

**Dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag in 'n
kankerkonteks**

deur

JANTINA BERTHA LOUW

04122992

**Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die
graad**

MAGISTER INFORMATIONIS SCIENTIAE

**In die Fakulteit van Ingenieurswese, die Bou-omgewing en
Inligtingtegnologie**

Departement Inligtingkunde

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

Junie 2016

STUDIELEIER: PROF. INA FOURIE

EKSERP

Kanker is een van die mees gevreesde siektes. Kanker kan pro-aktief behandel word deur aandag te gee aan dieet en voeding en ook reaktief tydens behandeling en ander fases. Inligting asook raadgewing oor dieet, voeding en dieetterapie, is dus belangrik. Teen hierdie agtergrond en die toename in kankerpatiënte is 'n oorwegend kwalitatiewe empiriese studie in 2011 gedoen met kankerpatiënte in die Tshwanemetropool (Suid-Afrika) ook bekend as Pretoria. Daar is 'n baie klein kwantitatiewe komponent. Ander kernrolspelers is betrek: onkoloë, algemene geneeshere, dieetkundiges en gesinslede. Die studie is gebaseer op 'n literatuuroorsig en eklektiese gebruik van die inligtinggedrag-modelle van Johnson (1997) (gerig op kankerkonteks), Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) (gerig op professionele beroepslui), Wilson (1981, 1996) (algemene model), Dervin (2005a, 2005b) (singewing), Savolainen (2005) (alledaagse lewe) en die kognitiewe beoordelingsteorie en stresshanteringsteorie van Lazarus (1992). Die doel van die studie was om die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag en -behoefte van pasiënte, gesinslede en ander kernrolspelers in stresvolle kankerkontekste te bepaal. Subprobleme het ingesluit: die inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag van onkoloë, (onkologie-) dieetkundiges, kankerpatiënte en gesinslede rakende dieet en voeding, asook raadgewing in die verband; bevindinge uit die literatuur oor soortgelyke en verwante studies; en die keuse van 'n gepaste inligtinggedragmodel of eklektiese gebruik van modelle wat erkenning verleen aan stresshantering in 'n kankerkonteks. Hierdie studie is as 'n verkennende studie aangepak.

Kanker is 'n sensitiewe saak en mense praat nie graag daaroor met vreemdelinge nie. Deelnemers is dus volgens 'n gerieflikheidsbenadering en sneeubalvorming genooi; dieetkundiges is met enkele uitsonderings genader deur die Vereniging vir Dieetkunde in Suid-Afrika. Elf pasiënte, sewe gesinslede, vyf onkoloë, twee algemene geneeshere en 12 dieetkundiges het deelgeneem. Data is ingesamel deur semi-gestruktureerde vraelyste (voltooi deur deelnemers) en waar moontlik onderhoude aan die hand van die vraelyste (die navorser het dan die vraelys voltooi). Tematiese ontleding is gebruik vir data-ontleding. Die omgewing en verwysingsraamwerk van deelnemers, ervaring van stres, behoefte aan en belangrikheid van dieet- en voedingsinligting, verkryging van inligting, deel van inligting, en die rol van gemoedstoestand en emosies is onder andere inag geneem. 'n Behoefte aan raadgewing is ook hiermee geïntegreer.

Ervaring met kanker, die tipe inligting benodig, die probleemsituasie en die emosionele ervaring van die kankerpatiënt bepaal inligtingsoekgedrag. Dieet- en voedingsinligting

en -raadgewing kan stres verlig deurdat die voedingstatus van die kanker pasiënt instand gehou word. Die eklektiese keuse van modelle is aangepas om 'n inligtingsoekgedragmodel voor te stel wat voorsien vir stres hantering en die erkenning daarvan deur pasiënte en ander rolspelers in kanker kontekste. Aanbevelings sluit in die toets van die model met ander rolspelers soos verpleegkundiges en maatskaplike werkers.

ABSTRACT

Cancer is one of the most feared diseases. Cancer can be pro-actively treated through diet and nutrition and reactively during treatment and other phases. Information as well diet and nutrition advice and diet therapy is therefore important. Against this background and with the increased number in cancer patients, a study was done (mostly qualitative and empirically) in the Tshwane Metropolitan (South Africa) also known as Pretoria in 2011. Other core role players were involved: oncologists, general medical practitioners, dietitians and family members. The study was based on a literature review and eclectic use of the information behaviour models of Johnson (1997) (based on the cancer context), Leckie, Pettigrew and Sylvain (1996) (based on professional occupation), Wilson (1981, 1996) (general model), Dervin (2005a, 2005b) (sense making), Savolainen (2005) (everyday life experiences) and the cognitive assessment theory and stress coping theory of Lazarus (1992). The aim of this study was to determine the diet and nutrition information seeking behaviour and information needs for patients, family members and other core role players in stressful cancer contexts. The sub problems included: information needs and information seeking behaviour of oncologists, (oncology) dietitians, patients and family members regarding diet and nutrition as well as advice in this regard; findings from similar and related studies reported in the literature and the choice of an appropriate information behaviour model with eclectic use of models with recognition to coping in a cancer contexts. This was aimed to be exploratory study.

Cancer is a sensitive situation and people do not easily talk about it to strangers. Participants were therefore invited according to a convenience and snowball sampling method. Dietitians were (with a few exceptions) approached through the Association of Dietetics of South Africa. Eleven patients, seven family members, five oncologists, two general medical practitioners and twelve dietitians participated. Data was gathered through semi structured questionnaires (completed through the participants) and where possible interviews were conducted using the questionnaires (completed by the

researcher). Thematic analysis was used for data analysis. The environment and frame of reference of participants, experience of stress, need and importance of diet and nutrition information and advice, obtaining of information, sharing of information and the role of emotional circumstances and emotion were taken in consideration.

Experience with cancer, the type of information needed, the problem situation and the emotional experience of the cancer patients determine information behaviour. Diet and nutrition advice can relieve stress through the keeping of the nutritional status. The eclectic choice of models is adapted to provide for coping and the acknowledgement thereof through patients and other role players in cancer contexts. Recommendations include the testing of models on other role players like nurses and social workers.

VERKLARING

Ek verklaar dat die verhandeling wat ek hiermee vir die graad Magister Informatonis Scientiae Inligtingkunde aan die Universiteit van Pretoria indien, my eie werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan hierdie of 'n ander tersiêre instelling ingedien is nie.

ETIESE VERKLARING

Die outeur wie se naam op die titelblad van hierdie verhandeling verskyn, het vir die navorsing in hierdie werk die toepaslike goedkeuring rakende navorsingsetiek verky.

Die outeur verklaar dat sy die etiese standaarde soos vereis deur die Universiteit van Pretoria se Etiese kode vir navorsers en die Beleidsriglyne vir verantwoordelike navorsing gehandhaaf het.

HANDTEKENING:



Datum: Junie 2016

ERKENNING

EK wil graag erkenning gee aan die volgende persone:

*Vir Professor Ina Fourie vir al haar kundigheid, hulp en geduld.

*Vir Mevrou Barbara Bradley vir die redigeerwerk van hierdie tesis.

*Vir my ouers, broers en suster vir hul ondersteuning.

*Vir God en Sy genade.



INHOUDSOPGAWE

EKSERP.....	ii
ABSTRACT.....	iii
VERKLARING.....	v
ERKENNING.....	vi
LYS VAN FIGURE.....	xii
LYS VAN TABELLE.....	xiii
LYS VAN AFKORTINGS EN AKRONIEME.....	xv

HOOFSTUK EEN: INLEIDING EN AGTERGROND TOT DIE STUDIE

1.1	INLEIDING.....	1
1.1.1	Inligting en betrokkenes.....	3
1.1.2	Nut van dieet- en voedingsinligting oor kankerpatiënte en (onkologie-) dieetkundiges.....	4
1.1.3	Faktore wat inligtingsoekgedrag beïnvloed.....	5
1.2	PROBLEEMSTELLING EN SUB-PROBLEME.....	6
1.3	OMSKRYWING EN TOELIGTING VAN TERME.....	8
1.3.1	Dieetkundige.....	8
1.3.2	Onkologie-dieetkundige.....	8
1.3.3	Voeding.....	8
1.3.4	Dieet.....	9
1.3.5	Dieetkunde.....	9
1.3.6	Dieet- en voedingsberading.....	9
1.3.7	Dieetterapie.....	9
1.3.8	Voedingsondersteuning.....	10
1.3.9	Kanker.....	10
1.3.10	Onkologie.....	10
1.3.11	Onkoloog.....	11
1.3.12	Inligtingbehoefte.....	11
1.3.13	Inligtinggedrag en inligtingsoekgedrag.....	11
1.3.14	Stres.....	12
1.4	NAVORSINGSBENADERING.....	14
1.4.1	Rol van literatuuroorsig en literatuurontleding.....	14
1.4.2	Empiriese navorsing.....	17
1.4.3	Steekproef.....	19
1.4.4	Data-insamelingsmetode.....	19
1.4.5	Data-ontledingsprosedure.....	21
1.5	VERDELING VAN HOOFSTUKKE.....	21

HOOFSTUK TWEE: DIEET, VOEDING EN KANKER

2.1	INLEIDING.....	23
2.2	AGTERGROND.....	23
2.3	VOORKOMING VAN KANKER.....	24
2.4	REAKTIEWE BEHANDELING VAN KANKER.....	26
2.5	GEVOLGTREKKING.....	29



HOOFSTUK DRIE: LITERATUUROORSIG: DIEET- EN VOEDINGSINLIGTING-BEHOEFTES EN -SOEKGEDRAG IN 'n KANKERKONTEKS

3.1	INLEIDING.....	31
3.2	OORSIG VAN TERME WAT MET INLIGTINGBEHOEFTE EN SOEK- GEDRAG VERBAND HOU.....	33
3.2.1	Inligtingbehoefte.....	33
3.2.1.1	<i>Soeke na antwoorde</i>	34
3.2.1.2	<i>Vermindering van onsekerheid</i>	34
3.2.1.3	<i>Sinmaking</i>	35
3.2.1.4	<i>Inligtingbehoefte as 'n spektrum van veelvuldige motivering</i>	36
3.2.1.5	<i>Interpretasie van moontlike inligtingbehoefte in die kanker konteks</i>	36
3.2.2	Inligtingbronne.....	37
3.2.2.1	<i>Inligtingbronne wat sosiale invloed reflekteer</i>	38
3.2.2.2	<i>Inligtingbronne wat op bestuurs konteks, ondersteuningsinligting en statistiek fokus</i>	38
3.2.2.3	<i>Veelvuldigheid van inligtingbrontipes</i>	39
3.2.2.4	<i>Beskikbaarheid van Internet inligtingbronne en gebruikersvoorkeure</i>	40
3.2.3	Inligtingsoeke.....	42
3.2.4	Inligtinggedrag.....	44
3.3	DIE INLIGTINGBEHOEFTE EN -SOEKGEDRAG VAN GESELEKTEERDE ROLSPELERS.....	50
3.3.1	Onkoloog en geneesheer.....	51
3.3.2	Dieetkundige.....	54
3.3.3	Pasiënt.....	59
3.3.4	Gesinslede.....	62
3.4	DIEET- EN VOEDINGSINLIGTINGBEHOEFTE EN -SOEKGEDRAG VAN ONKOLOOG, DIEETKUNDIGE, PASIËNT EN GESINSLEDE.....	66
3.5	SAMEVATTENDE OPMERKINGS.....	67
3.5.1	Inligtingsterme.....	67
3.5.2	Rolspelers in die kanker konteks.....	68
3.6	GEVOLGTREKKING.....	68

HOOFSTUK VIER: MODELLE VIR OORWEGING VIR STUDIE

4.1	INLEIDING.....	70
4.2	INLIGTINGGEDRAGMODELLE VIR OORWEGING IN 'n KANKER- KONTEKS.....	70
4.2.1	Johnson (1997) se model.....	71
4.2.2	Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model.....	73
4.2.3	Wilson se modelle (1981, 1996).....	75
4.2.4	Lazarus (1992) se model.....	78
4.2.5	Dervin (2005a, 2005b) se model.....	79
4.2.6	Savolainen (2005) se alledaagselewe-inligtingsoekmodel (" <i>Everyday life information seeking</i> ").....	80
4.3	AANWENDING VAN DIE MODELLE IN DIE STUDIEKONTEKS.....	82
4.3.1	Onkoloog en geneesheer.....	82
4.3.2	Dieetkundige.....	83
4.3.3	Pasiënt.....	84
4.3.4	Gesinslede.....	85
4.4	GEVOLGTREKKING.....	86

HOOFSTUK VYF: NAVORSINGSMETODOLOGIE

5.1	INLEIDING	88
5.2	NAVORSING.....	89
5.2.1	Die wese van navorsing.....	89
5.2.2	Navorsingsproses.....	91
5.3	NAVORSINGSBENADERINGS.....	93
5.3.1	Kwalitatiewe benadering.....	93
5.3.2	Kwantitatiewe benadering.....	96
5.3.3	Gekombineerde kwalitatiewe en kwantitatiewe benaderings.....	98
5.4	STEEKPROEFTREKKING.....	99
5.4.1	Gerieflikheidsteekproeftrekking.....	100
5.4.2	Sneeubal-effek (netwerkvorming).....	100
5.5	DATA-INSAMELINGSINSTRUMENTE.....	102
5.5.1	Onderhoudvoering.....	102
5.5.1.1	<i>Semi-gestruktureerde onderhoude.....</i>	104
5.5.2	Vraelyste.....	106
5.6	ONTLEDING VAN DATA.....	110
5.6.1	Begronde teorie.....	110
5.6.2	Tematiese ontleding.....	111
5.7	GEVOLGTREKKING.....	112

HOOFSTUK SES: ONTLEDING VAN DATA

6.1	INLEIDING.....	113
6.2	STEEKPROEF EN RESPONDENTE.....	113
6.3	RAPPORTERING VAN DATA VIR ONKOLOË EN GENEESHERE.....	114
6.3.1	Demografiese inligting van respondente.....	114
6.3.2	Onkoloë en geneeshere se benadering tot die behandeling van kanker en die invloed daarvan op dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag en raadgeewing.....	116
6.3.2.1	<i>Omvattende mediese versorging met inagnome van dieetterapeutiese beginsels.....</i>	117
6.3.2.2	<i>Betrekking van gesinslede tydens die behandeling van kanker pasiënte.....</i>	117
6.3.2.3	<i>Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in die voorsiening en behoefte aan dieet- en voedingsinligting en die raadpleging van 'n dieetkundige as inligtingbron.....</i>	117
6.3.2.4	<i>Bepaling van die nut van dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan tydens die behandeling van kanker.....</i>	118
6.3.2.5	<i>Verband tussen dieet- en die emosionele toestand van die kanker-pasiënte.....</i>	119
6.3.2.6	<i>Verwysing van kankerpasiënte na addisionele dieet- en voedingsinligting-bronne.....</i>	120
6.3.3	Onkoloë en geneeshere se mening oor die verband tussen dieet- en die mediese versorging van kankerpasiënte en dus ook dieetterapie.....	122
6.3.4	Hoe alles in mekaar pas vir dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van onkoloë en geneeshere en raadgeewing deur hulle.....	124
6.3.5	Punte wat uitstaan.....	126
6.4	DATA-ONTLEDING VIR DIEETKUNDIGES.....	126
6.4.1	Profiel van respondente.....	126
6.4.2	Mate van persoonlike ervaring met kanker.....	128
6.4.3	Betrekking van gesinslede tydens konsultasiegesprekke.....	129
6.4.4	Faktore betrokke by die kommunikasieproses tydens dieet- en voedingsberading.....	130



