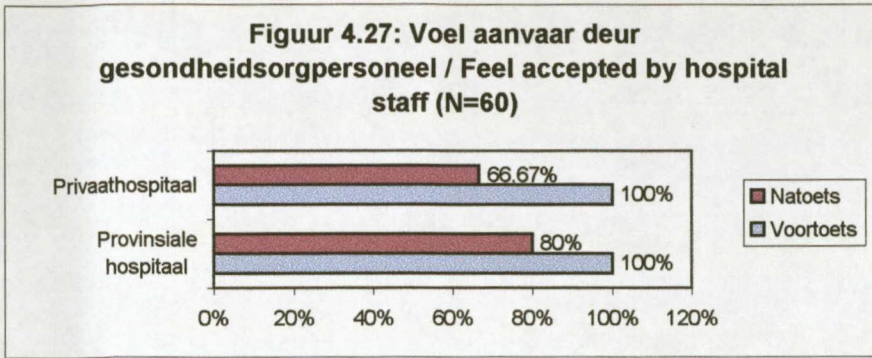
4.6.3 Voel dat daar hoop is



Volgens Molter (1979:338) is die behoefte om te voel dat daar hoop is, die belangrikste universele behoefte. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 90.00% (kyk Figuur 4.55) van die families die behoefte as "baie belangrik" beskou het.

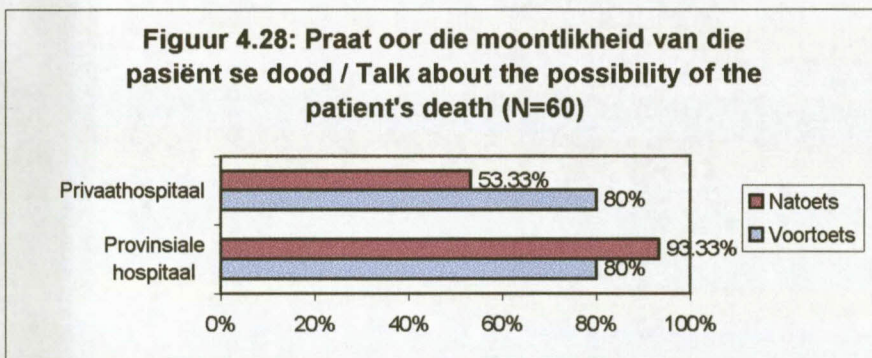
Hierdie behoefte is goed (93.33% - 100.00%) in beide hospitale deur hoofsaaklik dokters (61.67%) en verpleegkundiges (45.00%), asook die predikant/pastoor (5.00%), vriende (13.34%), ander familieledede (23.34%) en ander (23.34%), byvoorbeeld die familielid self, bevredig.

4.6.4 Voel aanvaar deur gesondheidsorgpersoneel



Volgens Bott, *et al.* (1996:472) is dit belangrik dat die gesondheidsorgpersoneel empatie, vriendelikheid en eerlikheid teenoor die familie betoon. Hierdie behoefte is goed (66.67% - 100.00%) in beide hospitale deur verpleegkundiges (83.33%) en dokters (61.67%) bevredig. Familielede het aangevoer dat die gesondheidsorgpersoneel deurgaans vriendelik en professioneel opgetree het.

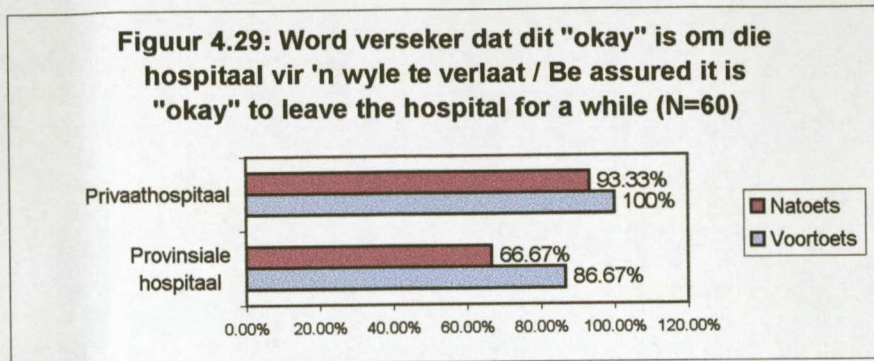
4.6.5 Praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood



Volgens Molter (1979:336) is dit vir familielede noodsaaklik om te kan praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood. Familielede het wel die geleentheid gehad om hieroor met verpleegkundiges (11.67%), dokters (11.67%), die predikant/pastoor (8.34%), vriende (28.33%), ander familielede (65.00%) en ander besoekers (3.33%) te praat (53.33% - 93.33%). Sommige respondente het met die siek familielid self gepraat. Hierdie behoefte is meestal by die familie se huis(e) bevredig.

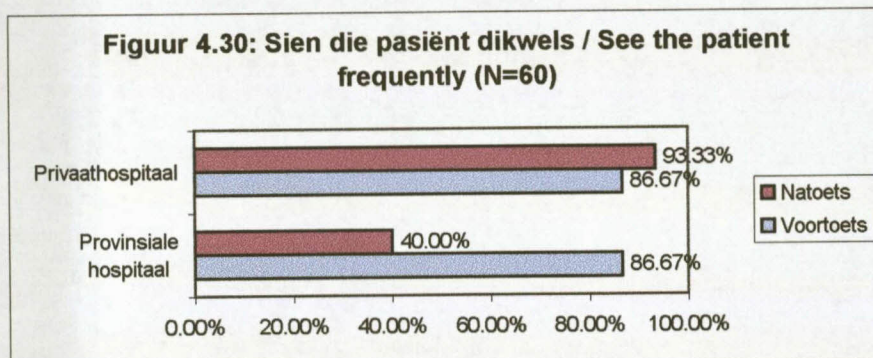
Bogenoemde impliseer dat die behoefte hoofsaaklik deur ander bronne as die gesondheidsorgpersoneel bevredig is.

4.6.6 Word verseker dat dit "okay" is om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat



Sodra die familie voel dat die pasiënt in bekwame hande gelaat word, sal hulle die vrymoedigheid hê om die hospitaal te verlaat (Bombeï, *et al.*, 1995:381; Bijttebier, *et al.*, 2001:163). Hierdie behoefte is goed in beide hospitale bevredig (66.67% - 100.00%). Respondente het aangevoer dat hulle tevrede met die pasiënt se behandeling en vordering was en self die oortuiging gehad het om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat.

4.6.7 Sien die pasiënt dikwels

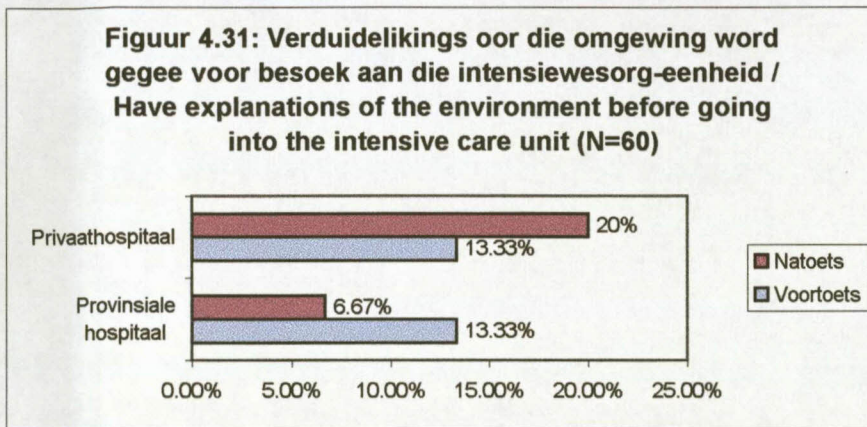


Volgens Bijttebier, *et al.* (2001:165) en Calvin, *et al.* (2001:571) is dit noodsaaklik dat familieledede die pasiënt dikwels sien deur 'n meer sensitiewe en individueel-aanpasbare besoek-program op te stel. Hierdie behoefte is in beide hospitale hoofsaaklik deur verpleegkundiges (40.00%), afhange van die besoek-program, en die familielid self (15.00%), afhange van moontlike vervoerprobleme, goed bevredig (40.00% - 93.33%). Familieledede is wel toegelaat om die pasiënt buite besoektyd te besoek indien hulle ver van die hospitaal woonagtig was (byvoorbeeld in 'n ander dorp) en slegs elke tweede of derde dag die pasiënt kon besoek.

4.7 Nabyheid

Vervolgens is 'n bespreking van die behoeftes wat onder die dimensie *nabyheid* val. Kyk bladsy 55 vir 'n lys van die behoeftes soos deur Leske (1998:92) uiteengesit.

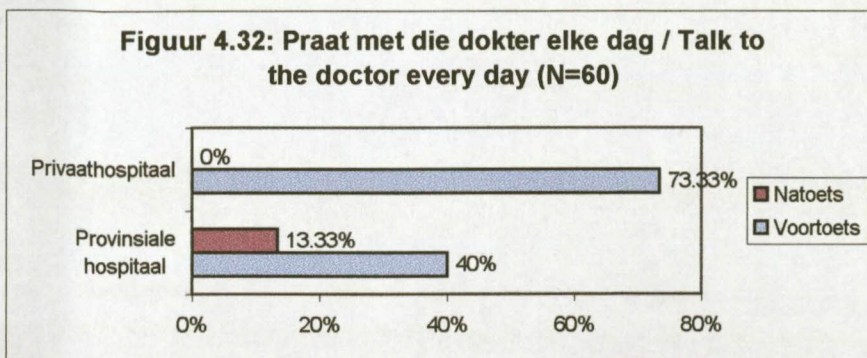
4.7.1 Verduidelikings oor die omgewing word gegee voor besoek aan die intensiewesorg-eenheid



Volgens Amick, *et al.* (1988:35) sal familieledede se stresshantering verbeter indien hulle verduidelikings oor die intensiewesorg-eenheid ontvang. Hierdie behoefte is egter in beide hospitale swak bevredig (6.67% - 20.00%). Sommige respondente het aangevoer dat aangesien die pasiënt as 'n noodgeval opgeneem is, hulle nie die kans gehad het om eers inligting oor die intensiewesorg-eenheid te ontvang nie.

Bogenoemde impliseer dat geen inligtingstukke met betrekking tot die intensiewesorg-eenheid aan families oorhandig is nie.

4.7.2 Praat met die dokter elke dag

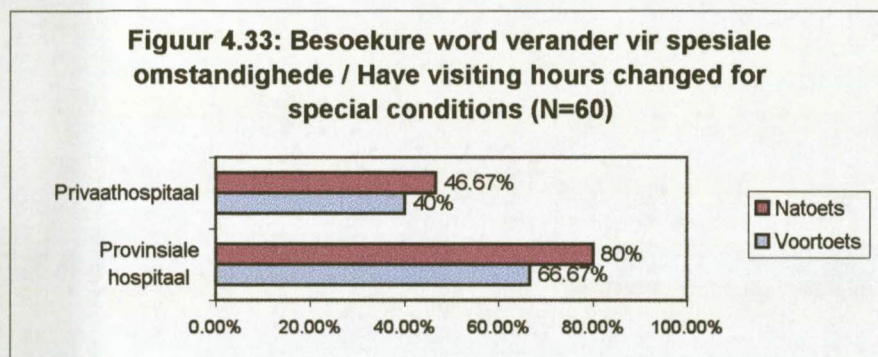


In Gelling en Prevost (1999:57) se studie is bevind dat familieledede die behoefte om elke dag met die dokter te praat ervaar. Hierdie studie bevestig bogenoemde

aangesien 55.00% (kyk Figuur 4.55) van die families die behoefte as "baie belangrik" beskou het.

In teenstelling met die noodsaaklikheid daarvan is hierdie behoefte swak bevredig (0.00% - 73.33%). Respondente het aangevoer dat hulle die dokter soms slegs elke derde dag gesien het. Hulle het egter besef dat die dokter se beskikbaarheid om met die familie te gesels van faktore soos spreekkamerafsprake, teatergevalle, noodgevalle, ensovoorts, afhang. Soos bevestig in die literatuur (kyk bladsy 38, paragraaf twee: Gelling & Prevost, 1999:57; Coyle, 2000:47) is dit belangrik dat verpleegkundiges dus besef dat die oordrag van inligting grotendeels van hulle afhang.

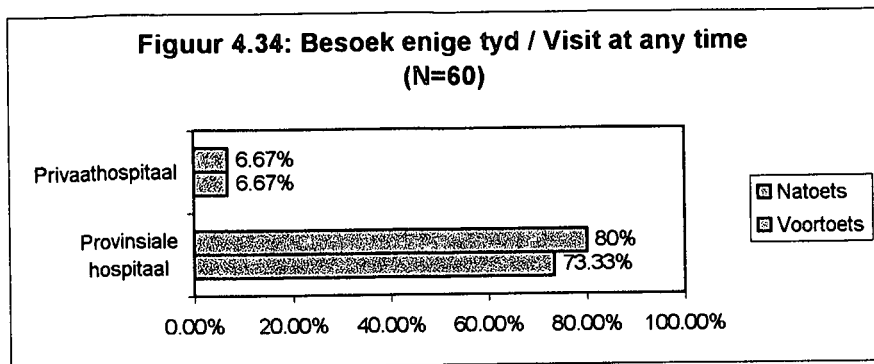
4.7.3 Besoekure word verander vir spesiale omstandighede



Besoekure wat verander kan word om by spesiale omstandighede aan te pas, stel die familie in staat om te alle tye naby die pasiënt te wees (Bijttebier, *et al.*, 2001:163). In die provinsiale hospitaal is hierdie behoefte goed bevredig (66.67% - 80.00%) aangesien 'n meer aanpasbare besoek-program deur die verpleegkundiges gehandhaaf word.

Bogenoemde impliseer dat familieledede die pasiënt meer dikwels, selfs buite besoektyd, kon besoek. Dit sal meebring dat die familie-eenheid behou word.

4.7.4 Besoek enige tyd

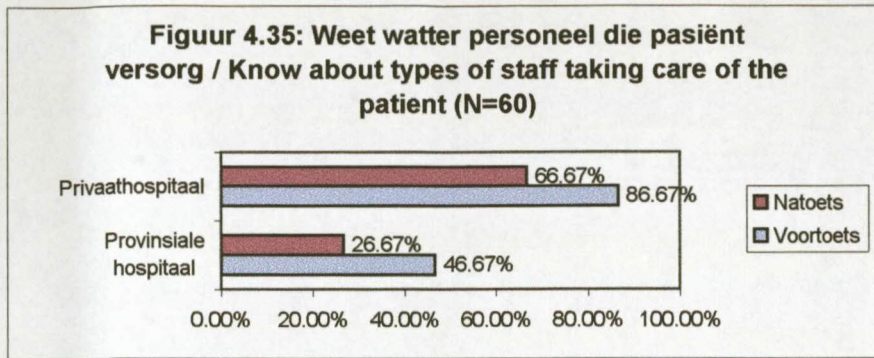


Volgens Hickey en Lewandowski (1988:673) is gereelde besoeke deur familieledede voordelig vir die pasiënt se herstel. Hierdie behoefte is goed in die provinsiale hospitaal, wat nie 'n streng besoek-program handhaaf nie, bevredig (73.33% - 80.00%).

Familieledede het oor die algemeen aangevoer dat hulle begrip vir 'n streng besoek-program om sodoende chaos in die intensiewesorg-eenheid te voorkom, het. Hulle het ook aangevoer dat hulle in die privaathospitaal reëlings met die verpleegkundige kon tref indien hulle die pasiënt buite besoektyd wou besoek.