6.4.5	Dieetplan as aanvulling tot terapeutiese sorg.....	131
6.4.6	Dieet- en voedingsinligtingbronne.....	132
6.4.7	Bydrae van voedingsorg vir kankerpatiënte.....	133
6.4.8	Dieet- en voedingsinligting en -riglyne en die emosionele toestand van kankerpatiënte.....	134
6.4.9	Verskaffing van dieet- en voedingsinligting en -riglyne aan kankerpatiënte en gesin.....	135
6.4.10	Verwysing na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne.....	135
6.4.11	Verdere punte van belang.....	136
6.5	PUNTE WAT UITSTAAN.....	137
6.6	DATA-ONTLEDING VIR PASIËNTE.....	138
6.6.1	Profiel van die respondente.....	138
6.6.2	Invloed van demografiese faktore.....	139
6.6.3	Naderoms krywing van die siektetoestand en mediese versorging.....	142
6.6.4	Tevredenheid met inligting wat van mediese versorgers ontvang is.....	146
6.6.5	Dieet- en voedingsinligting wat van mediese versorgers ontvang is.....	149
6.6.6	Uitwerking van die dieet- en voedingsinligting.....	149
6.6.7	Alternatiewe dieet- en voedingsinligting.....	152
6.6.8	Volg van 'n spesifieke dieetplan.....	156
6.6.9	Opstel van 'n dieetplan deur 'n dieetkundige.....	159
6.6.10	Tevredenheid met dieetplan.....	159
6.6.11	Assosiering van die dieetplan met verbetering in die siektetoestand.....	161
6.6.12	Evaluering van alternatiewe vitamien en homeopatiese middels.....	164
6.6.13	Behoefte aan verdere dieet- en voedingsinligting.....	167
6.6.14	Gesinslede se houding teenoor die pasiënt se spesifieke dieetplan en siektetoestand.....	169
6.6.15	Dieet- en voedingsinligting en die gemoedstoestand van kankerpatiënte.....	172
6.6.16	Deelname aan 'n ondersteuningsgroep.....	175
6.6.17	Dieet- en voedingsaspekte wat in die ondersteuningsgroep bespreek is.....	178
6.6.18	Addisionele inligting.....	179
6.7	PUNTE WAT UITSTAAN.....	180
6.8	DATA-ONTLEDING VIR GESINSLEDE.....	180
6.8.1	Profiel van die respondente.....	180
6.8.2	Invloed van demografiese faktore.....	181
6.8.3	Belewenis van die gesinslede.....	184
6.8.4	Betrekking van gesinslede deur mediese versorgers.....	184
6.8.5	Tevredenheid met inligting wat die gesinslid ontvang het.....	185
6.8.6	Verkryging van spesifieke dieet- en voedingsinligting.....	187
6.8.7	Dieetplan opgestel deur 'n dieetkundige.....	188
6.8.8	Verbetering in siektetoestand terwyl 'n dieetplan gevolg is.....	188
6.8.9	Tevredenheid met die pasiënt se dieetplan.....	189
6.8.10	Verkryging van dieet- en voedingsinligting elders.....	190
6.8.11	Persepsies van pasiënte se gesindheid rakende hulle spesifieke dieetplan en dieet- en voedingsinligtingbehoefte.....	191
6.8.12	Persoonlike gemoedstoestand en dieet- en voedingsinligting.....	192
6.8.13	Deelname aan ondersteuningsgroep.....	192
6.8.14	Voedingsaspekte wat in die ondersteuningsgroep hanteer is.....	193
6.8.15	Verdere punte van belang.....	193
6.9	PUNTE WAT UITSTAAN.....	194
6.10	VERGELYKING VAN DATA VAN PASIËNTE EN GESINSLEDE.....	194
6.10.1	Vergelyking van die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van pasiënte teenoor gesinslede.....	194
6.10.2	Vergelyking van die demografiese data van pasiënte en gesinslede.....	195
6.11	GEVOLGTREKKING.....	196



HOOFSTUK SEWE: BEVINDINGE VAN STUDIE IN OORLEG MET INLIGTINGSOEK- GEDRAGMODELLE

7.1	INLEIDING.....	198
7.2	BEVINDINGE IN VERWANTSKAP MET INLIGTINGSOEKGE- DRAGMODELLE.....	198
7.2.1	Johnson (1997) se model.....	199
7.2.2	Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model.....	201
7.2.3	Wilson (1981, 1996) se modelle.....	202
7.2.4	Lazarus (1992) se teorieë	204
7.2.5	Dervin (2005a, 2005b) se model.....	205
7.2.6	Savolainen (2005) se model.....	206
7.3	BENUTTING VAN INLIGTINGSOEKGEDRAG EN –GEDRAGMODELLE VIR STUDIES VAN INLIGTINGSOEKGEDRAG IN ‘n KANKERKONTEKS – VEELVULDIGE ROLSPELERS	208
7.4	VOORSTELLE VIR DIE AANPASSING VAN DIE MODELLE.....	213
7.4.1	Aangepaste Johnson (1997) model.....	213
7.4.2	Aangepaste Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) model.....	215
7.4.3	Aangepaste Wilson (1981) model.....	216
7.4.4	Aangepaste Wilson (1996) model.....	218
7.4.5	Aangepaste Lazarus (1992) model.....	220
7.4.6	Aangepaste Dervin (2005a, 2005b) model.....	222
7.4.7	Aangepaste Savolainen (2005) model.....	224
7.5	GEVOLGTREKKING.....	227

HOOFSTUK AGT: FINALE GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

8.1	INLEIDING.....	228
8.2	OPSOMMING VAN DIE UITVOER VAN DIE STUDIE.....	228
8.3	ANTWOORDE OP PROBLEEMSTELLING EN SUB-PROBLEME.....	229
8.3.1	Dieet- en voedingsinligtingbehoefte van kankerpatiënte, gesinslede, dieetkundiges en onkoloë.....	229
8.3.2	Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van kankerpatiënte, gesinslede, dieetkundiges en onkoloë.....	231
8.3.3	Eklektiese gebruik van modelle om dieet- en voedingsinligtingbehoefte- en inligtinggedrag in stresvolle konteks te bestudeer.....	233
8.3.4	Metodes wat gebruik kan word om data in te samel.....	235
8.3.5	Voorgestelde aanpassings vir ‘n inligtingsoekgedragmodel vir studies in stresvolle kankerkontekste.....	235
8.4	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE.....	235
8.5	MATE WAARTOE STUDIEDOELWIT BEREIK IS.....	236
8.6	AANBEVELINGS.....	236
8.6.1	Teoretiese aanbevelings.....	236
8.6.2	Praktiese aanbevelings.....	237
8.7	AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING.....	237
8.8	GEVOLGTREKKING.....	238
	BIBLIOGRAFIE.....	239
Bylaag A1:	VRAELYS AAN ONKOLOë IN ENGELS.....	286
Bylaag A2:	VRAELYS AAN DIEETKUNDIGES IN ENGELS.....	288
Bylaag A3:	VRAELYS AAN PASIëNTE IN ENGELS.....	290
Bylaag A4:	VRAELYS AAN GESIN IN ENGELS.....	294
Bylaag B1:	INGELIGTE TOESTEMMINGSBRIEF IN AFRIKAANS.....	298
Bylaag B2:	INGELIGTE TOESTEMMINGSBRIEF IN ENGELS.....	299
Bylaag C1:	DEKBRIEF IN AFRIKAANS.....	300

Bylaag C2: DEKBRIEF IN ENGELS..... 302

LYS VAN FIGURE

Figuur 4.1:	Johnson (1997) se model.....	71
Figuur 4.2:	Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model.....	74
Figuur 4.3:	Wilson se 1981 inligtingsoekgedragmodel soos in 1999 aangepas met behulp van Ellis se 1989-model.....	76
Figuur 4.4:	Wilson (1996) se algemene inligtinggedragmodel.....	77
Figuur 4.5:	Lazarus se kognitiewe beoordelingsteorie en streshanteringsteorie....	78
Figuur 4.6:	Dervin (2005) se sinmakingsraamwerk.....	80
Figuur 4.7:	Savolainen (2005) se alledaagselewe model.....	81
Figuur 7.1:	Aangepaste Johnson (1997) model.....	213
Figuur 7.2:	Aangepaste Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) model.....	215
Figuur 7.3:	Aangepaste Wilson (1981) model.....	218
Figuur 7.4:	Aangepaste Wilson (1996) model.....	220
Figuur 7.5:	Aangepaste Lazarus (1992) model.....	222
Figuur 7.6:	Aangepaste Dervin (2005a, 2005b) model.....	223
Figuur 7.7:	Aangepaste Savolainen (2005) model.....	227

LYS VAN TABELLE

Tabel 1.1:	Nut van dieet- en voedingsinligting vir kankerpatiënte en dieetkundiges.....	5
Tabel 3.1:	Kankerverenigings en gepaardgaande webadresse.....	41
Tabel 3.2:	Kankernavorsingsinstansies en gepaardgaande webadresse.....	42
Tabel 3.3:	Omskrywings van inligtinggedrag.....	47
Tabel 3.4:	Dieet- en voedingsinligtingbehoefes van die onkoloog en dieetkundige.....	66
Tabel 3.5:	Dieet- en voedingsinligtingbehoefes van die pasiënt en gesin.....	66
Tabel 4.1:	Refleksie van modelle in die onkoloogvraelys.....	83
Tabel 4.2:	Refleksie van modelle in die dieetkundigevraelys.....	84
Tabel 4.3:	Refleksie van modelle in die pasiënte se vraelys.....	85
Tabel 4.4:	Refleksie van modelle in die gesinslede se vraelys.....	86
Tabel 6.1:	Respondente van die studie.....	114
Tabel 6.2:	Profiel van deelnemende onkoloë en geneeshere.....	115
Tabel 6.3:	Omvattende mediese versorging deur onkoloë en geneeshere wat raakpunte toon met dieet- en voedingsinligting.....	116
Tabel 6.4:	Dieet- en voedingsinligtingbehoefes tydens die mediese versorging van kankerpatiënte.....	118
Tabel 6.5:	Redes waarom dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan aan kankerpatiënte verskaf word.....	119
Tabel 6.6:	Moontlike redes vir emosie en reaksie op emosie.....	120
Tabel 6.7:	Menings van onkoloë en geneeshere waar kankerpatiënte nie verwys word na dieet- en voedingsinligtingbronne nie.....	121
Tabel 6.8:	Menings van onkoloë en geneeshere waar kankerpatiënte verwys word na dieet- en voedingsinligtingbronne.....	122
Tabel 6.9:	Medici se mening oor die verband tussen dieet- en die mediese versorging van kankerpatiënte.....	124
Tabel 6.10:	Punte wat uitstaan oor diversiteit van antwoorde deur onkoloë en geneeshere.....	126
Tabel 6.11:	Profiel van deelnemende dieetkundiges.....	127
Tabel 6.12:	Kategorisering van dieetkundiges se ervaring.....	129
Tabel 6.13:	Uitruil van inligting wat dieetplan beïnvloed.....	132
Tabel 6.14:	Addisionele inligtingbronne wat dieetkundiges benut en vir pasiënte aanbeveel.....	136
Tabel 6.15:	Punte wat uitstaan by die dieetkundiges.....	137
Tabel 6.16:	Demografiese inligting teenoor die impak van geloof op die behoefte aan dieet- en voedingsinligting.....	141
Tabel 6.17:	Mediese versorging van die kankerpatiënt en gepaardgaande emosies.....	144
Tabel 6.18:	Kankerpatiënte se tevredenheid met inligting wat ontvang is en gepaardgaande opmerkings.....	148
Tabel 6.19:	Demografiese inligting gestel teenoor die mening oor die invloed van dieet- en voedingsinligting wat ontvang is.....	151
Tabel 6.20:	Demografiese inligting gestel teenoor opmerkings of dieet- en voedingsinligting elders bekom is of nie.....	155
Tabel 6.21:	Demografiese inligting teenoor die volg van 'n dieetplan.....	158
Tabel 6.22:	Demografiese inligting teenoor verbetering wat met die dieetplan ervaar is.....	163
Tabel 6.23:	Demografiese inligting teenoor oorweging van alternatiewe middels....	166
Tabel 6.24:	Demografiese inligting teenoor noodsaak vir dieet- en voedingsinligting.....	168
Tabel 6.25:	Demografiese inligting teenoor gesinslede se gesindheid oor die	



	dieetplan en siektetoestand.....	171
Tabel 6.26:	Demografiese inligting teenoor verbeterde gemoedstoestand a.g.v. dieet- en voedingsinligting.....	174
Tabel 6.27:	Demografiese inligting teenoor inskakeling by 'n ondersteuningsgroep.	177
Tabel 6.28:	Punte wat uitstaan by pasiënte.....	180
Tabel 6.29:	Gesinslid se verwantskap met die kankerpatiënt en navorser.....	181
Tabel 6.30:	Demografiese inligting van gesinslede.....	183
Tabel 6.31:	Punte wat uitstaan by gesinslede.....	194
Tabel 6.32:	Vergelyking van die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van die pasiënte teenoor die gesinslede.....	195
Tabel 6.33:	Vergelyking van die demografiese inligting van die pasiënte en gesinslede.....	196
Tabel 7.1:	Inligtinggedragmodelle se effektiewe werking in 'n kanker konteks (met dieet en voeding) waar spesifieke rolspelers ter sprake is.....	209
Tabel 8.1:	Opsomming van die uitvoer van die studie.....	228

LYS VAN AKRONIEME EN AFKORTINGS

ADSA	<i>Association for Dietetics of South Africa</i>
CANSA	<i>Cancer Association of South Africa</i>
CIS	<i>Cancer Information Service</i>
CMIS	<i>Comprehensive model of information seeking</i>
DOH	<i>South African Department of Health</i>
DTI	<i>Department of Trade and Industry</i>
ELIS	<i>Everyday life information seeking</i>
HPCSA	<i>Health Professional Council of South Africa</i>
ISP	<i>Inside the search process</i>
MRC	<i>Medical Research Council / Mediese Navorsingsraad</i>
NCR	<i>National Cancer Registry / Nasionale Kankerregister</i>
NHLS	<i>National Health Laboratory Service</i>
NRF	<i>National Research Foundation</i>
PRF	<i>The Poliomyelitis Research Foundation</i>
SEER	<i>Surveillance, Epidemiology and End Results</i>
THRIP	<i>Technology and Human Resources for Industry Programme</i>
WGO	<i>Wêreldgesondheidsorganisasie</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN AGTERGROND TOT STUDIE

1.1 INLEIDING

Toepaslike inligting rakende kanker, die behandeling en die newe-effekte daarvan speel 'n belangrike rol in effektiewe keuse-uitoefening, deelname aan pro-aktiewe en reaktiewe besluitneming, die verligting van angs, probleemoplossing en navorsing (Burton, Collins, Brain, Wyld & Brain, 2015; Cox, Jenkins, Catt, Langridge & Fallowfield, 2006; Trunzo, Pinto & Chougule, 2014). Eerstens is inligting oor die onderwerp kanker in die algemeen belangrik: *“Sophisticated integration of medical information about cancer and other chronic diseases has become increasingly important in diagnosis, treatment, care of patients and clinical research. Cancer control strategy could not be planned without such precise information”* (Watanabe, 1990: 7).

Onkologie- en dieetkundige literatuur lê sterk klem op die belangrikheid van dieetkundiges, dieet- en voedingsinligting: *“The dietitian’s value as a member of the treatment team is well established. She must be aggressive and persevering in her efforts to encourage an adequate nutritional intake. The patient will then be better able to tolerate the demands on his body of the neoplastic disease and the therapy or therapies chosen. There is reason to hope that improving nutritional status will improve both the length and quality of life”* (Hedgedus & Pelham, 1975). Die waarde van inligting oor voeding en dieet word ook in meer resente literatuur bevestig (Gupta, Edelstein, Margaret & Albert-Green, 2013; James-Martin, Koczwane, Smith & Miller, 2014).

Om die regte inligting op gepaste tye en wyse en in gepaste formaat te voorsien, vereis grondige kennis van inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag in die kanker konteks (Janz, Mujahid, Hawley, Griggs, Hamilton, 2008; Al Qadire, 2014). Inligtingsoekgedrag en die uiteindelijke herwinning van inligting kan nie gesien word as twee geïsoleerde prosesse wanneer inligting oor kanker en voeding verkry word nie. Die prosesse kan dikwels in die vorm van 'n netwerk gesien word, waar inligting deur middel van interaksie tussen verskeie partye verkry word. Verskeie rolspelers is betrokke in die inligtingsoekproses, wat meebring dat die verskillende partye se inligtingbehoefte inag

geneem moet word (Hansen & Järvelin, 2005:1101). Dit is veral belangrik in die ontwikkeling van stelsels vir inligtingherwinning en -kommunikasie (Feeley, Sledge, Levit & Ganz, 2014; Hepworth, 2007: 33-56), wat dan ook van toepassing is op voeding en dieet in die kankerkonteks. Hedendaags bied intelligente selfone baie moontlikhede vir die soek, gee en uitruil van inligting (Feeley, Sledge, Levit & Ganz, 2014).

Om stelsels te ontwikkel vir doeltreffende kommunikasie, organisasie en herwinning van inligting, asook opleiding van die betrokke partye of rolspelers in die organisasie en herwinning van inligting, moet inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag behoorlik begryp word (Hepworth, 2007: 33-56). Metodes om inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag te bestudeer, is van kardinale belang, byvoorbeeld aan die hand van modelle vir streshantering en kognitiewe beoordeling (kanker gaan met groot stres gepaard) en vir inligtingsoekgedrag (Case, 2012; Fidel, 2011, 2012; Johnson & Case, 2012; Lilja, Ryden & Fridlund, 1998; Wang, 1999: 53-99).

Soos blyk uit die toename in navorsing- en oorsigartikels, is daar toenemende belangstelling in inligtingsoekgedrag, spesifiek ook kankerverwante inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag. Daar word onderskei tussen navorsingsartikels oor kankerinligtingbehoefte (byvoorbeeld Andreassen, Randers, Naslund, Stockeld & Mattiasson, 2005; Arraras, Wright, Greimel, Holzner, Kuljanic-Vlasic, 2004; Cox *et al.*, 2006; Guidry, Greisinger & Aday, 1996: 1393-1398; Kim & Gilbertson, 2007; Maree, Parker, Kaplan & Oosthuizen, 2016; McLoughlin & Oosthuizen, 1996; Powe, Nehl, Blanchard & Finnie, 2005; Squiers, Finney Rutten, Treiman, Bright & Hesse, 2005) en navorsingsartikels oor inligtingsoekgedrag in die algemeen (byvoorbeeld DeRosa, 2013; Johnson, Andrews & Allard, 2001). Die werk van McLoughlin en Oosthuizen (1996) en Fourie (2008) verteenwoordig van die min Suid-Afrikaanse studies oor die inligtingbehoefte en inligtinggedrag/inligtingsoekgedrag van kankerpatiënte. Dieselfde geld vir Fourie (2012) en Fourie en Meyer (2014) se publikasies oor inligtinggedrag in palliatiewe sorg. Omvattende boeke oor inligtingbehoefte en inligtinggedrag/inligtingsoekgedrag in die algemeen sluit in werke van Case (2007; 2012), Fischer, Erdelez en McKechnie (2005), Johnson en Case (2012) en Spink en James (2006). Oorsigartikels oor inligtinggedrag/inligtingsoekgedrag sluit in publikasies deur Case *et al.* (2005), Courtright (2007) en Fisher en Julien (2009).