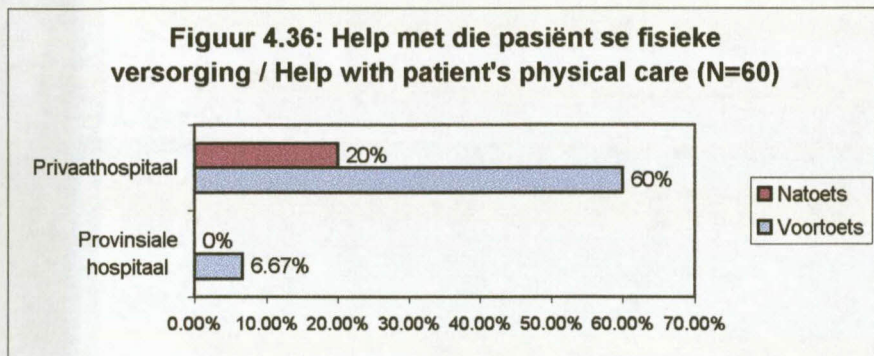
Bijttebier, *et al.* (2001:165) en Calvin, *et al.* (2001:571) het bevind dat die behoeftes aan nabyheid bevredig word indien 'n meer sensitiewe en individueel-aanpasbare besoek-program gehandhaaf word. Sonder om verby die druk program van 'n intensiewesorg-eenheid te kyk, is dit belangrik vir familieledede om tevrede en gerus oor die pasiënt te voel. Dit kan slegs bereik word indien familieledede toegelaat word om die pasiënt meer gereeld te besoek en by die pasiënt se fisieke versorging betrokke te raak.

4.7.5 Weet watter personeel die pasiënt versorg



Volgens Bijttebier, *et al.* (2001:163) is kommunikasie belangrik sodat familieledede ten volle bewus is deur wie die pasiënt versorg word en hoe elke lid van die gesondheidsorgspan tot die pasiënt se herstel bydra. Hierdie behoefte is goed in die privaathospitaal bevredig (66.67% - 86.67%).

4.7.6 Help met die pasiënt se fisieke versorging



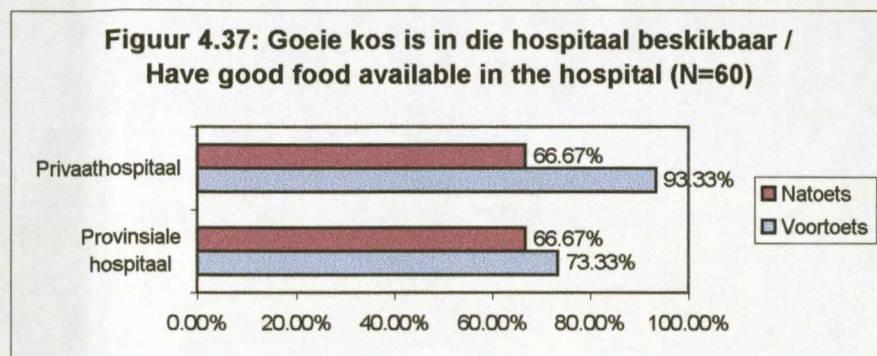
Die beste manier om gevoelens van frustrasie en hulpeloosheid by familieledede te verminder is deur hulle by die pasiënt se versorging te betrek (Abels, 1979:18; Antonioni, *et al.*, 1990:77). Sodanige betrokkenheid moet egter spontaan en vrywillig geskied. Hierdie behoefte is swak in beide hospitale bevredig (0.00% - 60.00%). Sommige respondente het aangevoer dat hulle vir die "pype" bang was en nie by die pasiënt se versorging betrokke wou raak nie. Ander respondente het egter uit hul eie eenvoudige take, byvoorbeeld om die kussings reg te pak of iets te drinke aan te bied, verrig.

Indien bogenoemde behoefte swak bevredig word by families wat by die pasiënt se versorging betrokke wil raak, sal dit vir die behoud van die familie-eenheid nadelig wees.

4.8 Gemak

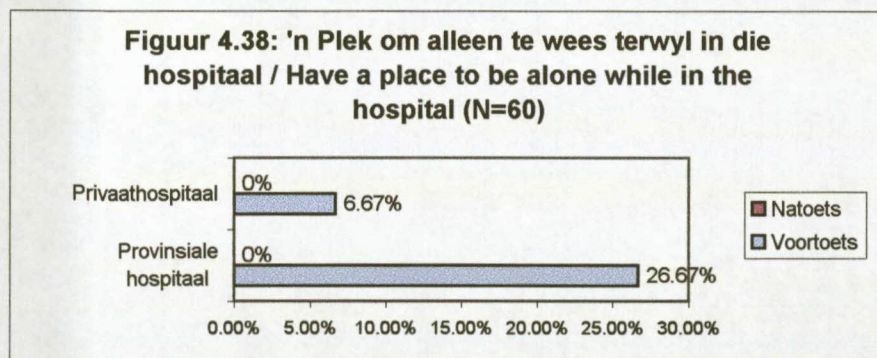
Vervolgens is 'n bespreking van die behoeftes wat onder die dimensie *gemak* val. Kyk bladsy 55 vir 'n lys van die behoeftes soos deur Leske (1998:92) uiteengesit.

4.8.1 Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar



Familielede moet binne bereik van 'n eetsaal wees sodat voedsame kos en vloeistowwe genuttig kan word (Bijttebier, *et al.*, 2001:163). Hierdie behoefte is goed in beide hospitale deur die voedseldienste bevredig (66.67% - 93.33%). Sommige respondente het egter aangevoer dat hierdie behoefte vir hulle onnodig was aangesien hulle nie etes by die hospitaal geneem het nie.

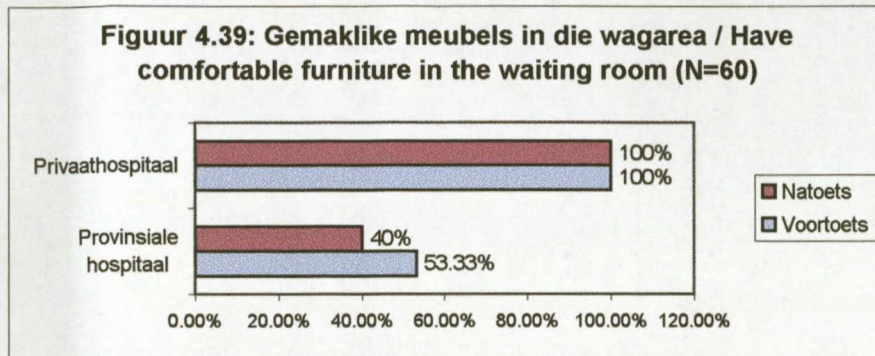
4.8.2 'n Plek om alleen te wees terwyl in die hospitaal



Béphage (2000:29-30) stel voor dat familieledes se privaatheid gerespekteer word deur 'n omgewing weg van die kliniese atmosfeer te skep sodat familieledes aan gevoelens van angs en frustrasie kan uiting gee. Hierdie behoefte is swak in beide hospitale bevredig (0.00% - 26.67%), aangesien geen privaat-wagkamers vir families beskikbaar is nie. Sommige respondente het aangevoer dat 'n privaat-wagkamer onnodig was aangesien die besoekers mekaar ondersteun, terwyl ander respondente gevoel het dat een wagarea te klein en beknop vir al die besoekers was. Daar was respondente wat gevoel het dat 'n rookkamer vir die besoekers noodsaaklik was.

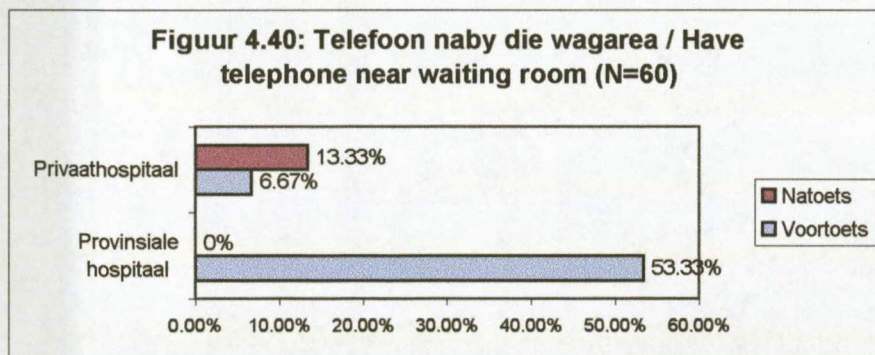
Alhoewel hierdie behoefte nie een van die belangrikste behoeftes van familieledede is nie, moet aandag daaraan geskenk word. Soos Amick, *et al.* (1988:35) bevind het, moet privaat-wagkamers ingerig word aangesien dit ook vir familiekonsultasies (mondelingse inligtingsessies) gebruik kan word.

4.8.3 Gemaklike meubels in die wagarea



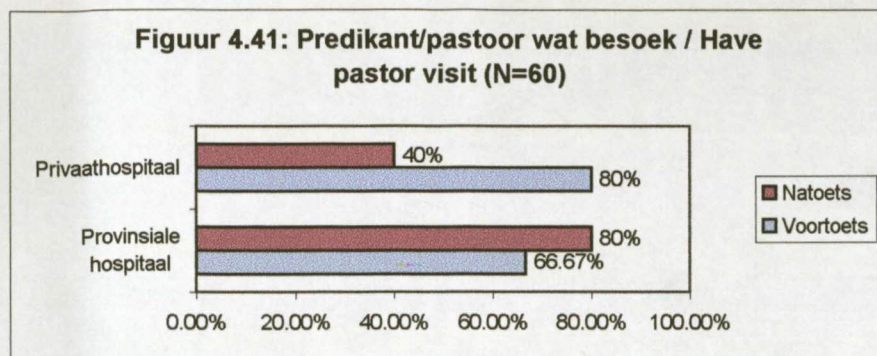
Die wagarea moet met gemaklike stoele en banke, tafels, lampe, tydskrifrakke met tydskrifte en asblikke uitgerus wees (Burrell & Burrell, 1977:385; Breu, *et al.*, 1996:72). Hierdie behoefte is goed in die privaathospitaal deur die hospitaaladministrasie bevredig (100.00%).

4.8.4 Telefoon naby die wagarea



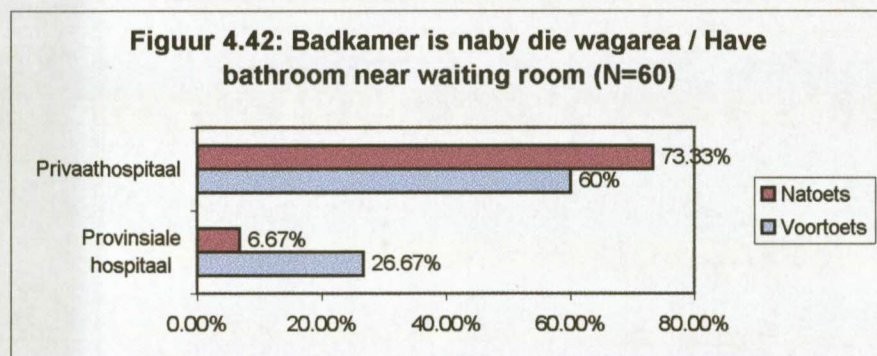
Volgens Bombei, *et al.* (1995:382) is dit vir familieledede stresvol om die wagarea te moet verlaat, daarom moet publieke telefone in die wagarea beskikbaar wees. Alhoewel hierdie behoefte swak bevredig is (0.00% - 53.33%), was dit nie altyd vir familieledede noodsaaklik om 'n publieke telefoon in die wagarea beskikbaar te hê nie aangesien die meerderheid familieledede van sellulêre telefone gebruik maak. Dit is egter noodsaaklik om 'n publieke telefoon in die wagarea of net buite die wagarea beskikbaar te stel aangesien nie alle familieledede oor sellulêre telefone beskik nie.

4.8.5 Predikant/pastoor wat besoek



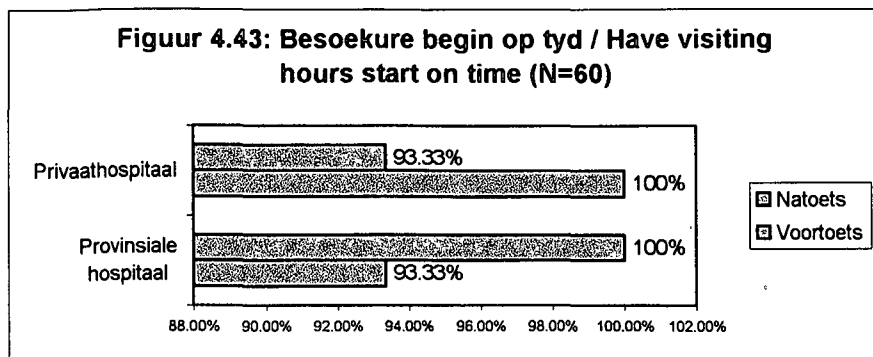
Alhoewel die behoefte aan 'n predikant/pastoor wat besoek aflê as onbelangrik deur familieledede beskou word, stel Bijttebier, *et al.* (2001:164) voor dat pastorale hulp (pastorale besoeke en/of kapeldienste) aan familieledede beskikbaar gestel moet word. Hierdie behoefte is goed in beide hospitale bevredig (40.00% - 80.00%). In die meeste gevalle het die familie se persoonlike predikant/pastoor besoek afgelê. Die familie is ook dikwels tuis deur die predikant/pastoor besoek.

4.8.6 Badkamer is naby die wagarea



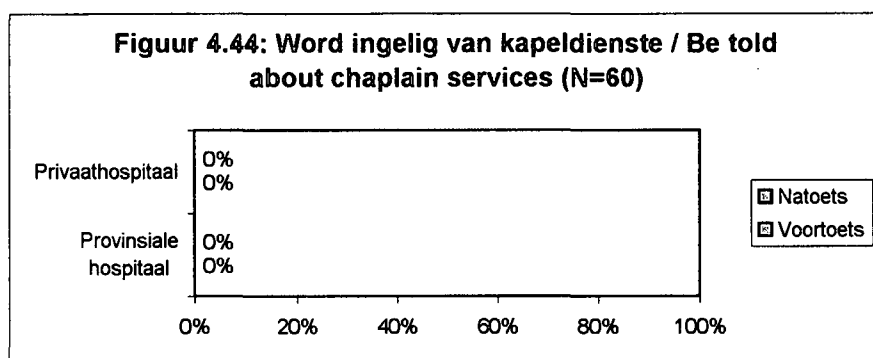
Badkamerfasiliteite moet beskikbaar, gerieflik (Burrell & Burrell, 1977:385; Brey, *et al.*, 1996:72) en naby die wagarea geleë wees (Bombei, *et al.*, 1995:382). Die meerderheid van die respondente in die privaathospitaal het die badkamer as naby genoeg aan die wagarea beskou (60.00% - 73.33%). In die provinsiale hospitaal is hierdie behoefte swak bevredig (6.67% - 26.67%) aangesien die badkamer op 'n ander vloer geleë is. Sommige respondente het egter aangevoer dat dit nie noodsaaklik is dat 'n badkamer naby die wagarea geleë moet wees nie.

4.8.7 Besoekure begin op tyd



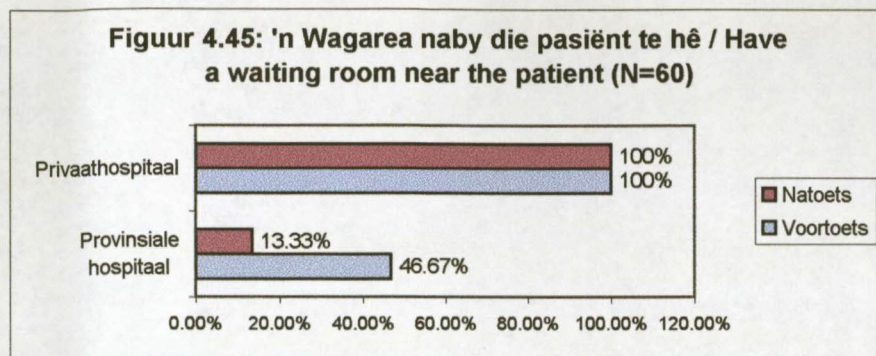
Dit is verkieslik dat besoekure op tyd begin. Indien familieledede nie die pasiënt mag sien nie, sal hulle moontlik 'n scenario baie erger as die werklike situasie, visualiseer (Breu, *et al.*, 1996:70). Besoekure het in beide hospitale oor die algemeen op tyd begin (93.33% - 100.00%). Sommige resondente het aangevoer dat hulle soms 15 minute moes wag, maar dat dit hulle nie gepla het nie.

4.8.8 Word ingelig van kapeldienste



Bijtebier, *et al.* (2001:164) stel voor dat familieledede inligting omtrent kapeldienste moet ontvang. Aangesien daar geen kapel in die privaathospitaal beskikbaar is nie, is hierdie behoefte onbevredig gelaat (0.00%). Daar is egter 'n kapel in die provinsiale hospitaal beskikbaar, maar geen inligting is aan familieledede deurgegee nie (0.00%). Sommige resondente het egter aangevoer dat hulle nie 'n behoefte aan kapeldienste gehad het nie.

4.8.9 'n Wagarea naby die pasiënt te hê

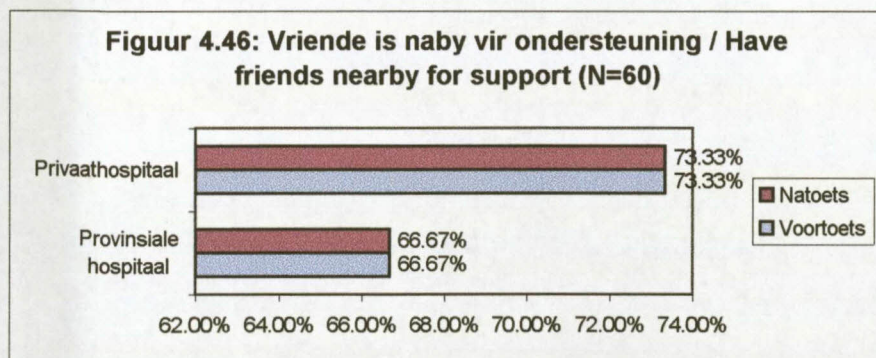


Bombei, *et al.* (1995:382) stel voor dat familieledede verkies dat die wagarea naby die intensiewesorg-eenheid geleë moet wees om sodoende stres te verminder. In die privaathospitaal is hierdie behoefte goed bevredig (100.00%) aangesien die wagarea direk langs die intensiewesorg-eenheid geleë is. In die provinsiale hospitaal is die wagarea baie ver van die intensiewesorg-eenheid geleë (13.33% - 46.67%). Dit is vir familieledede belangrik om naby die pasiënt te wees sodat hulle, in geval van 'n noodgeval, dadelik beskikbaar is.

4.9 Ondersteuning

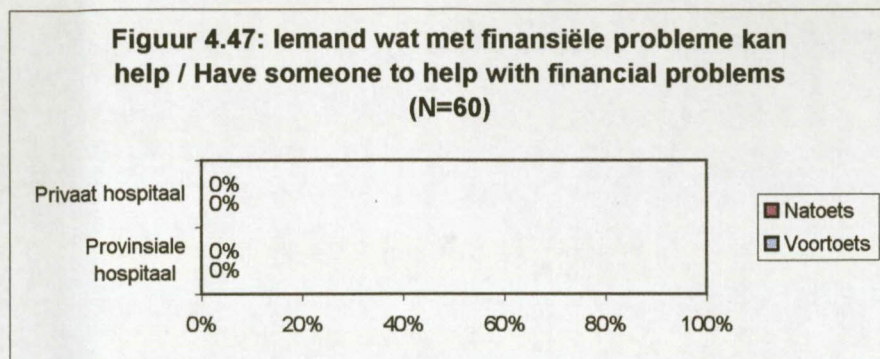
Vervolgens is 'n bespreking van die behoeftes wat onder die dimensie *ondersteuning* val. Kyk bladsy 56 vir 'n lys van die behoeftes soos deur Leske (1998:92) uiteengesit.

4.9.1 Vriende is naby vir ondersteuning



Volgens Bombei, *et al.* (1995:381) sal vriende ondersteuning aan familieledede bied. Hierdie behoefte is goed in beide hospitale bevredig (66.67% - 73.33%) deurdat vriende toegelaat is om saam met die familie besoek af te lê. Respondente het aangevoer dat indien vriende nie saam met hulle by die hospitaal kon besoek aflê nie, hulle telefoniese ondersteuning of ondersteuning van hulle vriende by die huis ontvang het.

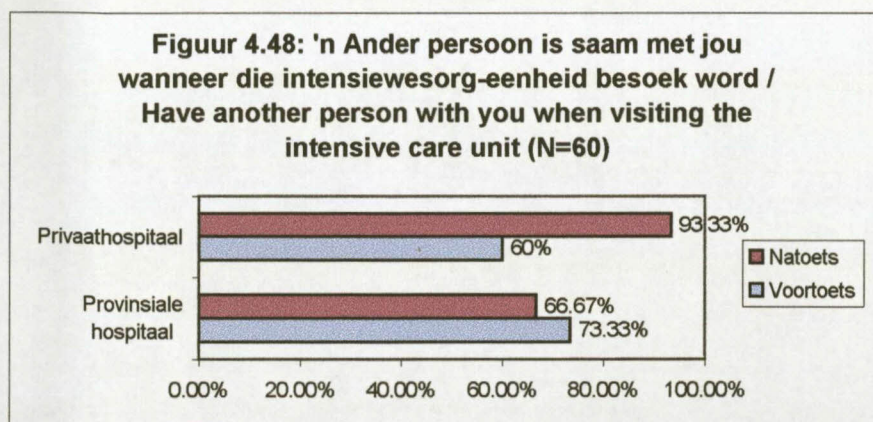
4.9.2 Iemand wat met finansiële probleme kan help



Volgens Molter (1979:336) is dit vir familieledede belangrik om inligting oor iemand wat met finansiële probleme kan help, te ontvang. Hierdie behoefte is swak in beide hospitale bevredig (0.00%). Die meerderheid respondente in die privaathospitaal het egter aangevoer dat hierdie behoefte nie vir hulle bestaan het nie aangesien hulle oor mediese fondse beskik het. Indien mediese fondse uitgeput sou word, bestaan die moontlikheid dat die pasiënt na 'n provinsiale hospitaal oorgeplaas sal word.

Dit is die verpleegkundige se verantwoordelikheid om die familie te help om maatskaplike hulpbronne te bekom en korrek te gebruik. Bogenoemde impliseer dat die gesondheidsorgpersoneel nie genoegsame aandag aan die familie se maatskaplike behoefte aan finansiële ondersteuning geskenk het nie. Hierdie studie verskil dus van die literatuur aangesien hierdie behoefte nie aanvanklik as 'n probleem beskou is nie.

4.9.3 'n Ander persoon is saam met jou wanneer die intensiewesorg-eenheid besoek word

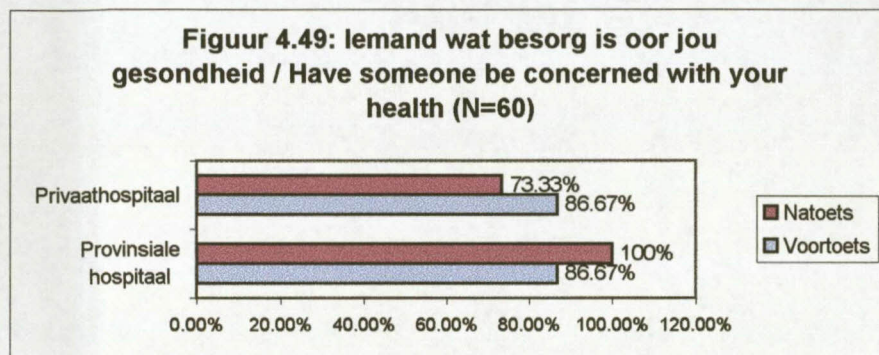


Bombei, *et al.* (1995:381) stel voor dat vriende en/of ander familieledede ondersteuning aan besoekers bied. Hierdie behoefte is goed (60.00% - 93.33%) in beide hospitale

deur familieledede se vriende (45.01%), ander familieledede (65.00%) en ander besoekers (1.67%) bevredig. Sommige respondente het egter aangevoer dat hierdie behoefte onnodig was aangesien hulle alleen besoek wou aflê.

Bogenoemde impliseer dat nie slegs familieledede toegelaat word om besoek af te lê nie, maar ook vriende.

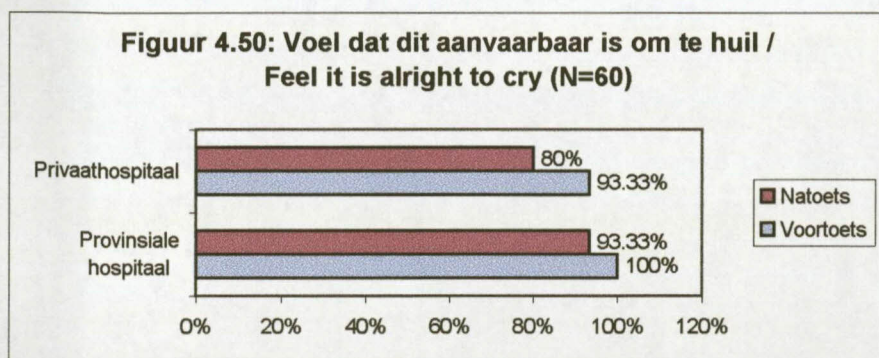
4.9.4 Iemand wat besorg is oor jou gesondheid



Familieledede moet dikwels daaraan herrinner word om ook na hul eie gesondheid om te sien (Beatty & De Jong, 2000:46). Hierdie behoefte is goed (73.33% - 100.00%) in beide hospitale deur ander familieledede (60.00%) en vriende (38.34%) bevredig.

Bogenoemde behoefte is hoofsaaklik deur familieledede en vriende bevredig. Dit impliseer dat alhoewel die familie gevoel het dat die gesondheidsorgpersoneel hulle aanvaar (kyk Figuur 4.27), hulle nie noodwendig oor die familielid se gesondheid bekommerd was nie. Hulle aandag was moontlik op die pasiënt gerig.

4.9.5 Voel dat dit aanvaarbaar is om te huil

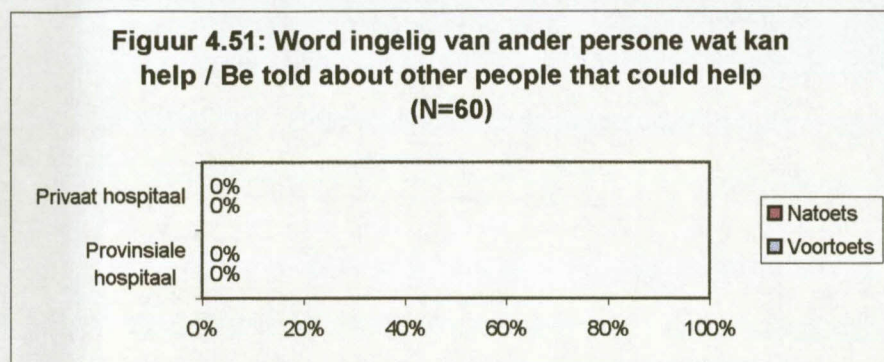


Bijttebier, *et al.* (2001:163) dui aan dat die behoefte om te voel dat dit aanvaarbaar is om te huil nie een van familieledede se belangrikste behoeftes is nie. Ten spyte hiervan

is dié behoefte goed in beide hospitale bevredig (80.00% - 100.00%) deurdat familieledede oor die algemeen self gevoel het dat dit aanvaarbaar is om te huil.

Alhoewel hierdie behoefte nie een van familieledede se belangrikste behoeftes is nie, moet die gesondheidsorgpersoneel aandag daaraan skenk om familieledede te motiveer om aan hulle gevoelens van angs en onsekerheid uiting te gee.

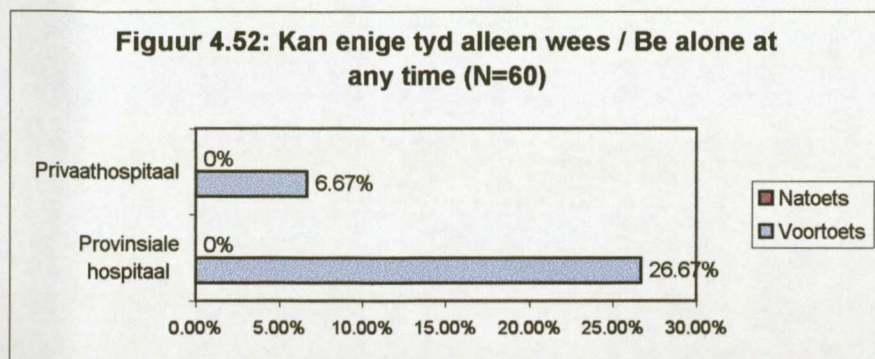
4.9.6 Word ingelig van ander persone wat kan help



Volgens Carroll en Gavaghan (2002:69) is dit noodsaaklik om aan familieledede inligting oor maatskaplike hulpbronne te gee. Hierdie behoefte is swak in beide hospitale bevredig (0.00%).

Dit is die verpleegkundige se verantwoordelikheid om die familie te help om maatskaplike hulpbronne te bekom en korrek te gebruik (kyk Figuur 4.47). Bogenoemde impliseer dat die gesondheidsorgpersoneel nie genoegsame aandag aan die familie se maatskaplike behoeftes geskenk het nie. Hierdie studie verskil van die literatuur aangesien hierdie behoefte nie aanvanklik as 'n probleem beskou is nie.

4.9.7 Kan enige tyd alleen wees

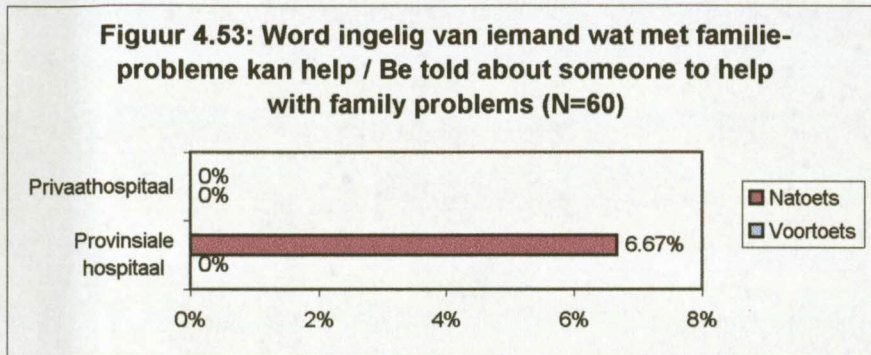


Volgens Béphage (2000:29-30) moet familieledede die ruimte gegun word om alleen te wees deur hul privaatheid te respekteer. Hierdie behoefte is swak in beide hospitale

bevredig (0.00% - 26.67%) aangesien daar nie privaat-wagkamers vir families beskikbaar is nie. In baie gevalle is hierdie behoefte bevredig deurdat familieledede toevlug tot die badkamer geneem het of buite die hospitaal gaan sit het.

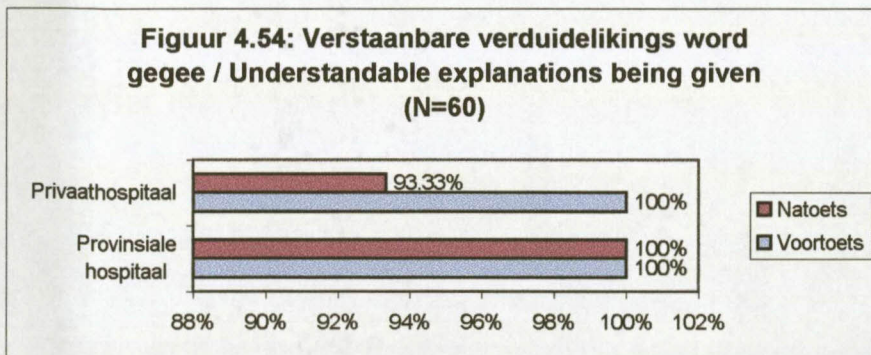
Alhoewel hierdie behoefte nie een van die belangrikste behoeftes van familieledede is nie, moet aandag daaraan geskenk word (kyk Figuur 4.38).

4.9.8 Word ingelig van iemand wat met familie-probleme kan help



Dit is noodsaaklik dat familieledede inligting omtrent maatskaplike hulpbronne, byvoorbeeld die predikant/pastoor en die maatskaplike werk(st)er, moet ontvang (Bombei, *et al.*, 1995:382; Carroll & Gavaghan, 2002:69;). Hierdie behoefte is swak in beide hospitale bevredig (0.00% - 6.67%). Alle families moet ten opsigte van hul maatskaplike probleme en behoeftes geëvalueer word.