Uit navorsing (Jimbo, Nease, Ruffin & Rana, 2006: 26-35; Torre, Bray, Siegel, Ferlay, Lortet-Tieulent *et al.*, 2015) word afgelei dat daar 'n toename is in die getal kankerpatiënte. In 1999 is daar volgens die Nasionale Kankerregister 60 343 nuwe

kankergevalle in Suid-Afrika aangemeld (Albrecht, 2006: 11). Albrecht (2006) meld dat kanker 'n hoogs gekompliseerde siekte is met 'n aanmeldingsyfer van 10 miljoen nuwe diagnoses wêreldwyd per jaar. In 2002 was daar 24,6 miljoen kankerlyers in die wêreld met die hoop om te oorleef. Albrecht het hierdie syfers bekom van die *International Agency for Research on Cancer*. Hierdie syfers was van belang toe daar in 2007 met hierdie studie begin is. Volgens 'n globale studie oor kankerstatistieke deur Jemal, Bray, Ferlay, Center, Ward (2011) was die voorkoms van kanker in 2008 per 100 000 mense in Suidelike Afrika (Namibië, Botswana en Suid-Afrika) 235.9 onder mans, 161.00 onder vroue en oorkoepelend 189.6. Jemal *et al.* (2011) het ook bevind dat die sterftesyfer aan kanker in 2008 per 100 000 in Suidelike Afrika 172.1 vir mans, 108.1 vir vroue en oorkoepelend 133.2 was (Jemal *et al.*, 2011: 75). In 2012 was die voorkoms van kanker per 100 000 mense in Suidelike Afrika 210.3 vir mans, 161.1 vir vroue en oorkoepelend 177.5. Die sterftesyfer in 2012 per 100 000 in Suidelike Afrika was 136.5 vir mans en 98.7 vir vroue en oorkoepelend 112.5 (Torre *et al.*, 2015: 93). Hierdie is van die mees resente statistiek wat in 'n betroubare bron (*CA Cancer Journal of Clinicians*) opgespoor kon word. Die jaarliks groeiende getal kankerlyers wêreldwyd beklemtoon die noodsaaklikheid daarvan om hul inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag te verstaan (Albrecht, 2006: 7). Alhoewel hierdie stelling in 2007 met die aanvang van hierdie studie teëgekomp is, is dit steeds geldig.

1.1.1 Inligting en betrokkenes

Verskeie rolspelers is betrokke by die behandeling van kankerpatiënte: die pasiënt, wat sentraal staan, onkoloë, ander mediese spesialiste, (onkologie-)verpleegkundiges, (onkologie-)dieetkundiges, maatskaplike werkers, aptekers en fisioterapeute. Literatuur oor kankerversorging verwys na 'n multidissiplinêre benadering (Ekedahl & Wengstrom, 2008; Friedland, Bozic, Dewar, Kuan, Meyer *et al.*, 2011; Saini, Taylor, Ramirez, Palmieri & Gunnarson *et al.*, 2012). Ander belangrike partye betrokke by kankerpatiënte is die gesin, versorgers, vriende, kollegas en kennisse (Bertero, 2000; Kim, Duberstein, Sorensen & Larson, 2005; Najmabadi, Azarkish, Latifnejadroudsari, Shandiz, Aledavood *et al.*, 2014). (Die term "partye" word hier gebruik omdat hul nader aan die pasiënt staan; dit kan ook met rolspelers vervang word ter vereenvoudiging van die bespreking of selfs met "akteurs" soos in Afdeling 1.3.12 verduidelik.)

Inligting wat aan die pasiënte en/of gesin oorgedra word, behoort nie in die vorm van valse optimisme te wees nie. Nóg die pasiënt, nóg die gesin kan bemoedig word deur die waarheid van die siekte-situasie te verdraai of te negeer deur byvoorbeeld te sê:

“*Moenie bekommerd wees nie, alles sal regkom*” (Mikkael & Sekeres, 2011). In so ’n proses word sowel die emosies van die kankerpatiënt of gesin as hulle wêreldbeeld onderdruk (Alberts, 1993: 102). Alberts (1993) wys verder daarop dat die wyse waarop ’n gesin met kanker omgaan, berus op die manier waarop die gesin in die verlede gefunksioneer het. Alberts (1993) noem dat gesinne wat voor die tyd gemaklik gekommunikeer het, ook na die diagnose van kanker gemaklik sal kommunikeer. Indien ’n gesinslid in die verlede geneig was om sy/haar probleme self te hanteer, sal hy/sy na die siektetoestand gediagnoseer is, nog steeds so optree. Indien mense alle probleme self wil hanteer, raak dit egter moeiliker om kanker te hanteer (Alberts, 1993: 103). Die beste wyse om beheer te neem oor die realiteit van ’n krisis is om onkunde te vervang met kennis. Iemand wat die ware feite ken, behoort minder geïntimideer te word deur onakurate feite. Hoe meer relevante kennis ’n mens het, hoe minder is daar om te vrees (Alberts, 1993: 106; Beekers, Husson, Mols, Van Eenbergen & Van de Poll-Franse, 2015). Dikwels vermy pasiënte inligting egter uit vrees (Case, Andrews, Johnson & Allard, 2005: 353-362; Nelissen, Beullens, Lemal & Van den Bulck, 2015).

Die noukeurige nagaan van die inligtingbehoefte van al die rolspelers en partye en die wyse waarop inligting verkry word (d.i. inligtingsoekgedrag), is van kardinale belang in die voorsiening van inligting (Gianinazzi, Essig, Rueegg, Von der Weid, Brazzola *et al.*, 2014). Die uitwerking van die inligting op hulle is ook belangrik. Uit die literatuur kan voorlopig kennis geneem word van die onderstaande bevindinge oor die nut van dieet- en voedingsinligting in die kankerkonteks (afd. 1.1.2).

1.1.2 Nut van dieet- en voedingsinligting vir kankerpatiënte en (onkologie-) dieetkundiges

Dieet- en voedingsinligting is van groot belang vir pasiënte en (onkologie-)dieetkundiges wat pasiënte ondersteun (Choi, Wie, Lee, Kim, Park *et al.*, 2015; Shai, Shahar & Fraser, 2001; Truswell, 2000). Dit word in Tabel 1.1 gereflekteer. (Dit is slegs ’n aanduiding, nie ’n omvattende lys nie.)



Pasiënt	Onkologie-dieetkundige
<p>Inligting bevorder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besluitneming (Cox <i>et al.</i>, 2006; Shaffer, Tomek & Hulseay, 2014) • Keuse-uitoefening (Shaffer, Tomek & Hulseay, 2014) • Lewenskwaliteit (Guidry, Greisinger & Aday, 1996; Watson, 2007) • Hanteringstrategieë (Lazarus, 1992) 	<p>Inligting bevorder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navorsing (Watanabe, 1990) • Terapie van pasiënte: hantering van nuwe-effekte (Lighthart-Melis, Weijs, Boveldt, Buskemolen, Earthman <i>et al.</i>, 2013; Watson, 2007) • Gewigsbeheer van pasiënte (Watson, 2007)
<p>Inligting verminder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onkunde, vrees en onsekerheid (Alberts, 1993) • Angs (Adreasen <i>et al.</i>, 2005; Beekers <i>et al.</i>, 2015) 	<p>Inligting voorkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verspreiding van kanker (Hegedus & Pelham, 1975) • Wanvoeding (Hegedus & Pelham, 1975; Kiss, Krishnasamy, Loeliger, Granados, Dutu & Corry, 2012) • Gewigsverlies (Hegedus & Pelham, 1975) • Langer hospitalisasie (Hegedus & Pelham, 1975)

Tabel 2.1: Nut van dieet- en voedingsinligting vir kankerpatiënte en dieetkundiges

Die waarde van dieet- en voedingsinligting vir pasiënte in die kanker konteks word verder bevestig deur Fisch en Bruera (2003: 372). Hulle noem dat verlies van gewig en aptyt geassosieer word met grootskaalse vatbaarheid vir ander siektes onder kankerpatiënte. Dit word bevestig deur Kamachi, Ozawa, Hayashi, Kazuno, Ito *et al.* (2015). 'n Belangrike aspek van die behandeling van anoreksie gekoppel aan kanker is 'n eerlike gesprek met die pasiënt en gesin oor realistiese dieet- en voedingsdoelwitte in die opset van gevorderde kanker (Hopkinson & Richardson, 2015).

In 'n studie wat sy in 2007 voltooi het, het Watson onder meer tot die gevolgtrekking gekom dat pasiënte met kop- en nekkanker voordeel getrek het uit dieet- en voedingsberading deur 'n geregistreerde dieetkundige. Pasiënte kon die nuwe-effekte van die kankerbehandeling beter bestuur en gewigsverlies voorkom. Die respondente in haar studie was baie positief oor dieet- en voedingsberading deur 'n geregistreerde dieetkundige. Hulle het bevestig dat dit voordelig was en dat hulle dit gebruik het en so hul lewenskwaliteit verbeter het (Watson, 2007: 40).

1.1.3 Faktore wat inligtingsoekgedrag beïnvloed

Alhoewel heelwat gepubliseer is oor faktore wat inligtinggedrag/soekgedrag beïnvloed (Case, 2007, 2012; Chae, 2015; Courtright, 2007; Fisher & Julien, 2009; Johnson & Case, 2012), is slegs beperkte studies beskikbaar oor inligtinggedrag/soekgedrag rakende voeding en dieet. Daar is byvoorbeeld baie min studies wat die inligtinggedrag

van dieetkundiges rapporteer. Alhoewel hierdie studie gehandel het oor inligtingsoekgedrag, is bevindinge met betrekking tot inligtinggedrag (oorkoepelend) ook van belang. Daar word hier dus eerder na inligtinggedrag (met insluiting van soekgedrag verwys), behalwe wanneer die fokus uitsluitlik op soekgedrag val.

Uit studies vir voortgesette opleiding van dieetkundiges rakende faktore wat inligtinggedrag beïnvloed, blyk dit dat ouderdom, beroep, konteks, kultuur en toegang tot inligting 'n belangrike rol speel (Shpilko, 2011). Hierbenewens het inligtingkommunikasie-tegnologie en -vaardighede ook 'n beduidende invloed op inligtinggedrag/soekgedrag (Feeley *et al.*, 2014; Schultz-Jones, 2009).

Uit 'n spektrum van studies deur ander professionele personeel, soos wetenskaplikes en ingenieurs, is ook ander beïnvloedende faktore opgemerk, byvoorbeeld die inligtinggebruiker se motivering om inligting te bekom, die doel waarvoor inligting nodig is, take en verantwoordelikhede, die spesifieke probleemsituasie wat ervaar word en onsekerheid oor die toepaslikheid van die inligting wat ingewin is (Case 2007, 2012; Courtright, 2007; Fisher & Julien, 2009; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996). Inligtinggedrag word optimaal beïnvloed deur 'n proses waardeur 'n individu in 'n gegewe situasie probeer om sin te maak en gapings in sy/haar kennis aan te vul deur inligting te soek (Case, 2007). Die behoefte om inligting te soek om sin te kan maak van 'n situasie geld ook vir kanker pasiënte (Gross, 2010; Ohlén, Wallengreen Gustafsson & Friberg, 2013: 265-273). Daar is ook talle studies oor die faktore wat kanker pasiënte beïnvloed in inligtingsoeke, soos byvoorbeeld die aard van hul diagnose, fase van die siekte, demografiese faktore en ervaring met kanker (Johnson, 1997a, 1997b; Johnson & Case, 2012). Soos reeds genoem, is daar egter te min bekend oor inligtingbehoefte en inligtinggedrag rakende dieet en voeding in kanker kontekste. Dit geld ook vir inligtingsoekgedrag.

1.2 PROBLEEMSTELLING EN SUB-PROBLEME

Die doel van 'n probleemstelling word dikwels voorgedra as identifikasie van al die onafhanklike kontroleerbare en afhanklike veranderlikes en om in vraagvorm ondersoek na hulle onderlinge verbande te verwoord (Stansbury, 2002). Dit is veral belangrik om 'n probleem duidelik en ondubbelsinnig in vraagvorm te stel. Dit moet moontlik wees om data hiervolgens in te samel en die vraag en subvrae wat gestel is, sinvol te beantwoord (Landman, 1988: 37). In aansluiting by Landman word ook verwys na Leedy en Ormrod se verduideliking (2005: 43): *“The problem or question is the axis around which the*

whole research effort revolves. The statement of the problem must first be expressed with the utmost precision; it should then be divided into more manageable subproblems. Such an approach clarifies the goals and directions of the entire research effort.”

Na aanleiding van hierdie riglyne word die probleem vir hierdie studie soos volg gestel:

Al die rolspelers in 'n kankerkonteks [in hierdie navorsingstudie word slegs gefokus op kankerpatiënte, gesinslede en onkoloë en ander geneeshere en (onkologie-) dieetkundiges wat hulle in 'n kankerkonteks bevind], het relevante inligting nodig, onder andere as deel van stresverlagings- en hanteringsmeganismes deur voeding en voedingsraadgewing¹. Hierdie ondersteuning vereis kennis en begrip van inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag rakende dieet- en voeding. Die vraag wat in hierdie studie ondersoek moet word, is dus:

Wat is die genoemde rolspelers se dieet- en voedingsinligtingbehoefte en hul dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag met betrekking tot die verkryging van dieet- en voedingsinligting en ook dieet- en voedingsraadgewing in 'n kankerkonteks?

Die volgende sub-probleme is gevolglik ondersoek:

- Wat is die *inligtingbehoefte* van kankerpatiënte, gesinslede, (onkologie-) dieetkundiges en onkoloë (en ander geneeshere) tot dieet en voeding?
- Wat is die *inligtingsoekgedrag* van kankerpatiënte, gesinslede, (onkologie-) dieetkundiges en onkoloë (en ander geneeshere) met betrekking tot dieet en voeding?
- Watter modelle kan gebruik word om die inligtingbehoefte, inligtingsoekgedrag en streshantering met betrekking tot dieet- en voedingsinligting en raadgewing te bestudeer?
- Hoe kan bestaande modelle aangepas word om die inligtingbehoefte, inligtingsoekgedrag en streshantering van verskillende rolspelers met betrekking tot dieet en voeding in 'n kankerkonteks te reflekteer?

¹ Met inagnome van lengte word raadgewing nie in die titel van die studie genoem nie. Dit is wel inherent deel van die inligtingverwante aktiwiteite wat deur inligtinggedrag gedek word en by inligtingsoekgedrag aansluit en word daarom meer pertinent in die probleemstelling en die empiriese komponent uitgelig.

1.3 OMSKRYWING EN TOELIGTING VAN TERME

In die hieropvolgende sub-afdelings word terme wat verband hou met dieet, kanker, inligtinggedrag, inligtingsoekgedrag en inligtingbehoefte en die studie hiervan nader omskryf. Waar nodig word inligting ter toeligting gegee om korrekte gebruik van hierdie terme vir die studie te verseker en om die leser te oriënteer ten opsigte van die navorser se interpretasie van die terme. In alle gevalle word verdere toeliggende inligting gegee.

1.3.1 Dieetkundige

'n Dieetkundige is 'n wetenskaplik opgeleide persoon wat in die beroep staan om individue te adviseer oor dieet en gesonde eetgewoontes (Wehmeier, 2001: 322).

1.3.2 Onkologie-dieetkundige

'n Onkologie-dieetkundige is 'n spesiaal opgeleide dieetkundige wat in die voedingsbehoefte van kankerpatiënte tydens behandeling spesialiseer (naamlik afname van aptyt, smaak, gewigsverlies, onvermoë om te kou en sluk). Advies kan ook verleen word oor spesifieke voedselvoorkeure, resepte en die wyse van voedselvoorbereiding om voldoende voeding te bewerkstellig (UPMC Cancer Centre, 2006: 1).

1.3.3 Voeding

'n Paar definisies van voeding kan oorweeg word vir die doeleindes van hierdie studie. Volgens Insel, Turner en Ross (2006: 4) is voeding die wetenskap van voedsel en die komponente daarvan (byvoorbeeld voedingstowwe). Bykomend is daar die verwantskap tussen gesondheid en siekte (wat insluit aksies, interaksies en balans); prosesse binne die liggaam (byvoorbeeld inname van voedsel, vertering, absorpsie en verwydering van afvalprodukte), asook die sosiale, ekonomiese, kulturele en psigologiese implikasie van voedselinname.

Voeding kan ook beskou word as die studie van voedsel in verhouding tot die fisiologiese prosesse wat afhang van opname deur die liggaam vir groei, energieproduksie en herstel van liggaamsweefsel. Die wetenskap van voeding sluit in die studie van diëte en siektes wat ontwikkel as gevolg van 'n tekort aan voedingstowwe.

Pasiënte wat nie op normale wyse gevoed kan word nie, kan voedingstowwe verkry deur die ingewande (enterale voeding) of deur binnearse toediening (Martin, 2007: 497).

1.3.4 Dieet

Dieet is die kombinasie van voedsel wat 'n persoon inneem. 'n Gebalanseerde dieet bevat die korrekte verhouding van al die voedingstowwe, onder andere vitamien, minerale, kalsium, fosfor, kalium, natrium, swaël, magnesium, dieetvesel, water, koolhidrate en vette (wat energie verskaf) en proteïene (wat nodig is vir groei en liggaamsinstandhouding) (Martin, 2007: 203).