4.9.9 Verstaanbare verduidelikings word gegee

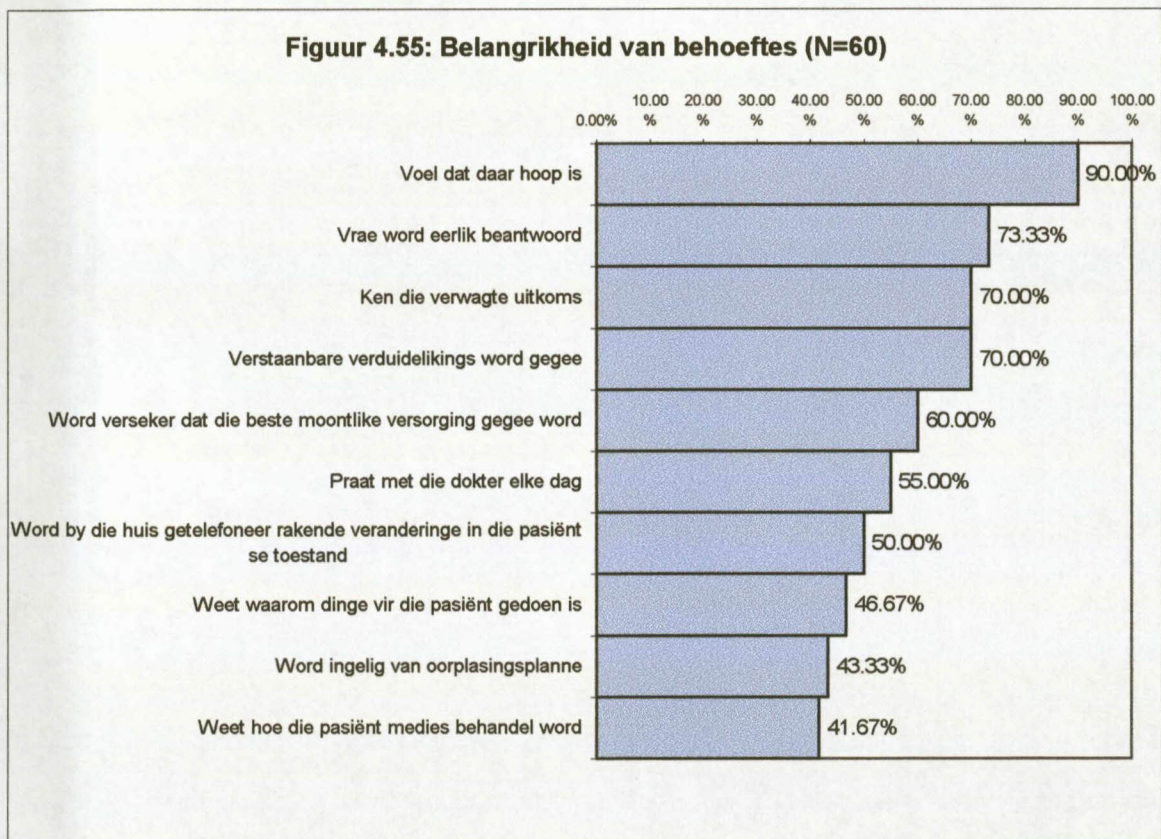


Volgens Bijttebier, *et al.* (2001:162) word die behoefte aan verstaanbare verduidelikings as een van die familie se mees belangrike behoeftes beskou. Hierdie studie bevestig bogenoemde aangesien 70.00% (kyk Figuur 4.55) van die families die behoefte as "baie belangrik" beskou het.

Dié behoefte is goed deur hoofsaaklik verpleegkundiges (78.34%) en dokters (81.67%) in beide hospitale bevredig (93.33% - 100.00%). Dit impliseer dat alhoewel die kwantiteit van inligting dikwels te kort geskiet het, die kwaliteit nie daaronder gelyk het nie. Wanneer inligting gegee is, het die personeel dit breedvoerig en duidelik met familieledede bespreek.

4.10 Belangrikheid van behoeftes

Die belangrikheid van die behoeftes is bereken deur al vier steekproefgroepe saam te reken en die behoeftes wat die meeste as "baie belangrik" beskou is, te identifiseer. 'n Persentasie is volgens die frekwensie bereken. Slegs die eerste tien belangrikste behoeftes is geïdentifiseer.



Die meeste van die belangrikste behoeftes wat geïdentifiseer is, stem met dié van Molter (1979) en Bijttebier, *et al.* (2001) se studies ooreen. Die eerste vyf belangrikste behoeftes is bo 90.00% bevredig.

"Voel dat daar hoop is", "word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand", "ken die verwagte uitkoms", "vrae word eerlik beantwoord" en "verstaanbare verduidelikings word gegee" is ook in Molter (1979:334) se studie

onder die eerste tien behoeftes geïdentifiseer. "Vrae word eerlik beantwoord", "word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word", "ken die verwagte uitkoms", "verstaanbare verduidelikings word gegee", "word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand", "weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is" en "word ingelig van oorplasingplanne" is ook in Bijttebier, *et al.* (2001:163) se studie onder die eerste tien behoeftes geïdentifiseer.

Ses van die behoeftes wat onder die eerste tien behoeftes in dié studie geïdentifiseer is, val onder die dimensie *inligting*, en twee van die behoeftes val onder die dimensie *gerusstelling*.

4.11 Nuwe ongeïdentifiseerde behoeftes

Familielede het aangedui dat hulle geen nuwe ongeïdentifiseerde behoeftes het wat nie reeds genoem is nie. *Dit gee 'n definitiewe aanduiding dat die vraelys wat in die studie gebruik is, al die behoeftes van familieledes bespreek.*

Familielede het wel sekere behoeftes gebruik en alternatiewe genoem. By die behoefte "goeie kos is in die hospitaal beskikbaar" het familieledes genoem dat hulle dit sou verkies indien 'n koffiemasjien in die wagarea beskikbaar was. Dit sou impliseer dat hulle nie nodig gehad het om die wagarea te verlaat om iets te drink te kry nie.

Familielede het ook genoem dat daar slegs een stoel (en soms geen) in die intensiewesorg-eenheid beskikbaar was om te gebruik. Dit impliseer dat familieledes ook 'n behoefte aan gerief het wanneer hulle die pasiënt besoek, veral ná die aanvanklike angsvolle tydperk.

4.12 Gevolgtrekkings

Deur die mate van behoefte-bevrediging te bestudeer, is behoeftes wat aandag benodig, geïdentifiseer. Indien 'n behoefte minder as 50.00% per steekproef bevredig is, verdien dit aandag en moontlike regstelling. Uit die voor- en natoetse is die volgende gevolgtrekkings gemaak, naamlik (die mate van behoefte-bevrediging is na die behoefte genoem en is op beide hospitale van toepassing, tensy anders gemeld):

Inligting

- Familielede het nie 'n spesifieke persoon (kontakpersoon/tussenganger) wat hulle vir inligting kon kontak, gehad nie (6.67% - 26.67%).
- Familielede het nie geweet watter personeel spesifieke inligting kon gee nie (13.33% - 33.33%).
- Familielede kon nie elke dag met dieselfde verpleegkundige praat nie (0.00%).
- Familielede is nie altyd by die huis getelefoneer indien daar veranderinge in die pasiënt se toestand ingetree het nie (26.67% - 46.67%).

Gerusstelling

- Familielede het nie aanwysings oor wat hulle vir die pasiënt kon doen, ontvang nie (6.67% - 46.67%).

Nabyheid

- Familielede het nie verduidelikings oor die omgewing, voor besoek aan die intensiewesorg-eenheid, ontvang nie (6.67% - 20.00%).
- Familielede kon nie elke dag met die dokter praat nie (Provinsiale hospitaal: 13.33% - 40.00%).
- Besoekure is nie vir spesiale omstandighede verander nie (Privaathospitaal: 40.00% - 46.67%).
- Familielede kon nie enige tyd besoek aflê nie (Privaathospitaal: 6.67%).
- Familielede het nie geweet watter personeel die pasiënt versorg nie (Provinsiale hospitaal: 26.67% - 46.67%).
- Familielede kon nie met die pasiënt se fisieke versorging help nie (Provinsiale hospitaal: 0.00% - 6.67%)

Gemak

- Familielede het nie 'n plek gehad om alleen te wees terwyl hulle in die hospitaal was nie (0.00% - 26.67%).
- Daar was nie 'n telefoon naby die wagarea nie (Privaathospitaal: 6.67% - 13.33%).
- Daar was nie 'n badkamer naby die wagarea nie (Provinsiale hospitaal: 6.67% - 26.67%).
- Familielede het nie inligting omtrent kapeldienste ontvang nie (0.00%).
- Daar was nie 'n wagarea naby die pasiënt nie (Provinsiale hospitaal: 13.33% - 46.67%).

Ondersteuning

- Familielede het nie inligting omtrent finansiële hulp ontvang nie (0.00%).
- Familielede het nie inligting omtrent ander persone wat kon help, ontvang nie (0.00%)
- Familielede kon nie enige tyd alleen wees nie (6.67% - 26.67%).
- Familielede het nie inligting omtrent persone wat met familie-probleme kon help, ontvang nie (0.00% - 6.67%).

4.13 Samevatting

In dié hoofstuk is die data-ontleding bespreek.

Hoofstuk 5

Aanbevelings

5.1 Inleiding

In die vorige hoofstuk is die data-ontleding en gevolgtrekkings bespreek. Vervolgens word die aanbevelings genoem.

5.2 Aanbevelings

Algemeen

Inligting

- Dit is uiters belangrik dat wanneer 'n pasiënt in die intensiewesorg-eenheid toegelaat word, die senior verpleegkundige haar- of homself as **kontakpersoon (tussenganger)** aan die familie moet voorstel aangesien dit die persoon is wat die meeste tyd in die intensiewesorg-eenheid werksaam is.
- Aangesien die intensiewesorg-eenheid, personeel en verskillende range vir die familie onbekend is en hulle graag wil weet hoe elke personeellid tot die pasiënt se herstel bydra, moet die **range en bestek van praktyk** van elke personeellid aan die familie verduidelik word.
- Dit is noodsaaklik dat die betrokke hospitale en in besonder die intensiewesorg-eenhede, aandag aan 'n **inligtingstuk** moet skenk. In beide hospitale was daar 'n duidelike gebrek aan inligting ten opsigte van verduidelikings oor die intensiewesorg-eenheid en die verskillende personeel wat daar werksaam is.
- Die meerderheid van familieledede se belangrikste behoeftes val onder die dimensie *inligting* (kyk Figuur 4.55). Dit is daarom belangrik om deur middel van **daaglikse mondelingse inligtingsessies** die familie op hoogte van die pasiënt se behandeling te hou. Die bespreking in Hoofstuk 2 oor die aspekte van bogenoemde kan as riglyn gebruik word wanneer 'n inligtingstuk of inligtingsessie beplan word.
- Indien dit moontlik is, moet dieselfde verpleegkundige altyd aan 'n familie toegeken word. Die persoonlike **vertrouensband** wat gevorm word is uiters belangrik indien die familie die personeel wil vertrou en respekteer. Indien dit as gevolg van verskillende skofte en dienste onmoontlik is om dieselfde

verpleegkundige daagliks by dieselfde pasiënt te laat werk, moet elke nuwe verpleegkundige poog om die familie ten volle te ondersteun. Dit kan bereik word deur voldoende inligting op 'n empatiese wyse aan die familie oor te dra.

- Dit is dikwels onnodig om die familie by die huis te telefoneer indien daar veranderinge in die pasiënt se toestand intree, aangesien die familie meeste van die tyd by die hospitaal spandeer. In die enkele gevalle waar die familie nie by die hospitaal is nie, is dit uiters noodsaaklik dat hulle **inligting telefonies** ontvang, selfs al is dit slegs inligting omtrent behandeling wat verander of toetse wat op die pasiënt uitgevoer word.

Gerusstelling

- Alhoewel familieledede en besoekers mekaar in die meeste gevalle ondersteun, is dit belangrik dat die gesondheidsorgpersoneel moet besef dat aangesien hulle naby die familie is en die situasie waarin die familie verkeer goed ken, hulle in 'n uiters geskikte posisie is om die familie te **ondersteun** en met die familie oor hulle **gevoelens** en die moontlikheid van die **pasiënt se dood** te praat.
- Dit is noodsaaklik om die familie in te lig ten opsigte van die take wat hulle vir die pasiënt mag verrig. Deur middel hiervan sal die **familie-eenheid** behoue bly.

Nabyheid

- Dit is nie altyd moontlik om elke dag met die dokter te praat nie as gevolg van verskeie faktore en dit blyk dat familieledede dikwels begrip daarvoor het. Dit is egter belangrik om **dokters** in te lig oor die noodsaaklikheid van daaglikse kommunikasie en interaksie met die familie.
- Alhoewel die voordele van streng besoektye aanvaarbaar is, moet die gebruik van 'n meer **individueel-aanpasbare besoek-program** hersien word. Vanuit die familie se oogpunt sal meer gereelde besoeke aan die pasiënt, emosionele ondersteuning aan beide entiteite bied en sodoende sal die familie-eenheid behoue bly.
- Wanneer eenvoudige take vir die pasiënt verrig word, moet die familie genader word om by die pasiënt se versorging betrokke te raak. **Familiële betrokkenheid** by die pasiënt is uiters noodsaaklik om die familie-eenheid te behou. Dit is belangrik om egter eers akkuraat te bepaal watter familieledede betrokke wil wees en hulle dan toe te laat om eenvoudige take vir die pasiënt te verrig.

Gemak

- Daar moet verkieslik een of meer **privaat-wagkamers** vir besoekers ingerig word. Een groot wagarea is dikwels te onpersoonlik en beknop vir al die besoekers. Hierdie privaat-wagkamers is nie net voordelig om privaatheid aan die familie te skenk nie, maar kan ook deur die gesondheidsorgpersoneel gebruik word vir familiekonsultasies (mondelingse inligtingsessies).
- Alhoewel dit moeilik en tydrowend is om die hospitaal se struktuur te verander, moet daar gepoog word om 'n **wagarea** en **badkamer** nader aan die intensiewesorg-eenheid in te rig.
- Ten spyte daarvan dat die meerderheid besoekers van sellulêre telefone gebruik maak, is dit ook noodsaaklik om 'n **publieke telefoon** in of net buite die wagarea vir diegene wat nie oor sellulêre telefone beskik nie, beskikbaar te stel.
- Alhoewel nie alle besoekers die **kapel** as baie belangrik ag nie is daar wel diegene wat daarvan gebruik sal maak. In die provinsiale hospitaal waar 'n kapel reeds jare in gebruik is, is dit noodsaaklik om inligting omtrent kapeldienste aan besoekers oor te dra.

Ondersteuning

- Die **maatskaplike wer(st)er** kan 'n uiters noodsaaklike rol in die intensiewesorg-eenheid vervul. Dikwels is gesondheidsorgpersoneel totaal onbewus van moontlike probleme en bekommernisse, hetsy dit finansieel, gesondheid of maatskaplik van aard is, wat by familieledede mag bestaan. Indien die gesondheidsorgpersoneel moontlike probleme en bekommernisse identifiseer, kan die familie na 'n maatskaplike werk(st)er verwys word.

Opleiding

- Die persepsie van die gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid word deur hulle **ondervinding** en die **opleiding** wat hulle ontvang het, beïnvloed (Gelling & Prevost, 1999:57). In dié studie het dit na vore gekom dat meer aandag in die gesondheidsorgpersoneel se kurrikulum aan die behoeftes van familieledede gegee moet word, aangesien die vraag ontstaan het of hulle oor genoegsame kennis (**wetenskaplik** en **medies**), **begrip** en **ervaring** beskik om familieledede se behoeftes te identifiseer en ten volle te bevredig.
- **Indiensopleidingsessies** in hospitale wat spesifieke aandag aan die behoeftes van familieledede gee, moet aangebied word.

- Gesondheidsorgpersoneel en familieledes se persepsie van behoeftes verskil (Gelling & Prevost, 1999:57). Dit is dus belangrik om met behulp van 'n maatstaf (verwysingsbron of riglyn) 'n **kritieke sorgplan vir familieledes** op te stel en te verseker dat dit by die verpleegsorgplan van die pasiënt ingekorporeer word aangesien die pasiënt en familie as 'n eenheid verpleeg moet word.
- Gesondheidsorgpersoneel moet oor sekere **persoonlikheidseienskappe** beskik en prakties vaardig wees. Hulle moet die korrekte houding hê en empaties sowel as simpatiek wees, en hulle moet met oorleg kan kommunikeer en oor goeie interpersoonlike vaardighede beskik (Bott, *et al.*, 1996:471).