1.3.5 Dieetkunde

Dieetkunde is die studieveld van die beginsels van voeding ten opsigte van die selektering van voedsel en die voeding van individue en groepe in bepaalde kontekste (Martin, 2007: 203).

1.3.6 Dieet- en voedingsberading

Dieet- en voedingsberading is 'n volgehoue proses waar gewoonlik 'n gesondheidswerker soos 'n dieetkundige die nodige aanpassings aan 'n dieet voorstel nadat die pasiënt se huidige dieet, asook die voedingstatus en tipe siektetoestand, bepaal is. Die dieetkundige verskaf die nodige dieet- en voedingsopvoedingsmateriaal, ondersteuning en opvolging om te verseker dat die pasiënt by die aangepaste dieet bly en sy/haar voedingstatus behoue bly of verbeter (Valentini, Marazzi, Bossola, Micciche, Nardone *et al.*, 2012).

1.3.7 Dieetterapie

Dieetterapie is die breë term vir die praktiese terapeutiese toepassing van voeding om op proaktiewe wyse siektetoestande te voorkom en op reaktiewe wyse 'n siektetoestand soos kanker te behandel of om simptome te verlig deur voeding. Verdere doelstellings van dieetterapie is om die voedingstatus te verbeter of te behou deur te sorg dat die pasiënt die nodige voedingstowwe inneem. Sekere voedselsoorte kan uit die dieet gelaat word om 'n alternatiewe leefstyl te bewerkstelling. Dieetterapie moet buigbaar wees en die geloofsoortuigings, sosiale gebruike en kulturele konteks van die individu inag neem.

'n Volhoubare dieet bevat maklik bekombare voedsel wat deur aanvaarbare gaarmaakmetodes voorberei kan word (Lagua & Claudio, 2004: 84).

1.3.8 Voedingsondersteuning

Voedingsondersteuning is toediening van voeding op kunsmatige wyse deur 'n voedingsbuis of deur die are. Dit word benut wanneer 'n pasiënt nie voedsel kan inneem nie (Mariette, De Botton & Piessen, 2012).

1.3.9 Kanker

Kanker ontstaan deur die abnormale, doellose en onbeheerbare verdeling van selle wat die omliggende selle binnedring en vernietig. Kanker word versprei deur die bloedstroom of deur limfatiese kanale soos die pleurale en peritoneale ruimtes. In baie kankers is die geen p53 vernietig of wanfunksionierend. Die geen p53 help met beheer van abnormale weefselgroei en onderdruk dus die vorming van 'n tumor. Kanker word ook gekenmerk deur die teenwoordigheid van kwaadaardige tumore. Die behandeling van kanker hang af van die tipe tumor, die ligging van die primêre tumor en die mate van verspreiding. Verskillende tipes kanker kan tot verskillende behoeftes aan dieet- en voedinginligting lei (Martin, 2007: 107). Kanker is nie slegs een enkele siekte nie, maar eerder 'n groep siektes waar selle onbeheerbaar groei (Shaw, 2011: 1). Vyftig persent daarvan is kanker van die bors, long, maag, gastro-enterale stelsel en prostaat (Shaw, 2011: 4). Trouens, daar bestaan meer as 200 tipes kanker wat in vyf primêre groepe verdeel kan word, naamlik karsinoom, sarkoom, glioom (brein) of schwannoma (senuwee), limfoom en leukemie. Klassieke faktore wat verbind word met kanker is oorerflikheid, skadelike stowwe, chemiese bestanddele, karsinogene, fisiese faktore (byvoorbeeld. rook), gebruik van hoë dosisse hormone (estrogene) en 'n verskeidenheid virusse (Alberts, 1993: 5, 9-11; Czene, Lichtenstein & Hemminki, 2002; Ralph, Rodriguez-Enriquez, Neuzil, Saavedra & Moreno-Sanchez, 2010: 148; Shaw, 2011). Kanker word met die studieveld "onkologie" verbind.

1.3.10 Onkologie

Onkologie is 'n subdissipline van die mediese wetenskap wat die diagnose, voorkoming en behandeling van kanker bestudeer. Tans fokus molekulêre onkologie sterk op die genetiese basis van kanker. Die letsels wat mutasies veroorsaak, bevorder kanker op fundamentele wyse (Zhang, Stiegler, Boggon, Kobayashi & Halmos, 2010). Daar is 350

gene betrokke by die verwekking en stimulering van kanker. Die oorspronglyn van mutasies wat geassosieer word met kanker is reeds in 66 gene ontdek. Molekulêre onkologie is die chemie van kanker en tumors op molekulêre vlak (Albrecht, 2006: 17).

1.3.11 Onkoloog

'n Onkoloog is 'n geneesheer wat spesialiseer in die diagnose en behandeling van kanker. Hy/sy sal leiding neem in die evaluering van die siektetoestand, 'n behandelingsplan daarstel en die pasiënt se opvolgsorg hanteer. Daar word onderskei tussen 'n mediese onkoloog, sjirurgiese onkoloog en radiologiese onkoloog. 'n Mediese onkoloog behandel met medikasie, 'n sjirurgiese onkoloog met sjirurgie en 'n radiologiese onkoloog met radioterapie (UPMC Cancer Centre, 2006: 1).

1.3.12 Inligtingbehoefte

'n Inligtingbehoefte ontstaan as gevolg van 'n gewaarwording by 'n persoon (ook genoem die inligtinggebruiker) dat die kennis waaroor hy/sy beskik onvoldoende is om 'n doel te bereik (Belkin, 1980; Case, 2007; Dervin & Nilan, 1986; Williams & Harris, 2011). Die persoon word bewus van onsekerheid oor die inligting waaroor hy/sy beskik en wil daarom vollediger inligting bekom om 'n spesifieke vraag te beantwoord, probleem op te los of gaping in begrip te oorbrug. Tydens 'n probleemsituasie ervaar mense 'n behoefte om sin te maak in die spesifieke konteks waarin hulle hul bevind (Case, 2007; Dervin & Nilan, 1986; Spink & James, 2006: 172). Sommige outeurs verkies die term akteur ("*actor*") bo die term gebruiker om klem te lê op die aktiewe aard van inligtingsoeke en die behoefte om inligtinggedrag analities te skei van die gebruik van enige spesifieke inligtingstelsel (Case, 2007: 73-75; Courtright, 2007: 294; Spink & James, 2006: 172). Ingwersen en Järvelin (2005) verkies ook die term "*actors*". In hierdie studie word verwys na rolspelers in die kanker konteks, byvoorbeeld die onkoloog, geneesheer, dieetkundige, pasiënt en gesin. Betreffende inligtingsoekgedrag kan hulle almal inligtingbehoefte ervaar en inligtingsoekgedrag en ander inligtinggedrag weerspieël; hulle kan egter ook as akteurs bestudeer word. Vir die doeleindes van hierdie studie sal volstaan word by die gebruik van die term "rolspelers".

1.3.13 Inligtinggedrag en inligtingsoekgedrag

Inligtinggedrag sluit in die inligtingsoekproses, wat dui op 'n bewuste poging om inligting te bekom in reaksie op 'n behoefte of gaping in kennis om 'n spesifieke doel te bereik

(kyk Afd. 1.3.12 oor inligtingbehoefte). Inligtinggedrag behels ook passiewe soekgedrag, toevallige raaklees van inligting of die doelbewuste vermyding van inligting. Verder kan die huidige kennis waaroor die individu beskik bepaal of hy/sy meer verwante inligting wil bekom en dus daarom gemotiveerd is om meer inligting oor 'n spesifieke onderwerp te soek (Case, 2007: 80-81; Spink & James, 2006: 172; Tan, Mello & Hornik, 2012: 305-310). Voorafgaande bou voort op die definisie van Wilson (1999: 263), wat inligtinggedrag beskryf as die totaliteit van menslike gedrag met betrekking tot inligtingbronne en -kanale wat beide passiewe en aktiewe inligtingsoekgedrag en inligtinggebruik insluit. Wilson (1999: 263) beskou inligtinggedrag as 'n reeks ingenestelde velde, waar inligtinggedrag die meer algemene veld van ondersoek en inligtingsoekgedrag ("*information seeking behaviour*") 'n onderafdeling daarvan is, wat spesifiek gerig is op die verskillende metodes wat mense aanwend om inligting te ontdek en toegang te verkry tot inligtingbronne (Beaudoin & Hong, 2011; Manafo & Wong, 2012). Hy omskryf inligtingsoekgedrag ("*information searching behaviour*") as 'n onderafdeling van inligtingsoekgedrag ("*information seeking*") wat gefokus is op die interaksie tussen die inligtinggebruiker en 'n rekenaargebaseerde inligtingstelsel, byvoorbeeld 'n inligtingherwinningstelsel (Spink & James, 2006: 172; Wilson, 1999: 263). Soms word dit ook inligtingherwinning genoem. Courtright (2007) wys daarop dat in die korpus van literatuurstudies met betrekking tot inligtingbehoefte, inligtingsoeke en inligtinggebruik die terme inligtinggedrag, inligtingpraktyke en inligtingaktiwiteite afwisselend gebruik word (Courtright, 2007: 275). Alhoewel die term "inligtinggedrag" soos hier voorgelê vir die doeleinde van die studie aanvaar word, word ook kennis geneem van Savolainen (2008) se voorstel van "inligtingpraktyk" ("*information practice*") as alternatief.

Hierdie navorsingstudie het spesifiek gefokus op inligtingsoekgedrag. Case (2012: 5) definieer inligtingsoekgedrag as die bewuste poging om inligting te verkry om die gaping in kennis te vul.

1.3.14 Stres

Beide stres ("*stress*") en angstigheid ("*anxiety*") word verbind met inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag (Case, 2007; Fourie, 2009). Aangesien beide ook met kanker verbind word, word die terme hier omskryf vir die doel van die studie. Stres en angstigheid figureer sterk in die kanker konteks, ook as stimulant vir inligtingbehoefte (Wistow, Wakefield & Goldsmith, 1990). Streshantering en inligtingsoekgedrag in die kanker konteks kan gesien word as die proses waar daar meer uitgevind word oor die

onderwerp kanker en behandeling. Meer insig word in die proses verkry waar kalmte liggaamlik en kognitief ervaar kan word. Die inligting kan verkry word in die vorm van raadgewing wat in verband staan met inligtingbehoefte (Martin, Evans, Kratt, Pollack, Smith *et al.*, 2014).

Stres kan beskryf word as 'n eendimensionele veranderlike (Sloper, 2000: 79-91). Stresvlakke en die hantering daarvan verander volgens die omstandighede en situasie. Hanteringstrategieë vir stres het twee basiese funksies: dit is emosie- en probleemgefokus. 'n Emosionele reaksie volg op 'n stresvolle situasie en wanneer byvoorbeeld angs ervaar word, kan daar gemik word op die probleemsituasie, sodat 'n oplossing gevind kan word (Garland, Tamagawa, Todd, Speca & Carlson, 2013: 31-40; Lazarus, 1992: 13-15, 25). Stres kan gesien word as 'n resultaat van 'n individu se interaksie met sy omgewing, waar 'n situasie in die omgewing 'n bedreiging word en die spesifieke individu dit as skadelik vir sy welstand beskou (Garbee & Gentry, 2001). Stres word dus ook beskryf as 'n reaksie op bedreiging en uitdagings (Case *et al.*, 2005: 353-362; Deane & Degner, 1998; De Bock, Bonnema, Zwaan, Van de Velde, Kievitk, *et al.*, 2004; Decker, Phillips & Haase, 2004; Gaugler, Given, Linder, Kataria, Tucker *et al.*, 2008; Halder, Roy & Chakraborty, 2010: 41-53; Mortensen & Adeler, 2010). Gevoelens beweeg langs 'n kontinuum van depressie, angs en stres na opgewondenheid, afhangende van die kognitiewe beheer van gevoelens en die vermoë om dit te hanteer. Die kognitiewe beheer en vertroue om stres te kan hanteer word selfdoeltreffendheid genoem (Barlow & Durand, 1999: 271-272). Selfdoeltreffendheid word ook met inligtinggedrag verbind (Kurbanoglu, 2003; Pálsdóttir, 2008; Rimal, 2001: 633-654).

Inligtinggedrag word ook met angs verbind (Deane & Degner, 1998; Jones, Pearson, Cawsey, Bental, Barrett *et al.*, 2006; Zhao & Cai, 2009: 259-269). Angstigtheid kan gesien word as 'n reaksie op 'n stresvolle toestand (Andersen, Karlsson, Anderson & Tewfik, 1984). Angs versteur die balans in 'n individu se lewe vanweë ongemaklike, stresvolle veranderinge (Thygeson, Hooke, Clapsaddle, Robbins & Moquist, 2010). Indien 'n gebeurtenis onverwags plaasvind, verhoog dit nie net die stres in die huidige situasie nie, maar skep ook vrees vir toekomstige gebeure. Angs kan inmeng met die fisieke gesondheid en gedrag van die persoon (Stark & House, 2000). Dit gebeur soms dat die oorsaak van die angs nie bepaal kan word nie, maar in die geval van kanker kan die siektetoestand en die gevolge 'n rede wees vir angstigtheid (Kaminska, Kubiowski, Ciszewski, Czamocki & Makara-Studzinska, 2015; Wiens, 1998).

Sterwingsangs is 'n tipiese reaksie in 'n terminale fase van die lewe wat deur beradende inligting verlig kan word (Greer, Traeger, Bemis, Solis, Hendriksen *et al.*, 2012). Stres kan angs veroorsaak en die angs van die kankerpatiënt kan die gesinslede se stresvlakke verhoog. Die gesin moet bemagtig word om die pasiënt te help om sy/haar siektetoestand met gepaardgaande stresvlakke meer doeltreffend te hanteer (Collins, 2007; Lo, Hales, Zimmermann, Gagliese, Rydall *et al.*, 2011; Louw, 1993: 438). Stres en streshantering het daarom pertinent gefigureer in die studie van inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag wat hier rapporteer word.

1.4 NAVORSINGSBENADERING

Die navorsingsbenadering bepaal die verloop en dus die uitslag van 'n navorsingsprojek. Vir die doel van hierdie studie het die navorsing bestaan uit 'n literatuuroorsig en 'n empiriese ondersoek. Afdelings 1.4.1 en 1.4.2 brei uit op onderskeidelik die literatuuroorsig en literatuurontleding, en die empiriese ondersoek.

1.4.1 Rol van literatuuroorsig en literatuurontleding

Die literatuuroorsig en literatuurontleding sal die geselekteerde rolspelers, die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesin se inligtingbehoefte en -soekgedrag rakende kankerpatiënte, soos wat dit in die vakliteratuur neerslag vind, bespreek. Kankerpatiënte as sentrale rolspelers se inligtingbehoefte en -soekgedrag sal ook aan die hand van die vakliteratuur met betrekking tot dieet- en voedingsinligting en voedingsberading, maar waar toepaslik ook in die algemeen (d.i. nie spesifiek beperk tot dieet- en voedingsinligting en voedingsberading nie) bespreek word. Die waarde van sodanige literatuuroorsig en daarna 'n dieper ontleding lê daarin dat nadat primêre literatuur oor die navorsingstudie se onderwerp verkry is en die inligting op 'n logiese en georganiseerde wyse uiteengesit is, die leser ingelig is rakende die nuutste inligting, navorsing, metodologiese metodes, waarde, probleemhantering, navorsers en gevolgtrekkings oor die onderwerp (Leedy & Ormrod, 2005). Die literatuuroorsig dek kortliks elk van die pasiënte en ander rolspelers.

Daar is weinig oor dieetkundiges se inligtingbehoefte en inligtinggedrag (insluitende inligtingsoekgedrag) beskikbaar. Daarom word gelet op verwante literatuur wat die studie kan steun. Uit die gesigspunt van voedingsbestuur wil dieetkundiges [dit kan (onkologie-)dieetkundiges insluit] meer inligting oor eie doeltreffende tydsbestuur en voeding van kankerpatiënte bekom (Dugdale, Epstein & Pantilat, 1999). Inligting oor

prosedures om die verwysing van pasiënte na dieetkundiges deur geneeshere te bevorder, lê hulle na aan die hart (Nicholas, Pond & Roberts, 2003: 1039S-1042S). Dieetkundiges het verder behoefte aan die nuutste inligting op hul vakgebied wat deur aktualiteitsdienste voorsien kan word (Rutten, Arora, Bakos, Aziz & Rowland, 2005: 250-261). Inligtingbronne wat dieetkundiges verkies, sluit in werkswinkels met lesings, die internet, interpersoonlike kommunikasie en die algemene media (Hong, 2013). 'n Amerikaanse dieetkundige, Diana Dyer, wat kanker self driemaal oorleef het, skryf gesaghebbend oor dieetkundige inligtingbehoefte rakende kanker omdat sy baie daarvan self beleef het. Sy, sowel as ander dieetkundiges, plaas 'n hoë premie op die feit dat die simptome van kanker deur voeding hanteer moet word en dat daar 'n dringende behoefte is aan die nuutste inligting oor 'n dieet wat kankerverspreiding kan help minimaliseer (Dyer, 2005). Daar is baie min gepubliseer oor dieetkundiges se inligtingbehoefte en -gedrag en nog minder met betrekking tot kanker.

Wat die inligtingbehoefte en -soekgedrag van kankerpatiënte en hul gesinslede betref, toon die literatuur dat gesinslede dikwels geraak word deur 'n diagnose van kanker by 'n naasbestaande. Sodanige diagnose inspireer gesinslede dikwels om inligting te soek oor die behandeling van kanker. Die kankerpatiënte vind weer baat by die inligting wat die gesinslede opsoek oor die behandeling van kanker, omdat die gesin dan beter begrip het vir byvoorbeeld nuwe-effekte, en bedag kan wees op gevolge wanneer die nuwe-effekte nie korrek hanteer word nie (Case, 2007: 133). Alle kankerpatiënte by wie 'n dieetkundige betrokke is, het byvoorbeeld unieke omstandighede en bevind hulself in 'n spesifieke tydsverloop en tydsgleuf (August & Huhmann, 2009).

In die inligtingkundeliteratuur word na 'n aantal modelle van inligtinggedrag en inligtingsoekgedrag verwys. Dit sluit die algemene, gesondheidsorg- en ook die kankerkonteks in. Case (2007: 132-136) noem 'n model deur Johnson (1997a) wat pertinent gerig is op die kankerkonteks. Dié model dek die faktore wat 'n persoon motiveer om inligting te verkry. Volgens Johnson (Johnson, Adrews & Allard, 2001; Johnson, 2003) is inligtingsoekgedrag aksiegedrewe en intensioneel van aard; dit word gemotiveer deur antesedente faktore (d.i. faktore met betrekking tot 'n geskiedenis, byvoorbeeld met kanker of voorafgaande faktore). As 'n persoon glo dat die soeke na inligting relevant sal wees om 'n probleem te hanteer, kan 'n positiewe soekproses volg (Wegner, 1994: 34-52). Johnson (1997a) neem ook demografiese faktore, ervaring en opvallendheid in ag in sy model. Hy beklemtoon die karaktereienskappe van inligtingbronne asook die bruikbaarheid daarvan as moontlike faktore wat inligtinggedrag kan beïnvloed.

Baron en Byrne (1997) wys daarop dat die effektiwiteit van die oordrag van 'n gesondheidsverwante boodskap nou saamhang met die inhoud van die boodskap, die wyse waarop 'n individu hom/haarself teen 'n bedreiging beskerm en of die individu affektief of kognitief op die boodskap fokus wanneer dit ontvang word. Navorsing toon dat hoe meer relevant 'n gesondheidsbedreiging is, hoe minder is die ontvanger geneë om die waarheid daarvan te aanvaar (Baron & Byrne, 1997). Wanneer daar ook sprake van vrees is, hanteer mense 'n gesondheidsverwante boodskap meer versigtig as wanneer vrees afwesig is. Verskeie verdedigingsmeganismes funksioneer om angs te verminder. So gebruik sommige mense bewusmaking ("*monitoring*") in 'n poging om die bedreiging waarmee hulle gekonfronteer word, te beheer; hulle dink oor die bedreiging en soek relevante inligting. Ander gebruik weer onderdrukking van gevoelens, vermyding en ontkenning in 'n poging om die bedreiging te beheer (Baron & Byrne, 1997).

Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) het ook 'n nuttige model oor inligtingsoekgedrag ontwikkel wat beperk is tot professionele beroepe waar funksierolle en take die hoofmotiveerders vir inligtingsoekgedrag is. Dit is moontlik ook van toepassing op (onkologie-)dieetkundiges en onkoloë (Case, 2007: 127; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996).

Die teorie van Lazarus (1992), soos toegepas op stres en streshantering (daar word hierna verwys as die kognitiewe beoordelingsteorie), kan moontlik ook help om 'n verklaring te bied van die belangrikheid van betroubare inligting vir die kankerpatiënt. In 'n studie oor stres en kanker toon Lazarus (1992: 13-15) op beskrywende wyse (deskriptief) aan wat gebeur tydens die streshanteringsproses wat mettertyd verander namate die siektetoestand verbeter, versleg of terugkeer nadat dit verbeter het, en hoe die pasiënt op elke tipe bedreiging reageer. Streshantering het twee basiese funksies. Dit is probleem- en emosiegefokus (Lazarus, 1992: 13-15). Tydens die kankersiektetoestand word 'n pasiënt aan 'n hoë mate van stres blootgestel (Hébert Hurley, Harmon, Heiney, Hebert, *et al.*, 2012; Rodriguez & Dunn, 2012: 185-197; Thewes, Bell, Buttow, Beith, Boyle *et al.*, 2013). 'n Doeltreffende streshanteringsmeganisme met betroubare inligting kan 'n pasiënt die vermoë bied om sy/haar siektetoestand beter te hanteer en te verwerk (Rutten *et al.*, 2005). Tydens die kankerpatiënt se siektetoestand word hy/sy telkens opnuut bewus van die simptome, pyn en siekteprogressie. Die pasiënt het dus behoefte aan relevante inligting oor kwelvrae wat die mate van sukses van die streshanteringsproses sal bepaal (Lazarus, 1992: 11). Die stand van kennis oor inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag, asook

modelle wat van waarde kan wees, sal in hoofstukke 3 en 4 in meer detail bespreek word.

1.4.2 Empiriese navorsing

Empiriese navorsing dui op die versameling van data wat navorsing kwalifiseer as 'n empiriese proses en is gebaseer op onder andere waarneming, gevallestudie en ervaring van feitlike inligting, eerder as op rede, logika of teorie alleen (Landman, 1988: 22). Empiriese navorsing word geassosieer met kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenaderings (Struwig & Stead, 2001: 237). Hedendaagse wetenskapbeoefening word beskou as 'n sikliese gebeure waarin beide deduktiewe en induktiewe logika aangewend word om kennis te verwerf (Michaels, Goucher & McCarthy, 2006). Gedurende die deduktiewe fase word geredeneer vanaf 'n moontlike teoretiese verklaring/hipotese na waarnemings deur die navorser. In die induktiewe fase vertrek beredenering van waarnemings af en beweeg na empiriese veralgemenings waaruit moontlike teorieë afgelei word. Hieruit kan dalk later weer hipoteses gepostuleer word (Kell & Oliver, 2003). Navorsing wat gebaseer is op deduktiewe logika is kwantitatief van aard en staan ook bekend as hipotesetoetsende navorsing; dit is tipies van verklaringstudies (Babbie, 1992: 53; Van der Merwe, 1996: 287-288). Hierteenoor is studies waarin induktiewe logika figureer kwalitatief van aard met 'n meer verkennende doelstelling (Van der Merwe, 1996).

In kwantitatiewe navorsing word resultate statisties uiteengesit om kwantitatiewe verwantskappe van veranderlikes wat betrokke is, aan te dui (Struwig & Stead, 2001: 243). 'n Voorbeeld van kwantitatiewe navorsing is 'n studie om die aantal en tipe inligtingbronne te bepaal wat voorkeur geniet by kanker pasiënte.

Kwalitatiewe navorsing fokus op verduideliking en singewing. Interaksie en ervarings van individue in 'n bepaalde konteks of kontekste word in diepte beskou. Minder klem word gelê op die versameling van numeriese data; die klem val eerder op data in die vorm van woorde, klank en beelde (Struwig & Stead, 2001: 243). Die inwin van inligting oor die ervarings van kanker pasiënte ten opsigte van hul inligtingbehoefes en inligtingsoeke, soos deur hulle gerapporteer, is 'n voorbeeld van kwalitatiewe navorsing.

Daar word toenemend gepoog om die paradigmatische stryd tussen kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes te vermy, ook in navorsing oor inligtinggedrag (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007; Thomas, 2003). Waar die

twee benaderings gekombineer word, word gepraat van gemengde metodes. Wanneer verskynsels ondersoek word wat ook in 'n sosiale konteks geleë is, is dit so nou verweef dat met 'n enkelvoudige benadering (byvoorbeeld kwantitatief of kwalitatief) die kompleksiteit van menswees en die verskynsel wat ondersoek word, nie tot sy reg kom nie. Deur 'n kombinasie van navorsingsmetodes en navorsingsbenaderings te volg, kan die menslike aard asook die sosiale werklikheid waarbinne mense leef, beter begryp word. Die rolspelers in 'n kanker konteks wat in hierdie studie onder die loep kom, is nou verweef met sosiale situasies en menslike interaksie en daarom sal beide kwalitatiewe en kwantitatiewe benaderings, en dus deduktiewe en induktiewe beredenering, gebruik word (De Vos, Strydom, Schulze & Patel, 2005). Die klem sal egter baie sterk op kwalitatiewe data val, met 'n klein komponent kwantitatiewe data.

Teen die voorafgaande agtergrond van navorsingsbenaderings en verdere insigte uit die literatuurstudie en -ontleding (hoofstukke 2, 3, 4, 5 en 6) sal die empiriese navorsing vir hierdie studie 'n kombinasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsing en dus deduktiewe en induktiewe beredenering volg. Dit stem ooreen met studies wat rapporteer word oor inligtingbehoefte en inligtinggedrag (insluitende inligtingsoekgedrag) van kanker pasiënte. Verskeie studies oor kanker pasiënte se inligtingbehoefte en -soekgedrag rapporteer die gebruik van beide kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes, byvoorbeeld studies deur Borgers, Mullen, Meertens, Rijken, Eussen *et al.* (1993), Haenen, Schmidt en Schoenmakers (1998), Mccorley, McCaughan, Prue, Parahoo en Bunting (2014), Meredith, Symonds, Webster, Lamont, Pyper *et al.* (1996), en Tamburini, Gangeri, Brunelli, Boeri, Borreani *et al.* (2003).

Deur die benutting van kwalitatiewe metodes soos onderhoud kan 'n goeie beeld verkry word van die respondente se inligtingbehoefte en -soekgedrag omdat hulle in hul eie woorde op spesifiek geformuleerde vrae kan antwoord. Kwalitatiewe navorsing kan dus rolspelers se soorte behoeftes en ervarings van inligtingbehoefte uitlig, terwyl kwantitatiewe navorsing die aantal bronne en rolspelers se voorkeur vir inligtingbronne aan die lig kan bring.

'n Kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes kan 'n goeie beeld van 'n situasie bied omdat die respondente se mening, asook spesifieke aspekte in die studie wat vooraf bepaal is, statisties met mekaar vergelyk kan word. Daar is dus 'n bewuste poging om sake wat dalk nie deur die vasgestelde kwantitatiewe metode gedek kan word nie, ook in te sluit deur die waarneming van respondente se direkte menings (Meredith *et al.*, 1996; Tamburini *et al.*, 2003).

1.4.3 Steekproef

Die studie het gebruik maak van gerieflikheidsteekproeftrekking. Met gerieflikheidsteekproeftrekking word respondente gekies bloot volgens beskikbaarheid (Struwig & Stead, 2001: 111). Die streek waar navorsing gedoen is, is in hoofsaak Tshwanestad (ook bekend as Pretoria) en omgewing. 'n Gerieflikheidsteekproef kan met uitkringing aangevul word (d.i. deur respondente wat ander aanbeveel, m.a.w. 'n sneeubalvorming). Respondente as pasiënte is verkry deur verwysings van pastorale werkers, vriende, die *Cancer Association of South Africa* (CANSA), onkoloë, verpleegsters en dieetkundiges. Respondente as dieetkundiges is verkry deur verwysings van die *Association for Dietetics in South Africa*, CANSA, onkoloë, vriende, die *Health Professional Council of South Africa* en ander dieetkundiges. Alhoewel sommige dieetkundiges nie hoofsaaklik werk met kankerpatiënte nie, kry hulle ook blootstelling aan dieetinligtingvoorsiening en -terapie in die kankerkonteks. Onkoloog-respondente is verkry deur onkoloog-sekretaresses, vriende, CANSA, *Health Professional Council of South Africa* en kankerpatiënte wat genader is. So bestaan daar byvoorbeeld die Tipuana Tussentuiste in Lysstraat in Rietfontein, wat funksioneer onder die vaandel van CANSA. Dit huisves gewoonlik tussen 10 en 20 pasiënte van oraloor wat behandeling kry by hospitale soos Die Wilgers, Unitas, Little Company of Mary en Steve Biko (CANSA, [geen datum]: 1-3).

1.4.4 Data-insamelingsmetode

Verskeie metodes is benut om data in te samel. In hoofstuk 3 in die literatuurontleding is uitgebrei op metodes wat deur soortgelyke projekte gebruik word. Die gekose metodes word in hoofstuk 5 in meer besonderhede bespreek.

Vrae is aan die geselekteerde rolspelers [onkoloog en ander geneeshere, (onkoloog)-dieetkundige, pasiënt en gesinslede] gevra van aangesig tot aangesig in die vorm van 'n onderhoud met behulp van 'n voorafopgestelde vraelys. In enkele gevalle (soos verduidelik in Afdeling 6.1, 6.3 en 6.3.3.1) het respondente verkies om net die vraelys te voltooi sonder 'n onderhoud. 'n Onderhoud kan op verskeie maniere plaasvind, soos telefonies of persoonlik, en kan onder andere gestruktureerd of semi-gestruktureerd wees (Babbie, 2008: 125; Greeff, 2005; Struwig & Stead, 2001: 98). Daar word ook onderskei tussen individuele onderhoude, gesamentlike onderhoude ("*paired interviews*") en fokusgroeponderhoude. In hierdie studie is gebruik gemaak van

individuele semi-gestruktureerde onderhoude (Cheng, Li & Cheng, 2012; Hight, 2003; Knowles, Tierney, Jodrell & Cull, 1999; Struwig & Stead, 2001).

Semi-gestruktureerde onderhoude is 'n kombinasie van gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoude. Bepaalde vrae word gevra aan elke respondent op 'n sistematiese en eenvormige wyse. Respondente word egter ook die geleentheid gebied om sake te bespreek buite die raamwerk van gestelde vrae (Struwig & Stead, 2001: 98). Met semi-gestruktureerde vraelyste is dit moontlik om pasiënte en ander betrokkenes se begrip van die kankersituasie en die implikasie daarvan vir hul inligtingbehoefte en -soekgedrag af te lei uit hul mondelinge mededelings, beskrywings en kommentaar. Met behulp van 'n semi-gestruktureerde onderhoud kan ook bepaal word of daar ontevredenheid is met die bestaande wyse waarop inligting verskaf word. Respondente se insette tydens sodanige onderhoude bied ook die geleentheid om addisionele inligting te bekom in die strategiese beplanning van toekomstige dienste aan kankerpatiënte en ander betrokkenes (Shubair, 2012; Tamburini *et al.*, 2003: 12).

In 'n studie deur Meredith *et al.* (1996) oor inligtingbehoefte in 'n kanker konteks wat semi-gestruktureerde onderhoude gebruik het, kon sy onder andere bevind dat bykans al die kankerpatiënte (97%) wat sy ondervra het nader omskrywings wou bekom oor hul diagnose, prognose, behandelingsopsies en nuwe-effekte. Sy is van mening dat direkte ondervraging van respondente oor hul eie mening 'n sinvoller beeld van 'n situasie, soos 'n kankersituasie, kan weergee (Meredith *et al.*, 1996).

Studies oor inligtinggedrag toon 'n behoefte om ook na alternatiewe navorsingsmetodes te kyk (Fidel, 2011; Fidel, 2012; Wang, 1999). Tydens die indiepte-literatuurontleding en die empiriese studie is hierdie behoefte in gedagte gehou. Aan die einde van die studie word voorstelle in dié verband gemaak.

Die belangrikste aspekte tydens die data-insamelingsproses is die tydsgleuf waarin dit plaasvind, die volledige tydsduur van die inligtingsinsamelingsproses, die omgewing waarin data ingesamel word, die stimuli in die omgewing, wie die data insamel, die datavasleggingsproses en die waarneming en evaluasie van die uiteindelijke data-insamelingsproses. Hierdie aspekte word in hoofstuk 5 uitgelig.

Waar onderhoude plaasgevind het, is dit deur die navorser self met respondente gevoer, met enkele respondente wat slegs die vraelys wou voltooi sonder 'n onderhoud.

Skriftelike toestemming is van respondente verkry om data wat verkry is verder te rapporteer (Struwig & Stead, 2001: 99-100; Wang, 1999). Toestemming om data in te samel is ook van die Departement Inligtingkunde en die Fakulteit van Ingenieurswese, die Bou-omgewing en Inligtingtegnologie se fakulteitskomitee vir navorsingsetiek en intergriteit van die Universiteit van Pretoria verkry nadat hulle die navorsingsvoorstel en vraelyste goedgekeur het.

1.4.5 Data-ontledingsprosedure

Tematiese ontleding is benut in die ontleding van data. Tematiese ontleding van navorsingsresultate is die proses waar patroonmatige konsepte in die vorm van temas uit data geïdentifiseer, interpreteer, vergelyk en ontleed word (Braun & Clarke, 2006; Ibrahim, 2012).

Alhoewel 'n begronde teorie benadering oorweeg is, is besluit om by tematiese ontleding te volstaan. 'n Begrunde teorie word gevorm wanneer 'n teorie gebaseer is op data wat sistematies, empiries versamel, ontleed, geëvalueer en gekodeer is. Verder bevorder 'n begrunde teorie die volgehoue interaksie tussen data-insameling en ontleding (Glaser & Strauss, 1967; Myers, 1997).

Navorsers wat begrunde teorie as metode van data-ontleding gebruik, verifieër nie 'n spesifieke hipotese nie, maar ontwikkel 'n nuwe teorie op grond van data wat hulle versamel het. Konsepte betrokke in die spesifieke studie en kategorieë word gereeld vergelyk met die data wat sistematies verkry is en word dus gegrond in die spesifieke probleem wat in konteks bestudeer word (Mansourian, 2006). Binne die vlak van hierdie studie (magister) word moontlikhede vir teoretiese ontwikkeling genoem, maar bevindige word nie as 'n nuwe (begrunde)teorie voorgehou nie.