Voortgesette navorsing omtrent die behoeftes van familieledes en die oriëntering van gesondheidsorgpersoneel moet gedoen word om optimale kennis en bevrediging van familiële behoeftes te verseker.

5.3 Samevatting

Die mens word met sekere behoeftes gebore. Sy voortbestaan word deur die bevrediging van sodanige behoeftes bepaal. Die beangste familielid in die intensiewesorg-eenheid verskil op geen wyse van hierdie mens nie. Gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid moet poog om noodsaaklike behoeftes akkuraat te identifiseer en optimaal te bevredig. Sodoende word die ewilbrium en funksionaliteit van die familie-eenheid suksesvol herwin en behou. Die hoofdoel, om kwaliteit-verpleegsorg te lewer, moet te alle tye nagestreef word.

Bibliografie

1. Abels, L. 1979. *Mosby's manual of critical care*. (1st Edition). St Louis: The C. V. Mosby Company.
2. Abels, L. 1986. *Critical care nursing. A physiologic approach*. (1st Edition). St Louis: The C. V. Mosby Company.
3. Amick, T., Black, D. R., Dockter, B., Engleberg, D., Hovell, M. F., Neimier, D. & Sheets, N. 1988. Families and intensive care nurses: comparison of perceptions. *Patient Education and Counselling*, 12(1):29-36.
4. Anoniem. 5 March 2003. *ICU waiting room. Improving communication and understanding in the ICU*. http://www.icu-usa.com/tour/waiting_room.html
5. Anoniem. 5 March 2003. *Family visitation in the ICU*. <http://www.aacn.org/aacn/practice.nsf/>
6. Anoniem. 5 March 2003. *The crisis begins*. <http://www.sdbif.org/Guide/Begins.htm>
7. Antonioni, C., Hicks, G., Jacono, J., O'Brien, K. & Rasi, M. 1990. Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart & Lung*, 19(1):72-78.
8. Asiain, M. C., Margall, M. A., Otano, C., Perochena, M. P. & Zazpe, C. 1997. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(1):12-16.
9. Askwall, A. & Bergbom, I. 2000. The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6):384-395.

10. Atkins, M. & Brown, G. 1993. *Effective teaching in higher education*. (3rd Edition). London: Routledge.
11. Babbie, E. 2001. *The Practice of Social Research*. (9th Edition). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
12. Bailey, P., Bailey, W. B., Coutu-Wakulczyk, G. & Rukholm, E. 1991. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8):920-928.
13. Beatty, D. S. & De Jong, M. J. 2000. Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(5):40-47.
14. Begley, C., Quinn, S. & Redmond, K. 1996. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 1. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(3):168-172.
15. Begley, C., Quinn, S. & Redmond, K. 1996. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(4):239-245.
16. Bellinger, A. & Lynn-McHale, D. J. 1988. Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. *Heart & Lung*, 17(4):447-453.
17. Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. 1999. *Clinical wisdom and interventions in critical care. A thinking-in-action approach*. (1st Edition). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
18. Béphage, G. 2000. *Social and behavioural sciences for nurses. An integrated approach*. (1st Edition). London: Harcourt Publishers Limited.
19. Bickerton, L., Doucette, P., Harkness, C., Lindsay, P., Morin, J. & Sherrard, H. 1997. Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. *Heart & Lung*, 26(6):458-465.

20. Bijttebier, P., Delva, D., Ferdinande, P., Frans, E. & Vanoost, S. 2001. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine*, 27(1):160-165.
21. Billings, D. M. & Halstead, J. A. 1998. *Teaching in nursing. A guide for faculty.* (1st Edition). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
22. Bloniasz, E., Giuliano, A. J., Giuliano, K. K., Quirk, P. A. & Wood, J. 2000. A quality-improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(1):30-34.
23. Blosser, J. & De Pompei, R. 1995. Fostering effective family involvement through mentoring. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 10(2):46-56.
24. Bombei, C., Schutte, D. L. & Tittler, M. G. 1995. Developing family-focused care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 7(2):375-386.
25. Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., Jamerson, P. A., Kuckelman Cobb, A. & Scheibmeir, M. 1996. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 25(6):467-474.
26. Breu, C., Cardin, S., Clochesy, J. M., Rudy, E. B. & Whittaker, A. A. 1996. *Critical care nursing.* (2nd Edition). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
27. Burns, N & Grove, S. K. 1997. *The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization.* (3rd Edition). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
28. Burrell, L. O. & Burrell, Z. L. 1977. *Critical care.* (3rd Edition). St Louis: The C. V. Mosby Company.
29. Calvin, A. O., Clark, A. P., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E. & Meyers, T. A. 2001. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. A research-based intervention. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4):569-575.
30. Cangelosi, J. S. 1992. *Systematic teaching strategies.* (1st Edition). New York: Longman Publishing Group.

31. Carroll, D. L. & Gavaghan, S. R. 2002. Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(2):64-71.
32. Chalmers, D. & Fuller, R. 1996. *Teaching and learning in higher education. Teaching for learning at university.* (1st Edition). London: Kogan Page Limited.
33. Cohen, M. Z., Craft, M. J. & Titler, M. G. 1991. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children and nurses. *Heart & Lung*, 20(2):174-182.
34. Coyle, M. A. 2000. Meeting the needs of the family: the role of the specialist nurse in the management of brain death. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(1):45-50.
35. Dear, C., Kinney, M., Packa, D. & Voorman, D. 1981. *AACN's clinical reference for critical-care nursing.* (1st Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
36. Daley, L. 1984. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung*, 13(3):231-237.
37. Dunkel, J. & Eisendrath, S. 1983. Families in the intensive care unit: their effect on staff. *Heart & Lung*, 12(3):258-261.
38. Engli, M. & Kirsivali-Farmer, K. 1993. Needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(2):78-85.
39. Fleury, J., Moore, S. & Van Horn, E. 2002. Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: an integrative literature review. *Heart & Lung*, 31(3):186-198.
40. Forrester, D. A., Monaghan, J. F., Murphy, P. A. & Price, D. M. 1990. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart & Lung*, 19(6):655-661.

41. Ganas, E., Hying, S., Kirsch, E. R., Koch, M. & Spatt, L. 1986. Informational needs of families of intensive care unit patients. *Quarterly Review Bulletin*, 12(1):16-21.
42. Gelling, L. & Prevost, T. 1999. The needs of relatives of critically ill patients admitted to a neurosciences critical care unit: a comparison of the perceptions of relatives, nurses and doctors. *Care of the Critically Ill*, 15(2):53-58.
43. Grove, S. K. & O'Neill Norris, L. 1986. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart & Lung*, 15(2):194-199.
44. Hammond, F. 1995. Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(5):256-264.
45. Haralambos, M., Heald, R. & Holborn, M. 1995. *Sociology. Themes and perspectives*. (4th Edition). London: Collins Educational.
46. Harrison, S. & McGaughey, J. 1994. Developing an information booklet to meet the needs of intensive care patients and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(4):271-277.
47. Harvey, M. & Jastremski, C. A. 1998. Making changes to improve the intensive care unit experience for patients and their families. *New Horizons*, 6(1):99-109.
48. Hayes, E. 1990. Needs of family members of critically ill patients – a Northern Ireland perspective. *Intensive Care Nursing*, 6(1):25-29.
49. Hedges, B., Hodovanic, B. H., Reardon, D. & Reese, W. 1984. Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. *Heart & Lung*, 13(3):243-249.
50. Hickey, M. 1990. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart & Lung*, 19(4):401-415.

51. Hickey, M. & Lewandowski, L. 1988. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart & Lung*, 17(6):670-676.
52. Hill, D. W. & Summers, R. 1994. *Medical Technology – A nursing perspective*. London: Chapman & Hall.
53. Hosack, K. R. & Rocchio, C. A. 1995. Serving families of persons with severe brain injury in an era of managed care. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 10(2):57-65.
54. Johnson, G. S. 5 Maart 2003. *While you are waiting... ICU information guide. (The intensive care unit.)* <http://www.waiting.com/familyhelptips.html>
55. Leske, J. S. 1991. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20(3):236-244.
56. Leske, J. S. 1998. Protocols for practice: applying research at the bedside. Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse*, 18(4):92-95.
57. Leske, J. S. 2000. Family stresses, strengths, and outcomes after critical injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12(2):237-244.
58. Makoni, S. 2000. *Improving teaching and learning in higher education*. (1st Edition). Johannesburg: Witwatersrand University Press.
59. McLaughlin, P. 1993. A standard to meet high expectations. Assuring quality care for families of intensive care patients. *Professional Nurse*, 9(3):170-175.
60. McMillan, J. H. 1988. *New directions for teaching and learning. Assessing students' learning*. (1st Edition). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
61. McQuay, J. E. 1995. Support of families who had a loved one suffer a sudden injury, illness or death. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 7(3):541-547.
62. Molter, N. C. 1979. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2):332-339.

63. Molter, N. C. 1994. Families are not visitors in the critical care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13(1):2-3.
64. Palazzo, M. O. 2001. Teaching in crisis. Patient and family education in critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(1):83-92.
65. Procter, S. & Reed, J. 1993. *Nurse education. A reflective approach*. (1st Edition). London: Edward Arnold.
66. Prowse, M. D. 1984. Needs of family members of patients as perceived by family members and nurses in an intensive care unit: an exploratory study. *Heart & Lung*, 13(3):310-311.
67. Reider, J. A. 1994. Anxiety during critical illness of a family member. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13(5):272-279.
68. Rudnick, W. 5 March 2003. *Families experiencing a critical illness*. http://www.hsc.mb.ca/nursingpractice/May_02.htm
69. Sawa, R. J. 1992. *Family health care*. (1st Edition). Newbury Park: Sage Publications, Inc.
70. Stannard, D. 1998. Families and critical care. *Critical Care Nurse*, 18(4):86-91.
71. Tesh, A. & Van Horn, E. 2000. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(4):40-49.
72. Twibell, R. S. 1998. Family coping during critical illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(2):100-112.
73. Washington, G. T. 2001. Family advocates: caring for families in crisis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(1):36-40.
74. Wesson, J. S. 1997. Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(2):111-118.

Opsomming

'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële ondersteuning

Yvette Jansen

Studieleier: Prof. Yvonne Botma

Familiële ondersteuning is belangrik wanneer beoog word om die pasiënt en die familie as 'n eenheid te verpleeg. Die verpleegkundige kan strategieë om die behoeftes van familieledede te bevredig, ontwerp en implementeer. Dié strategieë kan slegs suksesvol wees indien die pasiënt en die familie se behoeftes akkuraat geïdentifiseer word. Die behoeftes van familieledede sal dan optimaal bevredig kan word.

Hospitalisasie van 'n kritieksiek-pasiënt word as 'n krisissituasie vir die pasiënt en die familie beskou. In 1979 is bevind dat die volgende tendens voorgekom het: meeste van die gesondheidsorgpersoneel se energie word op die pasiënt gerig en die minimum tyd word gereserveer om die familie te help om die krisissituasie waarin hulle gedompel is, te hanteer.

Die navorser se ervaring in die praktyk is dat die behoefte-bevrediging van familieledede in die intensiewesorg-eenheid beperk is. Literatuur het haar waarneming gestaaf deurdat dit beklemtoon dat gesondheidsorgpersoneel onbewus is van die verskeie belangrike behoeftes wat familieledede ervaar en dat hulle dus nie poog om hierdie behoeftes te bevredig nie. Gesprekke met kollegas het ook aangedui dat hulle beseft dat hulle oor onvoldoende kennis omtrent die behoeftes van familieledede beskik. Die navorser het afgelei dat die gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële behoeftes en ondersteuning oningelig is.

Om hierdie rede is die doelstelling van die studie om die mate van behoefte-bevrediging van familieledede van kritieksiek-pasiënte voor en na implementering van 'n oriëntasieprogram te bepaal.

Die doelwitte wat nagestreef is, is:

- Die mate van behoefte-bevrediging van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid, voordat die gesondheidsorgpersoneel aan 'n oriëntasieprogram blootgestel is, volgens die CCFNI ("Critical Care Family Needs Inventory") te bepaal.
- 'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel te ontwikkel.
- 'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel te implementeer.
- Bykomende behoeftes wat nie by die CCFNI ingesluit is nie, te identifiseer.
- Die mate van behoefte-bevrediging van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid, nadat die gesondheidsorgpersoneel aan 'n oriëntasieprogram blootgestel is, volgens die CCFNI te bepaal.

'n Kwasi-eksperimentele voor- en natoets is in die navorsing gebruik en data is deur middel van die opname-metode versamel.

Die navorsing is beperk tot familieledede van pasiënte wat in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede van 'n privaat- en provinsiale hospitaal in Bloemfontein opgeneem was en behandeling ontvang het, asook gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenhede werksaam was.

Data is deur middel van groepsonderhoudvoering aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys versamel. Die vraelyste het uit twee afdelings bestaan. Afdeling A het biografiese data voorsien en Afdeling B het inligting oor die behoeftes van familieledede en in hoe 'n mate hierdie behoeftes bevredig is, voorsien.

Die oriëntasieprogram het die vorm van 'n werkswinkel aangeneem en is aan die gesondheidsorgpersoneel wat in die spesifieke intensiewesorg-eenhede werksaam was, aangebied. Tydens die werkswinkel het die personeel inligting omtrent die behoeftes van familieledede van kritieksiek-pasiënte ontvang. Inligting wat tydens die voortoetse bekom is, het ook die aard van die werkswinkel bepaal.

Die data is uitgebeeld deur van tabelle en grafieke gebruik te maak. Beskrywende statistiek, naamlik frekwensies en persentasies vir kategoriese veranderlikes en mediane en persentiele vir kontinue veranderlikes, is vir voor en na bereken.

Die gevolgtrekkings waartoe die navorser gekom het, is dat gesondheidsorgpersoneel oor onvoldoende kennis omtrent die behoeftes van familieledede van kritieksiek-pasiënte beskik. Dit het ook na vore gekom dat hospitale en intensiewesorg-eenhede nie ten volle toegerus is om aan die behoeftes van familieledede te voldoen nie.

Uit die data-ontleding en gevolgtrekkings is aanbevelings oor die opleiding van studente en indiensopleiding van gesondheidsorgpersoneel ten opsigte van familiële behoeftes en ondersteuning gemaak. Spesifieke aanbevelings oor die implementering van kritieke sorgplanne vir families en die infrastruktuur van hospitale en intensiewesorg-eenhede is ook gemaak.

Summation

An orientation program for health care workers in the intensive care unit regarding family support

Yvette Jansen

Supervisor: Prof Yvonne Botma

Familial support is important when one considers to nurse the patient and the family as a unit. The nurse can design and implement strategies to assist family members in meeting their needs *only* when these needs and their relative importance for patients and their family members are accurately assessed. Then the needs of family members will be satisfied completely.

Hospitalization for a critical illness is frequently viewed as a crisis situation for the patient and the family. In 1979 it was noted that the following tendency occurred: most of the staff's energy is spent in giving care to the patient and little time is left to help the family deal with the crisis situation they are in.

According to the researcher's experience in practice a limitation in the satisfaction of family members' needs in the intensive care unit was noted. Literature also emphasized her observation as it stated that health care workers are not aware of the different important needs that family members experience. Therefore they do not try to satisfy these needs. Discussions with colleagues showed that they felt that their knowledge of the needs of family members is limited. The researcher concluded that health care workers in the intensive care unit are uninformed about the needs and support of family members.

The aim of the study is to determine the extent to which familial needs were satisfied before and after implementing an orientation program.

The objectives of the study was to:

- Determine the extent to which the needs of family members in the intensive care unit were satisfied according to the CCFNI ("Critical Care Family Needs Inventory") before the health care workers have been exposed to an orientation program.
- Design an orientation program for health care workers.
- Implement an orientation program for health care workers.
- Identify additional needs that have not been included in the CCFNI.
- Determine the extent to which the needs of family members in the intensive care unit were satisfied according to the CCFNI after the health care workers have been exposed to an orientation program.

The researcher used a quasi-experimental pretest-post-test design and the data was obtained by using the surveying method.

The research was limited to the family members of patients that was admitted and received treatment in the Multi-disciplinary intensive care units of a private and provincial hospital in Bloemfontein, as well as the health care workers that worked in the specific Multi-disciplinary intensive care units.