1.5 VERDELING VAN HOOFSTUKKE

Hoofstuk 1 bied 'n inleiding tot die verhandeling deur 'n uiteensetting van die agtergrond, die navorsingsprobleem, die metodologie, definiëring van kernkonsepte en 'n bondige literatuuroorsig.

Hoofstuk 2 bespreek riglyne vir dieet en voeding vir kankerpatiënte.

Hoofstuk 3 bied 'n ontleding van die literatuur. Die hoofdoel van die hoofstuk is om die inligtingbehoefte en -gedrag van pasiënte, gesinslede, onkoloë, geneeshere en dieetkundiges in die kanker konteks deur middel van 'n literatuurstudie te beskryf.

Hoofstuk 4 let op gepaste modelle van ondersoek na inligtingbehoefte en -gedrag in die kanker konteks.

Hoofstuk 5 bied 'n beskrywing van die empiriese ondersoek. Dit sluit die metode(s) van data-insameling om die dieet- en voedingsinligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag in kanker konteks te bepaal, die steekproefneming, sowel as die data-insamelingsinstrumente in.

Hoofstuk 6 rapporteer die ontleding van die data wat ingesamel is, en vergelyking met gerapporteerde navorsingsbevindinge met betrekking tot dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag in 'n kanker konteks sowel as inligtingbehoefte en -soekgedrag in die algemene kanker konteks, en die bevindinge wat hieruit gemaak word.

Hoofstuk 7 beskryf die insigte uit bevindinge in ooreenstemming met modelle en teorieë van inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag.

Hoofstuk 8 beskryf die bevindinge, aanbevelings en voorstelle vir verdere navorsing en praktiese toepassings.

HOOFSTUK 2

DIEET, VOEDING EN KANKER

2.1 INLEIDING

In hoofstuk 1 is die agtergrond, probleemstelling, basiese terme, bondige literatuuroorsig en die navorsingsbenadering voorgelê. In opvolging skets hoofstuk 2 die agtergrond vir die bestudering van inligtingbehoefte en -soekgedrag in 'n kanker konteks met betrekking tot dieet en voeding. Die hoofstuk begin met 'n kort agtergrondskets (ter aanvulling van hoofstuk 1) oor die belangrikheid van dieet en voeding, waarna die voorkoming van kanker deur dieet en voeding (d.i. voorkomende dieet-, voeding- en kankerinligting) kortliks bespreek word. Dit word gevolg deur 'n kort blik op die rol van dieet en voeding tydens die reaktiewe behandeling van kanker (d.i. na 'n diagnose van kanker, en ook waar kanker weer mag opvlam na remissie). Inligtingbehoefte oor dieet en voeding, sowel as behoeftes aan raadgewing wat bespreek word in hoofstuk 3, 4, 6, 7 en 8 is belangrik.

2.2 AGTERGROND

Die behoefte om die rol van dieet en voeding in 'n kanker konteks te verstaan, word versterk deur verslae oor die toename in kanker pasiënte en kankersterftes. Alhoewel kanker een van die mees gevreesde siektetoestande is, bied dieet en voeding 'n mate van hoop. Dieet en voeding kan kanker voorkom en help behandel (Catsburg, Miller & Rohan, 2014; Parkin & Boyd, 2011). Volgens die Amerikaanse Instituut vir Kankernavorsing en die Kankernavorsingsfonds van die Wêreld kan 30-40% van alle kankers voorkom word deur 'n gesonde dieet (Catsburg *et al.*, 2014; Khanna, Kumar & Khanna, 2014; Spring, King, Pagoto, Sherry, Van Hom *et al.*, 2015). Sodanige hoop stem ooreen met algemene opvattinge oor voeding, naamlik dat dieet en voeding 'n belangrike invloed op die liggaam en daarom ook op siektetoestande soos kanker het (Gaudet, Carter, Patel, Teras, Jacobs *et al.*, 2014; Reedy, Krebs-Smith, Miller, Liese, Kahle *et al.*, 2014). Dieet en voeding kan help om siektetoestande soos kanker te voorkom en te bestuur deur sowel proaktiewe as reaktiewe dieetterapie. Sodra kanker posvat by 'n pasiënt, mag voedingsprobleme ontstaan wat mag lei tot die wanfunksionering van liggaamsfunksies en biochemiese wanbalans en veranderinge in

die sielkundige toestand asook die vermoë van 'n pasiënt om kankerbehandeling en die verloop van die siekte te hanteer. Verswakking kan lei tot siekte en sterfte (Carranza *et al.*, 2008; Kasili, 1983; Kenfield, DuPre, Richman, Stampfer, Chan *et al.*, 2014; Paterson, Robertson & Nabi, 2015). In sodanige gevalle kan dieettherapie hoop bied (Seyfried, Kiebish, Mukherjee & Marsh, 2008; Shusuke & Ajay, 2014). Dieettherapie sluit in behandeling waar veranderinge aangebring word aan 'n dieet om 'n siektetoestand beter te hanteer en om 'n gesonde liggaam, gees en verstand te bevorder. Die dieettherapie wat voorgeskryf/toegepas word, verskil na aanleiding van eienskappe van individue sowel as die tipe kanker. Vir die individu word dit beïnvloed deur ouderdom, liggaamsbou, energiebehoefte, vermoë om voedsel in te neem en die voedingstatus van die individu (indien proaktief) of dan die kankerpatiënt (indien reaktief) (Hutton, Martin, Field, Wismer, Bruera *et al.*, 2006: 1163-1170; Zhang, Lu & Fang, 2014). Daar bestaan ook dieettherapie wat kan help wanneer nuwe-effekte (byvoorbeeld naarheid en verlies van smaak) ervaar word weens intensiewe kankerbehandeling soos chemoterapie en radioterapie (Khanna, Kumar & Khanna, 2014; Malihi, Kandiah, Chan, Esfandbod, Vakili, *et al.*, 2015; Shaw, 2011: 10-11).

Die voorkomende (d.i. proaktiewe) sowel as ondersteunende (d.i. reaktiewe) rol wat dieettherapie en die gepaardgaande voorsiening van inligting kan speel, word vervolgens bespreek.

2.3 VOORKOMING VAN KANKER

Alhoewel daar meningsverskille is (Alonge & Narendran, 2003; Fu, Zhang & Xie, 2014; Gajendra, Cruz & Cumar, 2006; Hall & Smith, 1999; Schwingshackl & Hoffmann, 2014), het verskeie navorsers al aangetoon dat indien 'n verskeidenheid gesonde voedselsoorte ingeneem word, dit kan help om kanker te voorkom (Brown, Byers, Doyle, Coumeya, Demark-Wahnefried *et al.*, 2003; Byers, Nestle, McTierman, Doyle, Currie-Williams *et al.*, 2002; Kushi, Doyle, McCullough, Rock, Demark-Wahnefried *et al.*, 2006; Perera, Thompson & Wiseman, 2012; Ruiz & Hernandez, 2014). Daar is egter ook baie ander faktore wat kan aanleiding gee tot kanker en wat saam met dieettherapie ingeneem moet word, soos lewenstyl (byvoorbeeld rook), genetiese vatbaarheid, omgewingsfaktore en ouderdom (Bruera & Macdonald, 1988; Petersen, Johnsen, Olsen, Albieri, Olsen, *et al.*, 2015; Ross, 2010; Shaw, 2011: 3-4).

Ter wille van kankervoorkoming, is dit goed om 10 of meer groente-porsies per dag in te neem asook vier of meer vrugte-porsies. Vrugte soos perskes en lemoene en groente

soos pampoen en wortels is ryk aan anti-oksidente soos karoteen en vitamien C. Groen blaargroentes is hoog in foliensuur, wat ook 'n beduidende rol speel in die voorkoming van kanker (Hanson & Gregory, 2011; Mathers, 2005; Shivashankara, Isobe, Al-Haq, Takenaka & Shiina *et al.*, 2004; Turati, Rossi, Pelucchi, Levi & La Vecchia, 2015; Veda, Platel & Krishnapura, 2008; Wang, Chen, Wang, Gong, Li *et al.*, 2014). Groente wat deel vorm van die kruisblommige gesin, naamlik brokkoli, kool, blomkool en brusselse spruitjies, bevat baie sulforafane en het hoë anti-oksidentiese eienskappe wat kanker kan help voorkom. Vitamiene en minerale afkomstig van voedselsoorte teenoor aanvullings (laboratorium vervaardigde produkte) het 'n meer beduidende effek op die voorkoming van kanker (Khanna, Kumar & Khanna, 2014; Willet, 1995). 'n Dieet laag in vet, maar wat tog die essensiële vetsure bevat, kan ook die bevordering van kanker teenwerk (Bos, Howard, Beresford, Urban, Tinker *et al.*, 2011). Wanneer 'n Mediterseanse dieet gevolg word wat hoog is in mono-onversadigde en omega-3-vetsure, kan hartvatsiektes asook kanker voorkom word (Pauwels, 2011; Tyrovolas & Panagiotakos, 2010). Volgens Gonzalez en Riboli (2010) word die risiko vir kanker van die spysverteringstelsel verlaag met inname van hoë-plasma vitamien C, karotenoïde, retinol, alfa-tokoferol en vesel. Hierteenoor word die inname van rooi en geprosesseerde vleis verbind met verhoogde risiko van kanker van die spysverteringstelsel. Hoë inname van dieetvesel, vis, kalsium en hoë-plasma vitamien D word verbind met 'n verlaagde risiko van kolonkanker (Yang, McCullough, Gapstur, Jacobs, Bostick *et al.*, 2014). Dus word aanbeveel dat die inname van verfynde suiker en meel verminder word om kanker van die spysverteringstelsel te voorkom. Maagkanker kan voorkom word wanneer sout en voedselsoorte wat sout as preserveermiddel bevat, matig gebruik word (D'Elia, Galletti & Strazzullo, 2014; Key, Schatzkin, Willett, Allen, Spencer *et al.*, 2004). Daar is 'n verlaagde risiko van borskanker wanneer die inname van versadigde vette en alkohol laag is. Lae inname van beesmelkproteïene en kalsium van beesmelk en hoë inname van likopeen (byvoorbeeld in tamaties) word verbind met 'n verlaagde risiko van prostaatkanker. Daar is ook bepaal dat selenium ('n mineraal) en vitamien B12 as anti-kankeragente optree in die menslike liggaam (Gonzalez & Riboli, 2010; Key *et al.*, 2004; Khanna, Kumar & Khanna, 2014; Willet, 1995). Daar word egter deurlopend navorsing rapporteer oor die rol van dieet en voeding (Naska & Trichopoulou, 2014; Sheean, Kabir, Rao, Hoskins & Stolley, 2015). Selfs al word standpunte oor die impak van bepaalde voedingstowwe van tyd tot tyd gewysig na aanleiding van nuwe navorsing, word die mening steeds gehuldig dat voedsel en dieet 'n impak het op kankervoorcoming en kankerbehandeling (Khanna, Kumar & Khanna, 2014; Thomson, McCullough, Wertheim, Chlebowski, Martinez *et al.*, 2014).

Die voorafgaande plaas voorkomende dieet- en voedingsfaktore in konteks. Die klem val verder op die reaktiewe uitwerking van dieet en voeding op kanker.

2.4 REAKTIEWE BEHANDELING VAN KANKER

Wanneer 'n pasiënt reeds met kanker gediagnoseer is, of wanneer kanker wat in remissie was weer terugkeer, of wanneer 'n pasiënt se gesondheid so versleg dat genesende behandeling met palliatiewe sorg vervang word, kan kanker ook reaktief bestuur word deur dieetterapie (Macdonald, 2007; Partridge, Seah, King, Leighl, Hauke *et al.*, 2014; Tazi & Errihani, 2010). By reaktiewe behandeling van kanker is verskeie tipes kanker betrokke. Elke kanker het unieke probleme en die voedingsinligting rakende elke tipe kanker verskil (Shaw, 2011).

Om wanvoeding en kageksie te voorkom, is dit noodsaaklik dat die voedingstatus en die energie-balans van die liggaam in stand gehou word. Die volgende navorsers bespreek verskeie fasette van dieet en voeding tydens die behandeling van kanker: Brown *et al.* (2003), Buckland, Agudo, Travier, Huerta, Cirera *et al.* (2011), Bruera en MacDonald (1988), Brown, Byers, Thompson, Eldridge, Doyle *et al.* (2001), Drake, Gullberg, Ericson, Sonestedt, Nilsson *et al.* (2011), en Khanna, Kumar en Khanna (2014). Indien die voedingstatus in stand gehou word, kan kankerbehandeling beter hanteer word en infeksies en fisiese en emosionele uitputting kan voorkom word. Die kans op oorlewing kan verhoog word en daar is ook geleentheid vir verbetering van lewenskwaliteit. Lae voedselinname gaan gewoonlik gepaard met lae aptyt as gevolg van nuwe-effekte soos naarheid en sere in die mond as gevolg van kankerbehandeling. 'n Gemmerdrankie word dikwels aanbeveel vir naarheid (Sanatani, Younus, Stitt & Malik, 2015). Ander nuwe-effekte van kankerbehandeling is hardlywigheid, diarree en wanvertering, wat behandel kan word deur dieet en voeding. Klein, gereelde maaltye 'n paar keer per dag kan help indien slegs klein porsies op 'n slag ingeneem kan word. Die liggaam se vloeistofvlakke moet ook gemonitor word en dit moet konstant gehou word indien die kankerpatiënt glad nie meer vloeistof kan inneem nie, anders kan dit tot sterfte lei (Manz, 2007; Shepherd, 2011).

Met behandeling wat chemo- en radioterapie insluit, word egter aanbeveel dat vitamien- en mineraalaanvullings vermy word, omdat die suplemente anti-oksiderend optree teenoor die oksiderende behandeling wat poog om kankerselle te vernietig. Die gebruik van spesiale voedseldrankies word aanbeveel tydens kankerbehandeling, veral wanneer voedselinname swak is (Brown *et al.*, 2001).

Wanneer reaktief opgetree word met kankerbehandeling, is dit noodsaaklik om die faktore te bepaal wat die voedingsbehoefte van kankerpatiënte beïnvloed. Elke kankerpatiënt ondervind 'n verskeidenheid faktore wat voedingsbehoefte kan beïnvloed (Donohoe, Ryan & Reynolds, 2011). Die faktore sluit in die tumor, fase van die kanker, tipe behandeling en die inflammatoriese reaksie en genetiese vatbaarheid vir die kanker (Cross & Burmester, 2006; Martin, Ohara, Kiberu, Van Hagen, Davidson *et al.*, 2014; Rakoff-Nahoum, 2006). Tans is dit nie moontlik om die impak van al hierdie faktore op voedingsbehoefte met 'n enkele metode te bepaal nie. Om die voedingsbehoefte van 'n kankerpatiënt te bepaal, is ook slegs die begin van die proses van reaktiewe behandeling (d.i. dieetterapie). Die voedingstatus moet byvoorbeeld voortdurend gemonitor word, asook die behoefte aan voedingsondersteuning (soos enterale en parenterale voeding). Die kliniese tekens van kanker, soos verandering in liggaamsmassa, liggaamsmassa-indeks, velkleur en uittering, moet ook gereeld gemonitor word. Die standaard aanbevole energie-inname is 1500 kcal/per dag en die aanbevole proteïen-inname is 70 g/dag. Die proteïenbehoefte verander soos die metaboliese fase van die kankerpatiënt verander. Mikro-voedingstofbehoefte word bepaal wanneer die verskillende metaboliese toestande, die roete van voeding en vorige mikro-voedingstoftekorte inag geneem word. Die metaboliese toestand sluit die stadium in wanneer voedingstowwe geabsorbeer word in die bloedstroom en wanneer voedingstowwe benut word wat alreeds in die liggaam teenwoordig is. Die roete van voeding sluit in enterale en parenterale voeding. Mikro-voedingstowwe is voedingstowwe wat die liggaam in klein hoeveelhede nodig het, maar nie self kan produseer nie. Voorbeelde van mikrovoedingstowwe is sink, selenium, jodium en yster (Lagua & Claudio, 2004). Die voeding wat verskaf word, moet help om infeksie te voorkom, wondheling te bewerkstellig, aktiwiteitsvlakke van die kankerpatiënt te verhoog en die lewenskwaliteit van die pasiënt te optimaliseer (Brown *et al.*, 2001; Lee & Choi, 2014; Shaw, 2011: 115; Vineis & Wild, 2014).

Verskillende betekenis en waardes word aan voedsel geheg in verband met gesondheid. Voedsel ryk aan anti-oksidente, soos vrugte en groente, word byvoorbeeld beskou as kankerbevegter (Olendzki, Procter-Gray, Wedick, Patil, Zheng *et al.*, 2015; Drescher, Thiele & Mensink, 2007). Met reaktiewe behandeling is dit belangrik dat gesondheidsorgwerkers (byvoorbeeld verpleegsters, dokters en dieetkundiges) pasiënte se keuses en waardes verstaan met betrekking tot voedsel en voeding. Wanneer gesondheidswerkers weet waarom 'n persoon 'n spesifieke voedselkeuse maak of voorkeure het, kan hulle behulpsaam wees met die bepaling van terapie en voorsiening

van dieet- en voedingsinligting. Indien 'n kankerpatiënt byvoorbeeld 'n afkeer in wortels het, kan ander voedselbronne wat hoog in vitamien A is, aanbeveel word, soos pampoen, botterskorsie, perskes en veselperskes (Derman, Patel, Nossel & Schwellnus, 2008; Hutton, Martin, Field, Wismer, Bruera *et al.*, 2006; Mroz, Chapman, Oliffe & Bottorf, 2011).