Data was obtained through group interviews by using a structured questionnaire. The questionnaires existed of two sections. Section A provided biographic information and Section B provided information regarding the needs of family members and the extent to which these needs were satisfied.

The orientation program was presented in the form of a workshop to all the health care workers that worked in the specific intensive care units. During the workshop the personnel received information about the needs of family members of critically ill patients. The data obtained from the pre-tests also determined the nature of the workshop.

The data was presented by using tables and figures. Explanatory data, namely frequencies and percentages for categorical variables and medians and percentages for continues variables, have been determined for pre and post.

The researcher's conclusions were that the health care workers had insufficient knowledge about the needs of family members of critically ill patients. It was also concluded that the hospitals and intensive care units were not fully equipped to meet the needs of family members.

According to the data-analysis and conclusions, recommendations were made about the training of students and in service training of health care workers regarding the needs and support of family members. Specific recommendations regarding the implementation of critical care plans for families and the infrastructure of the hospitals and intensive care units were made.

Key words

| | |
|------------------------|--|
| Family | <p>Whomever the patient considers as family, but if the patient is unable to communicate, the definition of family is whoever is or wants to be involved in the care of that patient.</p> <p>Anybody who considers themselves a family member.</p> <p>Both of these definitions are accepted in the study although they differ from the Western culture.</p> |
| Critically ill patient | <p>Any patient in the Multi-disciplinary intensive care unit, without taking the patient's length of stay or the diagnosis into consideration.</p> |
| Health care workers | <p>Doctors, nurses, physiotherapists and social workers that work in the Multi-disciplinary intensive care units where the data is obtained.</p> |
| Orientation program | <p>A workshop of approximately one hour in duration that is presented to the health care workers. During the workshop the personnel receive information about the needs of family members of patients in the intensive care unit.</p> |
| Familial support | <p>Meeting the needs of family members.</p> |
| Familial needs | <p>All the needs that have been included in the "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI). Section B of the questionnaire concludes with an open-ended question where the family members can mention needs that have not been included in the CCFNI.</p> |

| | |
|-------------|---|
| CCFNI | The Critical Care Family Needs Inventory is an instrument developed for family assessment and self-report of specific needs. The instrument includes 45 need statements to be rated on a scale of one to four to indicate degree of importance. Five dimensions were concluded from these needs, namely information, assurance, proximity, comfort and support. |
| Information | The family's need to understand the patient's condition. Information may provide understanding and allow the family to feel greater sense of control, reducing the negative emotional responses that occur when a family is unable to function. |
| Assurance | The family's need for hope, sense of security and trust in the healthcare system. |
| Proximity | The family's need to be near the patient. |
| Comfort | The family's need for self care and comfort. |
| Support | The family's need for support to reduce stress, expand their coping skills and foster the strength required to maintain optimal family functioning. |



**UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE**



**Direkteur: Fakulteitsadministrasie
Fakulteit Gesondheidswetenskappe**

339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA

☎ (051) 405 3013 / 401 2847

☎ (051) 444 3103

✉ gndkt@med.uovs.ac.za

**Director: Faculty Administration
Faculty of Health Sciences**

339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

☎ (051) 405 3013 / 401 2847

☎ (051) 444 3103

✉ gndkt@med.uovs.ac.za

Mev G Niemand

Tel 4053654

12 Junie 2002

ME Y JANSEN
BLUCCANEER NR 18
PELLISSIERYLAAN 21
PELLISSIER
BLOEMFONTEIN
9301

Geagte Me Jansen

ETOVS NR 110/02
NAVORSER: ME Y JANSEN
PROJEKTITEL: 'N ORIËNTASIEPROGRAM VIR GESONDHEIDSORGPERSONEEL IN DIE
INTENSIEWESORG-EENHEID TEN OPSIGTE VAN FAMILIËLE ONDERSTEUNING.

Hiermee word u in kennis gestel dat die Etiek Komitee gedurende die vergadering gehou op
11 Junie 2002 hogenoemde projek goedgekeur het.

U aandag word op die volgende gevestig:

- a) Dat 'n vorderingsverslag ingehandig moet word nie later nie as 'n jaar na goedkeuring van hogenoemde studie
- b) Dat alle uitbreidings, wysigings, ernstige nagevolge, staking/kansellering van studies aan die Etiek Komitee voorgelê moet word

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

Vriendelike groete

Die uwe

N/DIREKTEUR: GENEESKUNDE ADMINISTRASIE

Bylaag B

Buccaneer 18
Pellissierylaan 21
Pellissier
Bloemfontein
9301
21 Mei 2002

Geagte Superintendent

Re: Toestemming vir die uitvoering van navorsing

'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële ondersteuning.

Ek is tans besig met my M.Soc.Sc.(Verpleegkunde) en verlang u toestemming vir die uitvoering van my navorsing in u hospitaal.

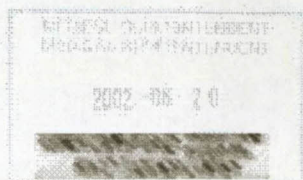
Die steekproef sal in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid plaasvind en sal ongeveer drie tot vier maande duur. Pasiënte se families sal genader word om deel te neem aan die studie en deelname mag geweier word. Die studie sal nie die pasiënt se behandeling of herstel beïnvloed nie. Daar sal van die familie verwag word om in my teenwoordigheid 'n vraelys te beantwoord. Die groepsonderhoude wat met die families gevoer sal word, sal in 'n privaatvertrek in die hospitaal plaasvind.

Die gesondheidsorgpersoneel wat werksaam is in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid sal ook genader word om aan die studie deel te neem en deelname mag geweier word. 'n Oriëntasieprogram wat die vorm van 'n werkswinkel sal aanneem, sal twee keer (oggend of middag en aand) op 'n spesifieke dag aangebied word. Die werkswinkel sal handel oor die behoeftes van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid.

Dit sal opreg waardeer word indien u u toestemming vir hierdie navorsingsprojek kan verleen.

Baie dankie vir u kosbare tyd.

Yvette Jansen
Tel: 0833400245



Buccaneer 18
Pellissierlyaan 21
Pellissier
Bloemfontein
9301
21 Mei 2002

Geagte Superintendent

Re: Toestemming vir die uitvoering van navorsing

'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële ondersteuning.


Ek is tans besig met my M.Soc.Sc. (Verpleegkunde) en verlang u toestemming vir die uitvoering van my navorsing in u hospitaal.

Die steekproef sal in die Multi-dissiplinêre intensiewesorg-eenheid plaasvind en sal ongeveer drie tot vier maande duur. Pasiënte se families sal genader word om deel te neem aan die studie en deelname mag geweier word. Die studie sal nie die pasient se behandeling of herstel beïnvloed nie. Daar sal van die familie verwag word om in my teenwoordigheid 'n vraelys te beantwoord. Die groepsonderhoude wat met die families gevoer sal word, sal in 'n privaatvertrek in die hospitaal plaasvind.

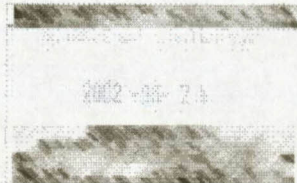
Die gesondheidsorgpersoneel wat werksaam is in die Multidissiplinêre intensiewesorg-eenheid sal ook genader word om aan die studie deel te neem en deelname mag geweier word. 'n Oriëntasieprogram wat die vorm van 'n werkswinkel sal aanneem, sal twee keer (oggend of middag en aand) op 'n spesifieke dag aangebied word. Die werkswinkel sal handel oor die behoeftes van familieledede van pasiënte in die intensiewesorgeenheid.

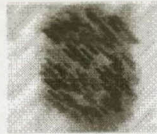
Dit sal opreg waardeer word indien u u toestemming vir hierdie navorsingsprojek kan verleen.

Baie dankle vir u kosbare tyd.


Yvette Jansen
Tel. 0833400245

Goedgekeur met toelating van ISE (veroorde)
[Signature]
acty up
24/5/2002





Geagte Yvette

TOESTEMMING VIR DIE UITVOERING VAN NAVORSING

Hiermee verleen ons toestemming dat jy wel jou navorsing in die Multi-Eenheid van [REDACTED] mag doen.

Soos reeds met jou bespreek, moet gesprekke met familieledede in samewerking met die Eenheidsbestuurder van die eenheid geskied.

Die beoogde oriëntasieprogram kan jy reël in samewerking met die opleidingsdepartement van die hospitaal.

Sterkte met die studies.

Vriendelike groete



(Adjunk-Verpleegdiensbestuurder)



Rosenheim 21
Besemboslaan
Pellissier
Bloemfontein
9301
7 Mei 2002

Beste familielid

Re: Toestemming om deelname

1. Doel van die navorsingsprojek

Die doel van die navorsing is om beter ondersteuning aan die familieledede van intensiewesorg pasiënte te gee.

2. Aard van die navorsingsprojek en verwagte insette

- 2.1 Die navorser (ek) gaan vrae aan die familie as 'n groep vra. Die vrae kan met mekaar bespreek word waarna die groep se besluit aangeteken sal word.
- 2.2 Die gesprek sal in privaatheid geskied.
- 2.3 Geen name of ander identifiserende inligting sal aangeteken word nie. Niemand sal na die tyd kan sê watter vraelys is deur 'n spesifieke familie voltooi nie.
- 2.4 Die familie se deelname kan enige tyd tydens die gesprek onttrek word. Niemand sal gedwing word om vrae te beantwoord nie.
- 2.5 Al wat van jou verwag word is om die vrae eerlik te beantwoord. Daar is geen regte of verkeerde antwoord nie.

Ek, _____, gee hiermee toestemming om deelname aan die navorsingsprojek.

Respondent (familielid)

Navorser

Datum

Dankie vir u samewerking en tyd.
Yvette Jansen

Bylaag E2

18 Buccaneer
21 Pellissier Drive
Pellissier
Bloemfontein
9301
7 May 2002

Dear family member

Re: Agreement to participate

1. Aim of the research project

The aim of the research is to give better support to the family members of intensive care patients.

2. Nature of the research project and expected insets

- 2.1 The researcher (I) will ask the family questions as a group. You can discuss the questions and I will accept the group's final answer.
- 2.2 The discussion will take place in private.
- 2.3 No names or other information identifying you will be used. Afterwards no one will be able to say which family has completed which questionnaire.
- 2.4 You may withdraw from the discussion at any stage. No one will be forced to answer any question.
- 2.5 All that is expected of you is to answer the questions honestly. There is no right or wrong answer.

I, _____, hereby give permission to take part in the research project.

Respondent (family member)

Researcher

Date

Thank you for your co-operation and time.

Yvette Jansen

Instruksies:

Elke familielid vul Afdeling A van die vraelys afsonderlik in.
 Maak asseblief 'n kruisie in die blokkie wat u antwoord verteenwoordig.
 U moet geen identifiserende data, byvoorbeeld u naam en adres, op die
 vraelys aanbring nie.

Vra gerus wanneer jy nie seker is wat om te doen nie.

Vir kantoorgebruik

Afdeling A

- | | | | | | |
|-----|---|------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. | Geslag: | Manlik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-2 |
| | | Vroulik | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Ouderdom: | Jare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3-4 |
| 3. | Ras: | Swart | <input type="checkbox"/> | | 5 |
| | | Kleurling | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Indiër | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Blank | <input type="checkbox"/> | | 6-7 |
| 4. | Verband tot pasiënt: | Eggenoot | <input type="checkbox"/> | | 8 |
| | | Ouer | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Kind | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Broer / suster | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Ander familielid | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nie familielid | <input type="checkbox"/> | | 9 |
| 5.1 | Het u al voor die siekte van hierdie persoon 'n vriend of familielid in 'n intensiewesorg-eenheid besoek? | | Ja | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Nee | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 5.2 | Was u al self 'n pasiënt in 'n intensiewesorg-eenheid? | | Ja | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Nee | <input type="checkbox"/> | 11 |

Hierdie deel word deur die navorser ingevul:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 6. | Tyd van die dag: | Oggend | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Middag | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Aand | <input type="checkbox"/> | | 12 |
| 7. | Pasiënt: | Noodgeval | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Elektief | <input type="checkbox"/> | | 13 |
| 8. | Aantal dae vanaf opname: | Dae | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14-15 |
| 9. | Diagnose van pasiënt: _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16-17 |

Instructions:

Each family member completes Section A of the questionnaire individually.

Please make a cross in the block that represents your answer.

You should not write any identifying data, for example your name and address, on the questionnaire.

Please ask if you are not sure as to what to do.

For office use

Section A

- | | | | | | |
|-----|--|---------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. | Sex: | Male | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-2 |
| | | Female | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Age: | Years | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3-4 |
| 3. | Race: | Black | <input type="checkbox"/> | | 5 |
| | | Coloured | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Indian | <input type="checkbox"/> | | |
| | | White | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. | Relationship to patient: | Spouse | <input type="checkbox"/> | | 6-7 |
| | | Parent | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Child | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Brother / sister | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Other family member | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Not family member | <input type="checkbox"/> | | |
| 5.1 | Have you ever, before the sickness of this person, visited a friend or family member in the intensive care unit? | Yes | <input type="checkbox"/> | | 8 |
| | | No | <input type="checkbox"/> | | |
| 5.2 | Have you ever been a patient in the intensive care unit? | Yes | <input type="checkbox"/> | | 9 |
| | | No | <input type="checkbox"/> | | |

The researcher completes this part:

- | | | | | | |
|----|---------------------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|----|
| 6. | Time of the day: | Morning | <input type="checkbox"/> | | 10 |
| | | Afternoon | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Evening | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. | Patient: | Emergency | <input type="checkbox"/> | | 11 |
| | | Elective | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Number of days since admittance: Days | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 9. | Diagnosis of patient: _____ | | | | 13 |

- Person
- 1-2
- 3-4
- 5
- 6-7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14-15
- 16-17

Instruksies by Afdeling B van vraelys:

Baie dankie dat u reeds Afdeling A voltooi het. Ons gaan nou Afdeling B voltooi.

Die familieledede wat toegestem het om deel te neem, sal tydens die groepsonderhoud in die teenwoordigheid van die navorser Afdeling B voltooi. 'n Lys van behoeftes sal aan u geles word waarna die behoeftes as onbelangrik, effens belangrik, belangrik of baie belangrik gekategoriseer sal word. Daarna sal keuses uit alternatiewe gemaak word om die ander vrae te beantwoord. Die besluit wat deur ál die familieledede ondersteun word, sal as die finale antwoord aanvaar word. Die navorser sal die antwoorde van Afdeling B op die vraelys invul.

Daar word geen identifiserende data, byvoorbeeld u naam of adres, op die vraelys aangebring nie.

Dit staan u vry om op enige stadium te onttrek.

Woorde of terme wat u nie verstaan nie, sal met graagte aan u verduidelik word.

Die tydsduur van die onderhoud sal ongeveer 45 minute wees.

Is daar enige vrae?

Baie dankie vir u samewerking en tyd.

Yvette Jansen.

Instructions for Section B of the questionnaire:

Thank you for completing Section A. We are now going to complete Section B.

The family members that agreed to participate will, in the presence of the researcher, complete Section B in a group interview. A list of needs will be read to you. You must then categorise each need as either unimportant, fairly important, important or very important. After that you will make choices from alternatives to answer the other questions. The decision of consensus, in other words the decision that is supported by all the family members, will be accepted as the final answer. The researcher will complete Section B of the questionnaire.

No data identifying you, for example your name or address, will be added to the questionnaire.

You are free to withdraw at any stage.

Words or terms that you do not understand will be explained to you with pleasure.

The interview will be approximately 45 minutes in duration.

Are there any questions?

Thank you for your co-operation and time.