Voedsel het dikwels ook simboliese betekenis in die menslike samelewing en is nou verweef met sosiale, ekonomiese en geloofsaspekte van die daaglikse bestaan (Nonini, 2013; Vlontzos & Duquenne, 2014). Daar word ook dikwels emosionele betekenis aan voedsel geheg tydens die lewensfases. Tydens die kinderjare kan byvoorbeeld lekkernye gegee word as beloning. Dus word die emosie vreugde met positiewe reaksies verbind omdat lekkernye ontvang word. Tydens die volwasse jare kan voedsel soms genuttig word om stres en angs te verlig en voedsel word dus geassosieer met angs- en stresverligting (Bu, Kim & Son, 2013: 983-988; Canetti, Bachar & Berry, 2002; Shepherd & Raats, 2010).

Wanneer dieetterapie voorgeskryf word en dieet- en voedingsinligting in die vorm van raadgewing verskaf word, moet bogenoemde sake dus inag geneem word om besluite oor voedselkeuses of geloofoortuigings wat die interpretasie van die boodskap oor voedselinligting kan beïnvloed, te verstaan. Die pasiënt se agtergrond, simptome wat verlig kan word deur dieetterapie en dieet- en voedselinligting, asook die mate van beheer wat korrekte dieet en voeding kan gee, moet inag geneem word (Desroches, Lapointe, Deschenes, Bissonnette-Maheux, Gravel *et al.*, 2015; Hutton *et al.*, 2006: 1163-1170).

Met reaktiewe behandeling van kanker is daar pasiënte wat die kanker oorleef (hul het dus behandeling vir kanker ontvang) en waar kanker dan in remissie gaan. Die kanker kan egter weer opvlam. Alhoewel dit moeilik is om te bepaal of diegene wat kanker oorleef het (daar word na hulle verwys as “*survivors*”) die risiko loop van toekomstige probleme (George & Smith, 2012; Park, Edmondson, Fenster & Blank, 2008), behoort daar wel spesiale aandag gegee te word aan hul dieet- en voedingsbehoefte om die voedingstatus te bly behou, algehele gesondheid te bevorder en opvlamming van kanker te voorkom (Milliron, Vitolins & Tooze, 2014; Stull, Snyder & Demark-Wahnefried, 2007; Rock, Dolye, Demark-Wahnefried, Meyerhardt, Courneya, 2012: 242-274; Toles & Demark-Wahnefried, 2008; Zhang, Lu & Fang, 2014).

Gesondheidswerkers kan byvoorbeeld met hulle praat oor alternatiewe dieetpraktyke en advies gee wanneer die gebruik van sekere voedsel 'n risiko is. Navorsing het getoon dat mans en vrouens verskillend mag reageer op verskillende benaderings tot dieetterapie en dat dit dikwels afhang van die tipe tumor en die aard van die behandeling wat gegee word. Baie kankerpatiënte moet hulle lewenstyl aanpas en moet ook gehelp word om die veranderde lewenstyl te behou (Brown *et al.*, 2001; Katzke, Kaaks & Kuhn, 2015; Shaw, 2011; Sutherland & White, 2005).

By reaktiewe behandeling van kanker kan palliatiewe sorg soms voorkom (d.i. wanneer behandeling met die oog op genesing gestaak word en daar slegs gefokus word op die verligting van simptome en lewenskwaliteit) (Fourie, 2008). Hier is 'n holistiese benadering veral belangrik waar die gedagte, liggaam en gees deur selfbemagtingsprogramme benut word om die kankerpatiënt te behandel (Kinney, Rodgers, Nash & Bray, 2003; Patel, Wall, Bott, Katonah & Koopman, 2015).

Reaktiewe dieetterapie het 'n invloed op die kankerpatiënt en die gesin. Benaderings tot voedingsorg moet dus fokus op voedingsraadgewing, die beheer van simptome en die bestudering van voedselinname. Dit moet ook pasiënt-gesentreerd wees met betrekking tot die doelwitte wat gestel word. Waar nodig moet die gebruik van kunsmatige voedingsondersteuning, byvoorbeeld enterale en parenterale voeding, met die kankerpatiënt bespreek word. Die voordele en nadele van sodanige behandeling behoort bepaal te word en met die pasiënt en gesin bespreek word (Brown *et al.*, 2001; Murphy, Worswick, Pulman, Ford & Jeffery, 2015; Nomura, Lee, Kawai, Hara, Nabeshima *et al.*, 2014; Shaw, 2011: 185).

Na die kortlikse bespreking van dieet en voeding met betrekking tot die proaktiewe en reaktiewe behandeling van kanker, kan gevolgtrekkings gemaak word. Kankerpatiënte wat onder behandeling en in remissie is, behoort dieet- en voedingsinligting te ontvang in die vorm van raadgewing tydens dieet- en voedingsberadingsessies wat op dieetterapie (wat die praktiese toepassing is van dieet en voeding) geskoei is (Ladas, 2014; Swisher, Abraham, Bonner, Gilleland, Hobbs *et al.*, 2015).

2.5 GEVOLGTREKKING

Die dieet- en voedingsbehoefte van kankerpatiënte kan aan veelvuldige faktore gekoppel word, en inligting rakende dieet en voeding kan op verskillende wyses 'n

invloed uitoefen. Proaktief kan 'n verskeidenheid voedselsoorte saam met 'n gesonde lewenstyl help om kanker te beveg. Wanneer iemand reeds kanker het, kan reaktief opgetree word. By reaktiewe voedingsorg en die verskaffing van inligting oor dieet en voeding is dit onder andere belangrik om wanvoeding te voorkom, die nadele van aanvullings tydens kankerbehandeling te hanteer, die verskillende betekenis en waardes wat aan voedsel en voeding geheg word te bepaal, en ook te besef dat elke tipe kanker 'n eiesoortige dieetplan en voedingsorg mag vereis. Daarby kom die behoefte vir gekontekstualiseerde raadgewing en terapie. Hierdie inligting vorm die agtergrond vir die hieropvolgende hoofstukke. In die volgende drie hoofstukke sal gevolglik die stand van navorsing oor die inligtingbehoefte van pasiënte, gesinslede, onkoloë, geneeshere en dieetkundiges in die kankerkonteks teoreties ontleed word. Dit is wat betref teikengroepe, modelle van inligtingsoeke en inligtingsoekgedrag wat sodanige studies gerig het. Dit sluit ook in die navorsingsmetodes, navorsingsbevindinge, tekortkominge en die leemtes van sodanige studies.

HOOFSTUK 3

LITERATUUROORSIG: DIEET- EN VOEDINGSINLIGTINGBEHOEFTE EN -SOEKGEDRAG IN 'N KANKERKONTEKS

3.1 INLEIDING

Soos in hoofstuk 1 aangetoon, is relevante inligting nodig om probleemsituasies op te los of beter te hanteer. Dit geld ook 'n siektetoestand soos kanker waar relevante inligting nodig is.

In hoofstuk 3 sal daar eerstens 'n oorsig gegee word van die vier kernkonsepte wat met inligtingbehoefte en soekgedrag verband hou. Die terme is inligtingbehoefte, inligtingbron, inligtingsoeke en inligtinggedrag. Daarna sal studies volg wat die inligtingbehoefte en –soekgedrag van geselekteerde rolspelers uitlig. 'n Gevolgtrekking as geheelbeeld sal aan die einde van hoofstuk 3 volg.

Die onderstaande aanhalings ondersteun hierdie stelling:

“Providing breast cancer patients with needed information and support is an essential component of quality care” (Janz et al., 2008: 1058).

“Sophisticated integration of medical information about cancer and other chronic diseases has become increasingly important in diagnosis, treatment, care of patients and clinical research. Cancer control strategy could not be planned without such precise information” (Watanabe, 1990: 7).

Talle meer resente uitlatings steun die standpunte van Janz et al. (2008) en Watanabe (1990) byvoorbeeld Boulton, Adams, Horne, Durrant, Rose et al. (2015), James-Martin et al. (2014) en Rowland en Bellizzi (2014). 'n Belangrike komponent in kankerbehandeling en -voorkoming is dieet- en voedingsinligting, asook raadgewing soos reeds genoem in voorafgaande hoofstukke en weer eens weerspieël in die volgende stellings:

“Ensuring access to high-quality cancer-related information is important for the success of cancer prevention and control efforts” (Arora, Hesse, Rimer, Viswanath, Clayman et al., 2008: 223).

“Evidence suggests that fruits and vegetables, low-fat dairy products, fish, monounsaturated and polyunsaturated fatty acids, vitamin D, calcium and phytoestrogens may reduce the risk of breast cancer” (Bissonauth, Shatenstein & Ghadirian, 2008: 52).

Uit bogenoemde aanhalings blyk dit dat die oordra van relevante inligting aan die kankerpatiënt pasiëntesorg op 'n hoër kwaliteitsvlak kan plaas en dat die strategiese bestuur van die behandeling meer planmatig en doelgerig kan plaasvind. Hierbenewens word ook die suksesvlak nie net deur die bestuur van kanker behoorlik gekontroleer nie, maar ook die voorkoming daarvan, soos byvoorbeeld by borskanker, waar toepaslike voedselinname 'n invloed kan hê (Arora et al., 2008: 223-228; Bissonauth, Shatenstein & Ghadirian, 2008: 52; Janz et al., 2008: 1058; Lee, Yun, Park, Lee, Jung et al., 2014; Watanabe, 1990: 7). (Die verband tussen dieet en voeding en dieetterapie en raadgewing is reeds in Hoofstuk 2 bespreek.)

Soos in Hoofstuk 1 aangedui, is verskeie rolspelers betrokke in 'n kanker konteks. Ten opsigte van voeding sluit dit hoofsaaklik die pasiënt self, diegene wat behandeling bied vir die kankertoestand en die gesin in. Dieetkundiges bied byvoorbeeld dieetterapie-inligting aan pasiënte; onkoloë verskaf weer inligting ten opsigte van die mediese behandeling en nuwe-effekte en kan self dien as 'n bykomstige bron van dieet- en voedingsinligting. Hulle verwys ook pasiënte na dieetkundiges. Rolspelers soos die dieetkundige en onkoloë het weer relevante inligting nodig om die kankerpatiënt doeltreffend by te staan.

Om begrip van bogenoemde rolspelers se inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag te verkry, is dit nodig om empiriese data in te samel, byvoorbeeld deur opnames en steekproefneming. 'n Belangrike onderbou van sodanige empiriese ondersoek is begrip van die stand van navorsing oor behoeftes aan dieet- en voedingsinligting, asook inligtingsoekgedrag wat hiermee verband hou, soos wat dit in die kanker konteks manifesteer. In hierdie hoofstuk word vervolgens die stand van navorsing oor die inligtingbehoefte en -soekgedrag van pasiënte, gesinslede, onkoloë (en ander geneeshere) en dieetkundiges in die kanker konteks teoreties ontleed met betrekking tot navorsingsbevindinge, asook tekortkominge en leemtes van sodanige studies.

Aangesien relatief min inligting gepubliseer is oor die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van onkoloë en dieetkundiges, sal navorsing oor hulle inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag in die algemeen ook inag geneem word. Navorsingsverslae oor ander geneeshere waar toepaslik sal ook inag geneem word met betrekking tot verslae oor hul dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag. Vir kankerpatiënte en hul gesinne sal ook gekyk word na navorsingsverslae van dieet- en voedinginligtingbehoefte en -soekgedrag in die algemeen. Eerstens begin hierdie hoofstuk met 'n meer uitgebreide bespreking van terme wat met inligtingbehoefte en -soekgedrag, en dan ook die meer omvattende term, inligtinggedrag, verband hou.

3.2 OORSIG VAN KONSEPTE WAT MET INLIGTINGBEHOEFTE EN - SOEKGEDRAG VERBAND HOU

Alhoewel konsepte reeds in hoofstuk 1 uitgeklaar is, word vier kernkonsepte hier in meer besonderhede bespreek en spesifiek met bevindinge rakende kankerpatiënte in verband gebring: inligtingbehoefte, inligtingbron, inligtinggedrag en inligtingsoekgedrag. Die doel is om die beplanning van die empiriese komponent en die data-ontleding te kontekstualiseer. Daar word ook verwys na relevante bevindinge.

3.2.1 Inligtingbehoefte

Soos in hoofstuk 1 verduidelik, is 'n inligtingbehoefte die gewaarwording dat die kennis waaroor 'n persoon beskik, nie genoegsaam is om 'n doel te bereik nie. Die persoon (ook genoem die inligtinggebruiker) het meer inligting nodig om 'n spesifieke vraag te beantwoord. Die oorsprong of dryfvere agter inligtingbehoefte word uit verskillende uitgangspunte geïdentifiseer. Case (2007) verwys na soeke na antwoorde, vermindering van onsekerheid, singewing en 'n hele spektrum motiverings as motiewe om die moontlike behoeftes aan inligting bloot te lê. Case (2012: 87) brei later hierop uit en wys spesifiek op die problematiek dat inligtingbehoefte kognitief geverbaliseer moet word (deur die gebruiker self en 'n tussenganger) voor inligting verkry kan word. Definisies van "*inligtingbehoefte*" word dikwels gekoppel aan die dryfvere agter inligtingbehoefte; enkele sodanige dryfvere van belang vir die rolspelers van hierdie studie word in die volgende nuwe-afdelings verder omskryf. Vir die doel van hierdie studie word die definisie vir inligtingbehoefte in hoofstuk 1 aanvaar soos in afdeling 1.3.12 weergegee. Elke dryfveer word met relevante voorbeelde uit kankerkonteks toegelig.

3.2.1.1 Soeke na antwoorde

Volgens die inligtingwetenskaplike Taylor (1968) is die oorsprong van 'n inligtingbehoefte die wesenlike soeke na antwoorde. Volgens hom is daar vier fases of vlakke, wat begin met 'n *bewuste* of selfs 'n *onbewuste* behoefte aan inligting wat na 'n volgende vlak oorgaan wanneer *bewuste, maar onsekere stellings* gemaak word wat soms oorgaan in 'n gesprek met iemand anders daaroor. Op hierdie punt mag die inligtingsoeker in staat wees om sy behoefte op 'n *gekwalifiseerde en rasonele wyse* onder woorde te bring sonder om te weet of daar 'n antwoord op sy/haar vraag is. Die laaste fase word bereik wanneer die vraag op 'n *antisiperende en soms ook aangepaste wyse* gestel word sodat toegang tot beskikbare inligting in 'n inligtingstelsel verkry kan word (Case, 2007: 72-73; Taylor, 1968). Vrae wat kankerpatiënte en gesinslede mag vra, is byvoorbeeld die risiko, koste en voordele van kankerbehandeling. Vrae word gevra oor 'n kankerwekkende lewenstyl en dieet. Navrae ontstaan oor mediese ervaring en verdere voorstelle. Persoonlike vrae word gerig aan die mediese fisiese, emosionele of sosiale behoeftes (Cappellani, Cavallaro, Di Vita, Zanghi, Piccolo *et al.*, 2012; Keegan, Lichtensztajn, Kato, Kent, Wu *et al.*, 2012; Mazor, Rubin, Roblin, Williams, Han *et al.*, 2015).

3.2.1.2 Vermindering van onsekerheid

Volgens Morowitz (1991) gaan die verwysing na die besef dat inligting onsekerheid verminder, so ver terug as die negentiende eeu. Volgens Atkin (1972, 1973, 1985) gaan die bevrediging van inligtingbehoefte nie net oor die vermindering van onsekerheid nie, maar om aanhoudende blootlegging van die huidige kennisvlak van die inligtingsoeker en dit wat hy/sy graag wil bereik deur *sy/haar doelwitte telkens aan te pas*. In die lig hiervan is die bevrediging van inligtingbehoefte 'n *dinamiese proses* wat ook neerslag vind in die teorie van die sielkundige Kelly (1963), dat om te leer 'n proses van die toetsing van bestaande skeppinge is. Onsekerheid is die *beginfase* in enige soeke na antwoorde en gaan heel dikwels gepaard met gevoelens van angs, wat 'n kragtige dryfveer is om voort te gaan met iets of dit te los. Kuhlthau (1991) sluit nou aan by Kelly (1963) deur die *rol van emosie* in inligtingsoekgedrag aan te dui. Soos Taylor (1968) het sy ook gewerk met fases in die soekproses na inligting. Hoe groter duidelikheid oor die inligtingbehoefte en die vervulling daarvan verkry word, hoe nader word beweeg aan die vermindering van onsekerheid en die bereiking van 'n gevolgtrekking (Atkin, 1972, 1973, 1985; Case, 2007: 73-75; Kelly, 1963; Kuhlthau, 1991; Morowitz, 1991; Taylor, 1968: 178-189). Onsekerheid is hoër onder pasiënte met 'n lae ekonomiese status, lae opvoedingspeil en geen familiegeskiedenis van kanker nie (Jeon, Choi, Lee & Noh,

2015). Die gesin van die kankerpatiënt mag onsekerheid beleef as gevolg van verlies van beheer oor die onvoorspelbare situasie. Die gesin mag ook onsekerheid ervaar as gevolg van 'n tekort aan inligting (Molzon, Brannon, Fedele, Grant, Suorsa *et al.*, 2014).