Yvette Jansen.

| Behoeftes | Kategorie van belangrikheid | | | | Behoeftes bevestig | | Deur wie is die behoefte bevestig | | | | | | | | | | Waar is die behoefte bevestig | | | Hoe is die behoefte bevestig | | | Wanneer is die behoefte bevestig | | | | Regte tyd | | | |
|---|-----------------------------|------------------|-----------|----------------|--------------------|-----|-----------------------------------|--------|---------------|---------------------|---------------------|---------|-----------------|--------------------|--------------|-----|--------------------------------|-------------------|----------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------------------|----|-----------|--|--|--|
| | Onbelangrik | Effens belangrik | Belangrik | Baie belangrik | Ja | Nee | Verpleegkundige | Dokter | Fisioterapeut | Maatskaplike werker | Predikant / Pastoor | Vriende | Ander besoekers | Ander familieleden | Ander (meld) | ISE | Wagarea tussen ander besoekers | By pasiënt se bed | Privaatvertrek | Mondelingsse inligtingsessie | Geskrewe inligtingstuk | Stadium van onsekerheid | Stadium van inligting inwin | Stadium van organisasie | Stadium van ondersteuning | Ja | Nee | | | |
| 45. 'n Wagarea naby die pasiënt te hê | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46. Is daar enige ander behoeftes wat u envaar, maar wat nie genoem is nie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 |
| 77 | 78 | 79 | 80 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Need | Category of importance | | | | Need satisfied | | By whom is the need satisfied | | | | | | | | Where is the need satisfied | | | How is the need satisfied | | When is the need satisfied | | | | Right time | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------------------|-----------|----------------|----------------|----|-------------------------------|--------|-----------------|---------------|-------------------|---------|----------------|----------------------|-----------------------------|-----|----------------------------------|---------------------------|--------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | Unimportant | Fairly important | Important | Very important | Yes | No | Nurse | Doctor | Physiotherapist | Social worker | Reverent / pastor | Friends | Other visitors | Other family members | Other (name) | ICU | Waiting area with other visitors | At patient's bed | Private room | Verbal information session | Written information piece | Stage of uncertainty | Stage of information seeking | Stage of organisation | Stage of support | Yes | No | | | | | | | | | |
| 29. Talk to the same nurse everyday | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 |
| 30. Feel it is alright to cry | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 75 | 76 | 77 | 80 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Be told about other people that could help | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 32. Have bathroom near waiting room | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |

*Oriëntasieprogram
aangebied by
privaathospitaal*

'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorg-personeel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële ondersteuning

*Fasiliteerder:
Yvette Jansen*

Program

1. Verwelkoming
2. Doel van oriëntasieprogram
3. Groepsbespreking en terugvoer
4. Familiële behoeftes volgens literatuur
5. Moontlike diskrepansie
6. Groepsbespreking en terugvoer
7. Belangrikheid van behoeftes
8. Groepsbespreking en terugvoer
9. Metodes van behoefte-bevrediging
10. Opsomming (Bevindinge van pre-toets)

Doel van oriëntasieprogram

Navorsingsonderwerp:

'n Oriëntasieprogram vir gesondheidsorgpersoneel in die intensiewesorg-eenheid ten opsigte van familiële ondersteuning

Doelwitte

- Identifiseer die verskeie behoeftes wat familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid het
- Bespreek die moontlike diskrepansie wat voorkom
- Identifiseer die belangrikheid van die verskeie behoeftes
- Identifiseer die metodes om familiële behoeftes te bevredig
- Bespreek die bevindinge van die pre-toets

Familiële behoeftes volgens literatuur

- 45 behoeftes geïdentifiseer volgens CCFNI (Muller 1979)
- 5 dimensies (Ceska, 1998)
 - "Information" (Inligting)
 - "Assurance" (Gerusstelling)
 - "Proximity" (Nabyheid)
 - "Comfort" (Gemak)
 - "Support" (Ondersteuning)

Groepsbespreking en terugvoer

Identifiseer die behoeftes van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid

Inligting
Gerusstelling
Nabyheid
Ondersteuning
Gemak

Moontlike diskrepansie tussen familiële behoeftes volgens literatuur en familiële behoeftes wat deur gesondheidsorgpersoneel geïdentifiseer is



Groepsbespreking en terugvoer

Prioritiseer die familiële behoeftes wat volgens die literatuur geïdentifiseer is

11.0 minute

Die belangrikheid van die verskeie behoeftes

- Inligting - belangrikste behoefte
- Gerusstelling - hoop (belangrikste universele behoefte)
- Nabyheid
- Ondersteuning
- Gemak - selfversorging onbelangrik



Groepsbespreking en terugvoer

Wat is die metodes van behoefte-bevrediging?

11.0 minute

Metodes van behoefte-bevrediging

Inligting:

- Ingeligte besluitneming verminder angs
- Verstaanbare en eenvoudige terme
- Mondelinge "familievergadering"
- Inligting herhaal
- Omvattende geskrewe inligtingstuk
- Kennisgewingbord
- Dokters gee spesifieke inligting
- Verpleegkundiges gee meer algemene inligting

Blosser en De Pompei (1995)

- Inisiële, akkurate en duidelike inligting
- Deurlopende inligting - mediese aspekte
- Verwagte fisieke en emosionele voor- en agteruitgang
- Kognitiewe, kommunikasie, fisieke en emosionele vaardighede van pasiënt
- Kwalifikasies en bestek van praktyk van gesondheidsorgpersoneel
- Inligting omtrent prosedures
- Voorstelle t.o.v. familiële versorging en behoefte-bevrediging
- Inligting omtrent ondersteunings-meganismes

Gerusstelling:

- Voorsien 'n gevoel van sekuriteit en vertroue
- Vertrouensverhouding tussen gesondheidsorgpersoneel en familie
- Karaktereienskappe soos *kennis, begaafdheid, organisasievermoë, houding, persepsievermoë, dinamies, kommunikasie en interpersoonlike vaardighede, vriendelikheid, eerlikheid, meegevoel*
- Terapeutiese kommunikasie handhaaf en empatie toon - moeilike tussentredes

Nabyheid:

- Daaglikse kommunikasie en interaksie tussen dokter, verpleegkundige en familie
- Wie versorg die pasiënt + hoe dra elke lid by tot die pasiënt se herstel?
- Betrokkenheid by pasiënt se versorging - spontaan en vrywillig - versterk familie se persoonlike verhouding met pasiënt
- Verander besoekure vir spesiale omstandighede m.b.v. individueel-aanpasbare besoekprogram - verbeter familie se kennis, begrip en aanvaarding van pasiënt se toestand

Ondersteuning:

- Verminder stres, vermeerder hanterings-meganismes, help om funksiesisteem optimaal te laat funksioneer
- Gee verstaanbare verduidelikings
- Onbelangrik om te huil
- Vriende bied emosionele ondersteuning
- Maatskaplike hulp koördineer - familie, finansiële en/of gesondheidsprobleme
- Belangrik om alleen te wees - ruimte gun

Gemak:

- Hulp- en ondersteuningsbronne inwin bv. fisieke behoeftes aan rus, korrekte vloeistofinname en voeding en afleidingsaktiwiteite
- Gemaklike, netjiese wagareas om stres te verminder
- Gemaklike meubels en gesonde kos word as onbelangrik beskou a.g.v. aanvanklike emosionele stres
- Pastorale hulp - negatiewe konnotasie

Bevindinge van pre-toets

- Belangrikste behoeftes:
 - "Vrae word eerlik beantwoord" (Inligting)
 - 93.33% beskou as "baie belangrik"
 - bevredig vir 100% deur verpl. en dokter
 - "Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is" (Inligting)
 - 93.33% beskou as "baie belangrik"
 - bevredig vir 100% deur verpl. en dokter
- Derde belangrikste behoefte:
 - "Voel dat daar hoop is" (Gerusstelling)
 - 86.67% beskou as "baie belangrik"

Inligting:

Behoeftes wat bevredig is:

- Ken die verwagte uitkoms 100%
- Vrae word eerlik beantwoord 100%
- Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is 100%
- Word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word 100%
- Weet presies wat vir die pasiënt gedoen word 100%
- Word ingelig van oorplasingplanne 100%
- Voel dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee 100%
- Weet spesifieke feite rakende die pasiënt se vordering 100%
- Ontvang inligting een maal per dag 86.67%
- Weet hoe die pasiënt medies behandel word 80%



Ons moet aan die volgende aandag skenk:

- Praat met dieselfde verpleegkundige elke dag 0%
- 'n Spesifieke persoon by die hospitaal wat gekontak kan word 26.67%
- Word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand 26.67% (nie altyd nodig)
- Weet watter personeel kan spesifieke inligting gee 33.33%

Gerusstelling:

Behoeftes wat bevredig is:

- Voel dat daar hoop is 100%
- Voel aanvaar deur gesondheidsorgpersoneel 100%
- Word verseker dat dit "okay" is om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat 100%
- Praat oor gevoelens oor wat gebeur het 93.33%
- sien die pasiënt dikwels 86.67%
- Praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood 80%



Ons moet aan die volgende aandag skenk:

- Aanwysings oor wat om vir die pasiënt te doen word gegee 46.67%

Nabyheid:

Behoeftes wat bevredig is:

- Weet watter personeel die pasiënt versorg 86.67%
- Praat met die dokter elke dag 73.33%
- Help met die pasiënt se fisieke versorging 60%



Ons moet aan die volgende aandag skenk:

- Besoek enige tyd 6.67%
- Verduidelikings oor die omgewing word gegee voor besoek aan die intensiewesorg-eenheid 13.33%
- Besoekure word verander vir spesiale omstandigheide 40%

Ondersteuning:

Behoeftes wat bevredig is:

- Verstaanbare verduidelikings word gegee 100%
- Voel dat dit aanvaarbaar is om te huil 93.33%
- Iemand wat besorg is oor jou gesondheid 86.67%
- Vriende is naby vir ondersteuning 73.33%
- 'n Ander persoon is saam met jou wanneer die intensiewesorg-eenheid besoek word 60%



Ons moet aan die volgende aandag skenk:

- Iemand wat met finansiële probleme kan help 0%
- Word ingelig van ander persone wat kan help 0%
- Word ingelig van iemand wat met familie-probleme kan help 0%
- Kan enige tyd alleen wees 6.67%

Gemak:

Behoeftes wat bevredig is:

- Gemaklike meubels in die wagarea 100%
- Besoekure begin op tyd 100%
- 'n Wagarea naby die pasiënt te hê 100%
- Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar 93.33%
- Predikant / pastoor wat besoek 80%
- Badkamer is naby die wagarea 60%



Ons moet aan die volgende aandag skenk:

- 'n Plek om alleen te wees terwyl in die hospitaal 6.67%
- Telefoon naby die wagarea 6.67%
- Word ingelig van kapeldienste 0%

*Oriëntasieprogram
aangebied by
provinsiale hospitaal*

An
orientation program for
health care workers
in the
intensive care unit
regarding
family support

Facilitator:
Yvette Jansen

Program

1. Welcoming
2. Aim of orientation programme
3. Group discussion and feedback
4. Needs of family members according to literature
5. Possible discrepancy
6. Group discussion and feedback
7. Importance of needs
8. Group discussion and feedback
9. Methods of satisfying needs
10. Summation (Findings of pre-test)

Aim of orientation program

Research topic:

An orientation program for health
care workers in the intensive
care unit regarding family
support

Objectives

- Identify the various needs of family members of patients in the intensive care unit
- Discuss the possible discrepancy that may exist
- Identify the importance of the various needs
- Identify the methods to satisfy the needs of family members
- Discuss the findings of the pre-test

Family members' needs
according to literature

- 45 needs identified (Moller, 1979)
- Critical Care Family Needs Inventory (Laska, 1986)
- 5 dimensions
 - "Information"
 - "Assurance"
 - "Proximity"
 - "Support"
 - "Comfort"



Group discussion and
feedback

Identify the needs of family
members of patients in the
intensive care unit

(10 minutes)

"Information"
"Assurance"
"Proximity"
"Support"
"Comfort"

Possible discrepancy between the needs of family members according to literature and needs identified by health care workers



Group discussion and feedback

Prioritise the needs of family members according to literature

(10 minutes)

Importance of the various needs of family members

- Information – most important
- Assurance – hope (most important universal need)
- Proximity
- Support
- Comfort – caring for themselves – unimportant



Group discussion and feedback

Which methods are used to satisfy the needs of family members?

(10 minutes)

Methods to satisfy the needs

Information:

- Informed decision making lessens stress
- Understandable and non-technical terms
- Repeat information
- Verbal “family meeting”
- Extensive written information booklet
- Notice board
- Doctors give specific information
- Nurses give more general information

Blosser and De Pompei (1995)

- Initial, accurate and clear information
- Continuously updated information – medical aspects
- Stages of physical and behavioral progression
- Potential impact on cognitive, communicative, behavioral, physical and emotional skills
- Qualifications and scopes of practice of health care workers
- Information regarding procedures
- Suggestions for caring for the family's needs
- Information about support mechanisms

Assurance:

- Provide a feeling of security and trust
- Trusting relationship between health care workers and family
- Characteristics such as *knowledge, skill, competence, organizational abilities, attitude, perceptiveness, responsiveness to physical and emotional needs, communication and interpersonal skills, friendliness, honesty, compassion*
- Offer therapeutic communication and empathy - difficult interventions

Proximity:

- Daily communication and interaction between the doctor, nurse and family
- Who cares for the patient + how does every member attributes to the patient's recovery?
- Involvement with caring of patient - spontaneous and voluntary - enhance personal relationship between family and patient
- Change visiting hours for special conditions by using a flexible visiting program - knowledge + acceptance

Support:

- Reduce stress, expand coping skills, foster strength required to maintain optimal family functioning
- Give understandable explanations
- Unimportant to cry
- Friends offer emotional support
- Social support coordinate - family, financial and/or health problems
- Important to be alone - provide privacy

Comfort:

- Garnering of resources, including physical needs, such as rest, correct fluid intake and nutrition and diversionary activities
- Comfortable, neat furniture in waiting room - helps to reduce stress
- Comfortable furniture and nutritional food regarded as unimportant due to initial emotional stress
- Chaplain services - negative connotation

Findings of pre-test

- Most important need identified: "Understandable explanations being given" (Support)
 - 93.33% rated "very important"
 - satisfied for 100% by doctor and nurse
 - intensive care unit and patient's bed
- Second most important need identified: "Be assured that the best possible care is being given" (Information)
 - 86.67% rated "very important"
 - satisfied for 93.33% of respondents
 - satisfied by doctor and nurse

Information:

- Needs that were satisfied:
 - Have questions answered honestly 100%
 - Know the expected outcome 100%
 - Be assured that best possible care is given 93.33%
 - Know what is being done for patient 93.33%
 - Feel the hospital personnel care about the patient 93.33%
 - Know specific facts re patient's progress 93.33%
 - Know why things were done for patient 80%
 - Be told re transfer plans 73.33%
 - Know how patient is treated medically 73.33%
 - Receive information once a day 66.67%



We need to pay attention to the following:

- Talk to the same nurse every day 0%
- Have specific person to call at the hospital 6.67%
- Know which staff give what information 13.33%
- Be called at home re changes in condition 46.67% (was not always necessary)

Assurance:

Needs that were satisfied:

- Feel accepted by hospital staff 100%
- Talk about feelings about what has happened 100%
- Feel there is hope 93.33%
- Be assured it is "okay" to leave the hospital for a while 86.67%
- See the patient frequently 86.67%
- Talk about the possibility of the patient's death 80%



We need to pay attention to the following:

- Have directions as to what to do at the patient's bedside 26.67%

Proximity:

Needs that were satisfied:

- Visit at any time 73.33%
- Have visiting hours changed for special conditions 66.67%



We need to pay attention to the following:

- Help with patient's physical care 6.67%
- Have explanations of the environment before going into the ICU 13.33%
- Talk to the doctor every day 40%
- Know about types of staff taking care of the patient 46.67%

Support:

Needs that were satisfied:

- Understandable explanations being given 100%
- Feel it is alright to cry 100%
- Have someone be concerned with your health 86.67%
- Have another person with you when visiting the ICU 73.33%
- Have friends nearby for support 66.67%



We need to pay attention to the following:

- Be told about other people that could help 0%
- Be told about someone to help with family problems 0%
- Have someone help with financial problems 0%
- Be alone at any time 26.67%

Comfort:

Needs that were satisfied:

- Have visiting hours start on time 93.33%
- Good food available in the hospital 73.33%
- Have pastor visit 66.67%
- Have telephone near waiting room 53.33%
- Have comfortable furniture in the waiting room 53.33%



We need to pay attention to the following:

- Be told about chaplain services 0%
- Have bathroom near waiting room 26.67%
- Have a place to be alone while in the hospital 26.67%
- Have a waiting room near patient 46.67%

Program

Fassiliteerder: Yvette Jansen

1. Verwelkoming

2. Doel van die oriëntasieprogram

3. Groepsbespreking en terugvoer:

Identifiseer die behoeftes van familieledede van pasiënte in die intensiewesorg-eenheid

(10 minute)

4. Familiële behoeftes geïdentifiseer volgens literatuur

5. Moontlike diskrepansie tussen familiële behoeftes volgens literatuur en behoeftes wat deur die gesondheidsorgpersoneel geïdentifiseer is

6. Groepsbespreking en terugvoer:

Prioritiseer die familiële behoeftes wat volgens die literatuur geïdentifiseer is

(10 minute)

7. Bespreking van die belangrikheid van die verskeie behoeftes

8. Groepsbespreking en terugvoer:

Wat is die metodes van behoefte-bevrediging?

(10 minute)

9. Bespreking van die metodes van behoefte-bevrediging

10. Opsommend en bevindinge van pre-toets

Programme

Facilitator: Yvette Jansen

1. *Welcoming*

2. *Aim of the orientation program*

3. *Group discussion and feedback:*

Identify the needs of family members of patients in the intensive care unit

(10 minutes)

4. *Needs of family members according to literature*

5. *Possible discrepancy between the needs of family members according to literature and needs identified by health care workers*

6. *Group discussion and feedback:*

Prioritise the needs of family members according to literature

(10 minutes)

7. *Discussion of the importance of the various needs*

8. *Group discussion and feedback:*

Which methods are used to satisfy the needs of family members?

(10 minutes)

9. *Discussion of the methods used to satisfy the needs of family members*

10. *Summation and findings of the pre-test*

| <u>Familiële behoeftes</u> | |
|---|--|
| 1. Inligting: Ken die verwagte uitkoms | |
| Weet spesifieke feite rakende die pasiënt se vordering | |
| 'n Spesifieke persoon by die hospitaal wat gekontak kan word | |
| Vrae word eerlik beantwoord | |
| Weet watter personeel kan spesifieke inligting gee | |
| Weet waarom dinge vir die pasiënt gedoen is | |
| Weet hoe die pasiënt medies behandel word | |
| Word verseker dat die beste moontlike versorging gegee word | |
| Weet presies wat vir die pasiënt gedoen word | |
| Praat met dieselfde verpleegkundige elke dag | |
| Word ingelig van oorplasingsplanne | |
| Word by die huis getelefoneer rakende veranderinge in die pasiënt se toestand | |
| Ontvang inligting een maal per dag | |
| Voel dat die gesondheidsorgpersoneel vir die pasiënt omgee | |
| 2. Gerusstelling: Sien die pasiënt dikwels | |
| Praat oor gevoelens oor wat gebeur het | |
| Aanwysings oor wat om vir die pasiënt te doen word gegee | |
| Voel dat daar hoop is | |
| Voel aanvaar deur gesondheidsorgpersoneel | |
| Praat oor die moontlikheid van die pasiënt se dood | |
| Word verseker dat dit "okay" is om die hospitaal vir 'n wyle te verlaat | |
| 3. Nabyheid: Help met die pasiënt se fisieke versorging | |
| Verduidelikings oor die omgewing word gegee voor besoek aan die ISE | |
| Praat met die dokter elke dag | |
| Besoekure word verander vir spesiale omstandighede | |
| Besoek enige tyd | |
| Weet watter personeel die pasiënt versorg | |
| 4. Ondersteuning: Verstaanbare verduidelikings word gegee | |
| Vriende is naby vir ondersteuning | |
| Iemand wat met finansiële probleme kan help | |
| 'n Ander persoon is saam met jou wanneer die ISE besoek word | |
| Iemand wat besorg is oor jou gesondheid | |
| Voel dat dit aanvaarbaar is om te huil | |
| Word ingelig van ander persone wat kan help | |
| Kan enige tyd alleen wees | |
| Word ingelig van iemand wat met familie-probleme kan help | |
| 5. Gemak: 'n Wagarea naby die pasiënt te hê | |
| Goeie kos is in die hospitaal beskikbaar | |
| 'n Plek om alleen te wees terwyl in die hospitaal | |
| Gemaklike meubels in die wagarea | |
| Telefoon naby die wagarea | |
| Predikant of pastoor wat besoek | |
| Badkamer is naby die wagarea | |
| Besoekure begin op tyd | |
| Word ingelig van kapeldienste | |

| <u>Needs of family members</u> | |
|--|--|
| 1. Information: Know the expected outcome | |
| Know specific facts concerning the patient's progress | |
| Have a specific person to call at the hospital | |
| Have questions answered honestly | |
| Know which staff could give what information | |
| Know how the patient is treated medically | |
| Know why things were done for the patient | |
| Be assured that the best possible care is being given | |
| Know exactly what is being done for the patient | |
| Talk to the same nurse every day | |
| Be told about transfer plans | |
| Be called at home about changes in the patient's condition | |
| Receive information once a day | |
| Feel that the hospital personnel care about the patient | |
| 2. Assurance: See the patient frequently | |
| Talk about feelings about what has happened | |
| Have directions as to what to do at the patient's bedside | |
| Feel there is hope | |
| Feel accepted by hospital staff | |
| Talk about the possibility of the patient's death | |
| Be assured it is okay to leave the hospital for a while | |
| 3. Proximity: Help with patient's physical care | |
| Have explanations of the environment before going into the ICU | |
| Talk to the doctor every day | |
| Have visiting hours changed for special conditions | |
| Visit at any time | |
| Know about types of staff taking care of the patient | |
| 4. Support: Understandable explanations being given | |
| Have friends nearby for support | |
| Have someone to help with financial problems | |
| Have another person with you when visiting the ICU | |
| Have someone be concerned with your health | |
| Feel it is alright to cry | |
| Be told about other people that could help | |
| Be alone at any time | |
| Be told about someone to help with family problems | |
| 5. Comfort: Have waiting room near the patient | |
| Have good food available in the hospital | |
| Have a place to be alone while in the hospital | |
| Have comfortable furniture in the waiting room | |
| Have telephone near waiting room | |
| Have pastor visit | |
| Have bathroom near waiting room | |
| Have visiting hours start on time | |
| Be told about chaplain services | |

Vergelyking van drie studies wat van die CCFNI gebruik gemaak het

| Dimensie en itemnommer | Behoeftes | Molter (1979) | Ganas <i>et al.</i> (1986) | Bijttebier, <i>et al.</i> (2001) | | |
|--------------------------------|---|---------------|----------------------------|----------------------------------|--------|-----------------|
| | | | | Familie | Dokter | Verpleegkundige |
| I ¹ .5 ² | Have questions answered honestly. | 6 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| I.17 | Be assured that the best possible care is being given. | 13 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| I.1 | Know the expected outcome. | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 |
| S.35 | Understandable explanations being given. | 9 | 11 | 4 | 1 | 1 |
| I.40 | Be called at home about changes in the patient's condition. | 4 | 9 | 5 | 11 | 11 |
| I.43 | Know specific facts concerning the patient's progress. | 7 | 3 | 6 | 6 | 7 |
| I.42 | Feel that the hospital personnel care about the patient. | 2 | 7 | 7 | 3 | 4 |
| I.13 | Know why things were done for the patient. | 14 | 10 | 8 | 13 | 12 |
| I.41 | Receive information once a day. | 8 | 12 | 9 | 10 | 6 |
| I.39 | Be told about transfer plans. | 19 | 14 | 10 | 17 | 15 |
| I.19 | Know exactly what is being done for the patient. | 15 | 13 | 11 | 21 | 14 |
| I.16 | Know how the patient is being treated medically. | 17 | 6 | 12 | 19 | 18 |
| A.14 | Feel there is hope. | 1 | 5 | 13 | 7 | 9 |
| A.44 | See the patient frequently. | 10 | 8 | 14 | 25 | 24 |
| I.4 | Have a specific person to call at the hospital. | 34 | 20 | 15 | 9 | 17 |
| A.25 | Talk about the possibility of the patient's death. | 28 | 19 | 16 | 8 | 10 |
| P.3 | Talk to the doctor every day. | 26 | 29 | 17 | 13 | 15 |
| A.28 | Be assured it is "okay" to leave the hospital for a while. | 20 | 27 | 18 | 23 | 20 |
| I.29 | Talk to the same nurse every day. | 32 | 35 | 19 | 30 | 27 |
| P.6 | Have visiting hours changed for special conditions. | 43 | 18 | 20 | 15 | 8 |
| I.11 | Know which staff could give what information. | 31 | 21 | 21 | 27 | 30 |
| A.9 | Have directions as to what to do at the patient's bedside. | 30 | 23 | 22 | 31 | 28 |
| A.21 | Feel accepted by hospital staff. | 11 | 16 | 23 | 14 | 21 |

¹ Letter verwys na Leske (1998:92) se vyf dimensies: I (Information), A (Assurance), P (Proximity), C (Comfort) en S (Support)

² Itemnommer verwys na die posisie van die behoefte op die vraelys

Bylaag M1

| Dimensie en itemnummer | Behoeftte | Molter (1979) | Ganas <i>et al.</i> (1986) | Bijttebier, <i>et al.</i> (2001) | | |
|------------------------|---|---------------|----------------------------|----------------------------------|--------|-----------------|
| | | | | Familie | Dokter | Verpleegkundige |
| C.36 | Have visiting hours start on time. | 27 | 36 | 24 | 18 | 13 |
| P.15 | Know about types of staff taking care of the patient. | 33 | 15 | 25 | 26 | 32 |
| P.2 | Have explanations of the environment before going into the intensive care unit. | 23 | 25 | 26 | 29 | 29 |
| S.12 | Have friends nearby for support. | 18 | 28 | 27 | 16 | 16 |
| S.31 | Be told about other people that could help. | 36 | 41 | 28 | 28 | 26 |
| S.27 | Have someone be concerned with your health. | 37 | 26 | 29 | 35 | 35 |
| S.34 | Be told about someone to help with family problems. | 40 | 40 | 30 | 20 | 25 |
| A.7 | Talk about feelings about what has happened. | 45 | 42 | 31 | 24 | 22 |
| C.23 | Have telephone near waiting room. | 22 | 17 | 32 | 32 | 31 |
| P.10 | Visit at any time. | 21 | 34 | 33 | 40 | 41 |
| C.32 | Have bathroom near waiting room. | 12 | 32 | 34 | 36 | 33 |
| S.26 | Have another person with you when visiting the intensive care unit. | 42 | 39 | 35 | 38 | 39 |
| P.38 | Help with patient's physical care. | 29 | 33 | 36 | 45 | 45 |
| S.22 | Have someone to help with financial problems. | 44 | 37 | 37 | 22 | 23 |
| C.45 | Have a waiting room near the patient. | 3 | 24 | 38 | 42 | 40 |
| S.33 | Be alone at any time. | 39 | 45 | 39 | 39 | 36 |
| C.18 | Have a place to be alone while in the hospital. | 38 | 43 | 40 | 37 | 37 |
| C.24 | Have pastor visit. | 25 | 22 | 41 | 33 | 34 |
| C.37 | Be told about chaplain services. | 35 | 31 | 42 | 34 | 38 |
| C.8 | Have good food available in the hospital. | 24 | 30 | 43 | 43 | 44 |
| C.20 | Have comfortable furniture in the waiting room. | 16 | 38 | 44 | 41 | 43 |
| S.30 | Feel it is alright to cry. | 41 | 44 | 45 | 44 | 42 |

Comparison of three studies that used the CCFNI

| Dimension, item number | Need | Molter (1979) | Ganas <i>et al.</i> (1986) | Bijttebier, <i>et al.</i> (2001) | | |
|-------------------------------|---|------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------|-------|
| | | | | Family | Doctor | Nurse |
| I ^{1,5} ² | Have questions answered honestly. | 6 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| I.17 | Be assured that the best possible care is being given. | 13 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| I.1 | Know the expected outcome. | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 |
| S.35 | Understandable explanations being given. | 9 | 11 | 4 | 1 | 1 |
| I.40 | Be called at home about changes in the patient's condition. | 4 | 9 | 5 | 11 | 11 |
| I.43 | Know specific facts concerning the patient's progress. | 7 | 3 | 6 | 6 | 7 |
| I.42 | Feel that the hospital personnel care about the patient. | 2 | 7 | 7 | 3 | 4 |
| I.13 | Know why things were done for the patient. | 14 | 10 | 8 | 13 | 12 |
| I.41 | Receive information once a day. | 8 | 12 | 9 | 10 | 6 |
| I.39 | Be told about transfer plans. | 19 | 14 | 10 | 17 | 15 |
| I.19 | Know exactly what is being done for the patient. | 15 | 13 | 11 | 21 | 14 |
| I.16 | Know how the patient is being treated medically. | 17 | 6 | 12 | 19 | 18 |
| A.14 | Feel there is hope. | 1 | 5 | 13 | 7 | 9 |
| A.44 | See the patient frequently. | 10 | 8 | 14 | 25 | 24 |
| I.4 | Have a specific person to call at the hospital. | 34 | 20 | 15 | 9 | 17 |
| A.25 | Talk about the possibility of the patient's death. | 28 | 19 | 16 | 8 | 10 |
| P.3 | Talk to the doctor every day. | 26 | 29 | 17 | 13 | 15 |
| A.28 | Be assured it is "okay" to leave the hospital for a while. | 20 | 27 | 18 | 23 | 20 |
| I.29 | Talk to the same nurse every day. | 32 | 35 | 19 | 30 | 27 |
| P.6 | Have visiting hours changed for special conditions. | 43 | 18 | 20 | 15 | 8 |
| I.11 | Know which staff could give what information. | 31 | 21 | 21 | 27 | 30 |
| A.9 | Have directions as to what to do at the patient's bedside. | 30 | 23 | 22 | 31 | 28 |
| A.21 | Feel accepted by hospital staff. | 11 | 16 | 23 | 14 | 21 |

¹ Letter refers to Leske's (1998:92) five dimensions: I (Information), A (Assurance), P (Proximity), C (Comfort) and S (Support)

² Item number refers to the position of the need on the questionnaire

| Dimension, item number | Need | Molter (1979) | Ganas <i>et al.</i> (1986) | Bijttebier, <i>et al.</i> (2001) | | |
|------------------------|---|---------------|----------------------------|----------------------------------|--------|-------|
| | | | | Family | Doctor | Nurse |
| C.36 | Have visiting hours start on time. | 27 | 36 | 24 | 18 | 13 |
| P.15 | Know about types of staff taking care of the patient. | 33 | 15 | 25 | 26 | 32 |
| P.2 | Have explanations of the environment before going into the intensive care unit. | 23 | 25 | 26 | 29 | 29 |
| S.12 | Have friends nearby for support. | 18 | 28 | 27 | 16 | 16 |
| S.31 | Be told about other people that could help. | 36 | 41 | 28 | 28 | 26 |
| S.27 | Have someone be concerned with your health. | 37 | 26 | 29 | 35 | 35 |
| S.34 | Be told about someone to help with family problems. | 40 | 40 | 30 | 20 | 25 |
| A.7 | Talk about feelings about what has happened. | 45 | 42 | 31 | 24 | 22 |
| C.23 | Have telephone near waiting room. | 22 | 17 | 32 | 32 | 31 |
| P.10 | Visit at any time. | 21 | 34 | 33 | 40 | 41 |
| C.32 | Have bathroom near waiting room. | 12 | 32 | 34 | 36 | 33 |
| S.26 | Have another person with you when visiting the intensive care unit. | 42 | 39 | 35 | 38 | 39 |
| P.38 | Help with patient's physical care. | 29 | 33 | 36 | 45 | 45 |
| S.22 | Have someone to help with financial problems. | 44 | 37 | 37 | 22 | 23 |
| C.45 | Have a waiting room near the patient. | 3 | 24 | 38 | 42 | 40 |
| S.33 | Be alone at any time. | 39 | 45 | 39 | 39 | 36 |
| C.18 | Have a place to be alone while in the hospitaal. | 38 | 43 | 40 | 37 | 37 |
| C.24 | Have pastor visit. | 25 | 22 | 41 | 33 | 34 |
| C.37 | Be told about chaplain services. | 35 | 31 | 42 | 34 | 38 |
| C.8 | Have good food available in the hospitaal. | 24 | 30 | 43 | 43 | 44 |
| C.20 | Have comfortable furniture in the waiting room. | 16 | 38 | 44 | 41 | 43 |
| S.30 | Feel it is alright to cry. | 41 | 44 | 45 | 44 | 42 |