3.2.1.3 Singewing

Die derde benadering, waarvan Artandi (1973) 'n belangrike voorstaander is, naamlik inligtingbehoefte, wat gaan oor verstaan, hou verband met die daarstelling van betekenis. Dervin (2005a: 25-30) verkies om 'n inligtingbehoefte te definieer as 'n behoefte om sin te maak in 'n gegewe situasie. “*The individual, in her time and place, needs to make sense ... She/he needs to inform herself constantly. Her head is filled with questions. These questions can be seen as her information needs*”. Soos Kuhlthau (1991) en Mellon (1986), huldig Dervin (2005a) die standpunt dat die affektiewe/emosionele ervaring net so belangrik is as die kognitiewe ervaring in situasies waar inligting nodig is: inligtingsoekers is net so gefokus op die vermindering van angas as op hulle onsekerheid (Artandi, 1973; Case, 2007: 75-76; Dervin, 2005a; Mellon, 1986).

Weick (1995) beweer: “*Two types of sensemaking occasions common to organization are ambiguity and uncertainty. The ‘shock’ in each case is somewhat different. In the case of ambiguity, people engage in sensemaking because they are confused by too many interpretations, whereas in the case of uncertainty, they do so because they are ignorant of any interpretations*” (Weick, 1995: 91).

“*Prolonged episodes to sensemaking may occur when a need for more information (ignorance, uncertainty) is mislabeled as a need for different kinds of informations (confusion, ambiguity)*” (Weick, 1995: 99). Soms word foutiewelik probeer om verwarring te verminder deur inligting te verskaf wat of te oppervlakkig of te ingewikkeld is (Weick, 1995: 100). Wanneer meer detail (op 'n vlak wat deur die ontvanger begryp word) inligting verskaf word aan kankerpatiënte en gesinne kan die kwaliteit van die kommunikasieproses verbeter en gevolglik die kwaliteitslewe van die kankerpatiënt (Nakajima, Kusumoto, Onishi & Ishida, 2014: 776-782). Wanneer relevante inligting vanaf 'n verskeidenheid bronne ingesamel is, kan ingeligte besluitneming plaasvind wat pasiëntgesentreerd is (Blanch-Hartigan, Blake & Viswanath, 2014), dus wanneer kankerpatiënte en hul gesinne singewing ervaar.

3.2.1.4 Inligtingbehoefte as 'n spektrum van veelvuldige motivering

Drie spesifieke motiverings vir inligtingsoeke wat dikwels voorkom in literatuur oor kanker en inligtingbehoefte is in die voorafgaande afdelings genoem (afd. 3.2.1.1 - 3.2.1.3). 'n Vierde benadering word weerspieël deur na 'n spektrum van veelvuldige motiverings/dryfvere vir inligtingbehoefte te verwys. Dat mense inligtingbehoefte het, is 'n basiese aanname in ondersoek na inligtingsoekgedrag (Case, 2007, 2012). Daar is egter sprake van veelvuldige dryfvere wat beweeg tussen 'n *objektiewe en subjektiewe* pool (Case, 2007: 75-78). Dikwels geld meerdere van hierdie dryfvere. Die objektiewe gesigspunt sien inligting as 'n refleksie op die objektiewe werklikheid en dat inligtingsoeke gedryf word deur die rasonele oordeel dat sommige onsekerheid wat in die wêreld bestaan deur spesifieke inligting opgelos kan word. Die objektiewe gesigspunt werk met 'n duidelik gedefinieerde behoefte om 'n spesifieke feit te herwin, om 'n besluit te kan neem of om 'n probleem op te los. Die subjektiewe gesigspunt in die spektrum van dryfvere verteenwoordig 'n gevoel van ongemak en ang vanweë 'n gebrek aan kennis rakende die gegewe situasie. Hier val die klem daarop om sin te maak in 'n situasie as geheel. Die subjektiewe gesigspunt huldig die siening dat die verstaan van die inligting wat ontvang word tot singewing lei, wat 'n meer akkurate beeld van die werklikheid inhou (Case, 2007: 75-78). Die verband tussen die verkryging van inligting en die konsepte van onsekerheid, teenstrydigheid en nuuskierigheid word veral gelê deur sielkundiges soos Allport (1947) en Miller (1960). Ook ander outeurs het in die ólaaste helfte van die twintigste eeu voorkeur verleen aan die gedagte van onsekerheidsvermindering as die primêre motiveerder vir inligtingsoeke, terwyl die strewing na singewing ook wortels het in die werk van sosioloë soos Garfinkel (1967) en Schutz (1962, 1964, 1967) soos reeds bespreek in 3.2.1.2 en 3.2.1.3. Case (2007: 75-78) vestig ook die aandag hierop. In die kanker konteks kom beide gesigspunte ter sprake - ook soos wat die pasiënt hom of haar op verskillende stadiums van die siektetoestand bevind. Veelvuldige inligtingbehoefte in die kanker konteks van 'n individu kan dus dikwels toegeskryf word aan meerdere dryfvere of motiverings.

3.2.1.5 Interpretasie van moontlike inligtingbehoefte in die kanker konteks

Die doel van die begripsmatige inkleding van die term inligtingbehoefte in hierdie studie is om dit moontlik te maak om te fokus op inligtingbehoefte van belang vir verskeie sake relevant tot kanker, soos byvoorbeeld gesondheidsbewusmaking, voedingname en voedselverwante lewenstyl wat kan meewerk om kanker te voorkom, 'voortydige' sterfte te verminder, beter dieet terapie te verseker en ook die lewenskwaliteit van

pasiënte te verbeter. Inligtingbehoefte word nou gekoppel aan die belangrikheid en waarde van inligting.

Dit gaan egter nie slegs om die inligtingbehoefte van pasiënte en gesinne nie. Vir Watanabe is gesofistikeerde integrasie van mediese inligting nodig sodat effektiewe strategiese bestuur met betrekking tot die diagnose, mediese behandeling, versorging van pasiënte en kliniese ondersoek beoefen kan word – dus die inligtingbehoefte van medici en ander rolspelers (Watanabe, 1990). Dit sluit nou aan by die doel van inligting oor dieet en voeding.

Ter aanvulling tot die definisie van inligtingbehoefte wat aanvaar is, word kennis geneem van die drie verskillende inligtingbehoeftevlakke wat Watanabe (1990) identifiseer; hy beskou kankervoorkoming as die dryfveer vir genoegsame of aanvullende inligting. Hierdeur sluit hy aan by die siening van die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). Op primêre vlak gaan dit vir hom oor die wyse waarop basiese wetenskaplik gebaseerde inligting met gesondheidsopvoeding verbind kan word. Die monitering van weerhouding van rook oor sowat 20 jaar in lande soos Finland het byvoorbeeld 'n laer voorkoms van longkanker getoon. Op sekondêre vlak gaan dit oor die wyse waarop die effek van grootskaalse ondersoek vir kanker geëvalueer kan word. In Japan het 'n strategie vir die vroeë identifisering en mediese behandeling van kanker oor 'n periode van meer as 20 jaar gelei tot 'n afname in sterftes aan maag- en uterus kanker (Watanabe, 1990). Indien inligting oor sulke studies bekend gemaak word, kan dit pasiënte aanspoor om betyds en gereeld vir mediese behandeling aan te meld. Wat die derde vlak betref, val die kollig volgens Watanabe (1990) op die vraag watter mediese behandeling beskikbaar is, en of die beste mediese behandeling beskikbaar is. Dit dui op 'n behoefte aan terapeutiese inligting wat veral vir geneeshere en spesifiek onkoloë van groot waarde kan wees (Jacobs, Ibrahim, Clemons, Hutton, Simos *et al.*, 2015).

3.2.2 Inligtingbronne

Inligtingbehoefte lei tot 'n soeke na inligting en inligtingbronne, waarvan daar 'n verskeidenheid vir kankerinligting is. Die formaat van inligtingbronne het deur die eeue drasties verander: van mondelinge kommunikasie na geskrewe kommunikasie na beeldende kommunikasie en in die huidige digitale era na multimedia-kommunikasie (Bo, Amprino, Dalmaso, Argentero & Zotti, 2015; Niemandt, 2007; Noar, Althouse, Ayers, Francis & Ribisl, 2015). Inligtingbronne wissel van formele na informele bronne

en sluit ook die gebruik van persone as inligtingbronne in (Kline, 2007; Meyers, 2012; Slaytor & Ward, 1998).

Die volgende aspekte wat 'n impak het op inligtingbronne word kortliks bespreek in die nuwe-afdelings wat volg: sosiale invloed, bestuurskonteks vir kanker, beskikbaarheid van inligtingbronne van gesondheidsorginligting en beskikbaarheid van multimedia.

3.2.2.1 Inligtingbronne wat sosiale invloed reflekteer

Wat sosiale invloed betref, is veral inligting wat in die openbare spektrum oor kanker gekommunikeer word van belang. Sodanige sosiale invloed sluit in die vorm van inligtingdraers en -kanale wat gebruik word, byvoorbeeld sosiale netwerke, inligtingtegnologie, media- en kommunikasiekanale soos telefone, asook die konstante vloeï van inligting vanweë die huidige post-industriële, kennisgebaseerde en ekonomiesgerigte gemeenskap. Die invloed bring mee dat allerlei inligting, gevraag of ongevraag, in die openbaar gekommunikeer word. So kan 'n dokumentêr byvoorbeeld op televisie vertoon word wat handel oor kanker, dieet en voeding sonder dat daar 'n definitiewe aanvraag daarvoor was. Lesers van koerante en tydskrifte kan hierdie media nader en vra dat daar artikels geplaas word oor kanker, dieet en voeding (Slater, Long, Bettinghaus & Reineke, 2008). Uit die aard van die saak sluit dit ook kanker-, dieet- en voedingsinligting in (Baron & Byrne, 1997; Briceno, Gospodarowicz & Jadad, 2008; Giddens, 2004: 378; Neuhauser & Kreps, 2003; Oransky, 2005: 838-839).

3.2.2.2 Inligtingbronne wat op bestuurskonteks, ondersteuningsinligting en statistiek fokus

In die wyer samelewing speel bestuursinligting soos byvoorbeeld markvooruitskatting, omgewingsverkenning en ekonomiese vooruitskatting 'n belangrike rol in die gebruik van inligtingbronne. Gesien vanuit die perspektief van die bestuurswetenskappe word aanvaar dat geen bestuursproses doeltreffend kan funksioneer sonder ondersteuningsinligting nie, en dat sodanige tersaaklike inligting tydig aan bestuur beskikbaar gestel moet word, met behulp van gepaste inligtingbronne (Cronje, Du Toit & Motlatla, 2004). Akkurate en betroubare inligtingbronne is belangrik (Cronje *et al.*, 2004). Ook in 'n kankerkonteks is akkurate en betroubare inligtingbronne wat bestuursinligting aan gesondheidsorgpersoneel voorsien van kardinale belang. Bestuursinligting oor die beste mediese behandeling, saam met gepaardgaande voeding en mediese sorg, raak die

uiteindelike uitkoms van die sorg wat aan kankerpatiënte verleen word. In die doeltreffende beheer van kanker is noukeurige statistiek ook onontbeerlik. So wil dit byvoorbeeld voorkom of die Suid-Afrikaanse voorkoms- en sterftesyfers nie ooreenstem nie. Volgens die Nasionale Kankerregister is 60 343 nuwe kanker gevalle in 1999 in Suid-Afrika aangemeld. Hierteenoor vermeld Bradshaw, Nannan, Groenewald, Joubert, Nojilana *et al.* (2004) van die *Burden of Disease Research Unit* van die Mediese Navorsingsraad dat daar 65 925 sterfgevallen as gevolg van kanker in Suid-Afrika in 2000 was. Selfs al is dit twee verskillende jare, maak die syfers nie sin nie; die sterftesyfer behoort laer en nie hoër as die voorkomssyfer te wees nie. Dit mag wees dat baie kanker gevalle nie aangemeld is nie. Sonder genoegsame bestuursinligting en tersaaklike, akkurate en betroubare inligtingbronne kan kankerbehandeling moeilik doeltreffend bestuur word (Albrecht, 2006: 11; Bradshaw, Nannan, Groenewald, Joubert, Nojilana *et al.*, 2004). Hierdie inligting is veral belangrik vir rolspelers soos onkoloë.

3.2.2.3 *Veelvuldigheid van inligtingbrontipes*

Ofskoon talle formate van inligtingbronne benut word, soos elektroniese en hardekopieformate (byvoorbeeld elektroniese en gedrukte boeke), gepubliseerde vaktydskrifte en tydskrifartikels (elektronies of nie-elektronies), waarnemings deur navorsers, toesprake deur navorsers tydens seminare, organisasies van belang vir studies, persone met ervaring wat van toepassing is op die navorsingsveld, ensovoorts, is dit veral die openbare media soos koerante, populêre tydskrifte, televisie, radio, advertensie-flitste tydens filmvertonings en advertensies vir voedselprodukte, multimedia-programme op Medline Plus, asook die internet wat baie gebruik word deur pasiënte en hul gesinslede (Akhu-Zaheya, Jagbir, Othman & Ahram, 2014). Daar is 'n groeiende besef dat nie net mediese kundiges kennis oor gesondheid en siekte het nie, maar dat daar ook ander aanvullende inligtingbronne kan wees, byvoorbeeld die internet. Vroeër het pasiënte hulle net tot medici as inligtingbron gewend (Pautler, Tan, Dugas, Pus, Ferri *et al.*, 2001; Rowlands, Callen & Westbrook, 2010; Schaefer, 2001). Pasiënte neem tans in toenemende mate self verantwoordelikheid vir hul eie gesondheidsorg (Cline & Haynes, 2001: 671-692; Cole, 2015; Schaefer, 2001; Zhang, Kwekkeboom & Petrini, 2015), alhoewel daar ook nog baie is wat verkies om besluite aan geneeshere oor te laat (Almyroudi, Degner, Paika, Pavlidis & Hyphantis, 2011; Kidane, Toyooka & Yasufuku, 2015; Schaefer, 2001: 484).

3.2.2.4 *Beskikbaarheid van Internet inligtingbronne en gebruikersvoorkeure*

Die volgende paragrawe moet in aanvulling tot Afdeling 3.2.2.3 gelees word. Die internet is veral 'n groeiende bron van inligting vir pasiënte, onder andere vir die advertering van farmaseutiese produkte. Soms daag pasiënte selfs met die nuutste internetuitdrukke oor hulle siekte by geneeshere op (Cline & Haynes, 2001; Schaefer, 2001: 484).

Tradisioneel vervul geneeshere die belangrikste rol in skakeling en kommunikasie met pasiënte en hul gesinslede (Ashbury, Iverson & Kralj, 2001; Klipinina, Khain & Kudryavitskiy, 2014; Paciam, Kulik, Pacian, Goeniewicz & Kowalska, 2014). Die klem val dikwels op hul tegniese vermoëns en kliniese vaardighede. Verpleegkundiges bevind hulle in 'n ondergeskikte posisie en mag nie voor 'n pasiënt van 'n geneesheer verskil nie. Stein (1967) noem dit die "*doctor-nurse game*". Waar vroulike geneeshere tot die mediese beroep toetree, blyk dat hulle 'n meer interpersoonlik georiënteerde rol teenoor pasiënte en verpleegkundiges speel, teenoor manlike geneeshere se meer instrumentele prestasie-georiënteerde rol (De Leeuw, Prins, Uitterhoeve, Merckx, Marres *et al.*, 2014; Harding, Beesley, Holcombe, Fisher & Salmon, 2015; Schaefer, 2001: 483; Stein, 1967). Hierdie rolle is belangrik in verband met pasiënte se behoeftes, veral aan emosionele ondersteuning, wat weer tot behoefte aan inligting kan lei.

In die Suid-Afrikaanse kankernavorsingsituasie is daar 'n hele paar belangrike verenigings en instansies wat rolle as inligtingbronne vervul, die ontwikkeling van inligtingbronne of die ondersteuning van navorsing wat in inligtingbronne neerslag vind: CANSA, die *National Research Foundation*, *National Health Laboratory Services*, iThemba Labs (*National Accelerator Centre*), *Biotechnology Partnership and Development, Technology and Human Resources for Industry Programme*, *Department of Trade and Industry*, *The Poliomyelitis Research Foundation*, Mediese Navorsingsraad en Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid. Die genoemde verenigings is nog aktief. Die webwerwe van die kankernavorsinginstansies soos bespreek in Tabel 3.1 is ook belangrik (Tabel 3.1 reflekteer webwerwe en adresse soos gevind op 10 Junie 2015). Die tabel word gevolg deur 'n kort verduideliking van die insette van sommige van hierdie instansies en verenigings met betrekking tot die verskaffing van inligting en inligtingbronne.



Kankernavorsinginstansie	Webadres
<i>Cancer Association of South Africa</i>	www.cansa.org.za
<i>South African Department of Health</i>	www.doh.gov.za
<i>Department of Trade and Industry</i>	www.dti.gov.za
iThemba Labs	www.tlabs.ac.za
<i>Medical Research Council</i>	www.mrc.ac.za
<i>National Health Laboratory Service</i>	www.nhls.ac.za
<i>National Research Foundation</i>	www.nrf.ac.za
<i>The Poliomyelitis Research Foundation</i>	www.prf.ac.za
<i>Technology and Human Resources for Industry Programme</i>	www.thrip.nrf.ac.za

Tabel 3.1: Kankerverenigings en gepaardgaande webadresse

Op 16-17 Februarie 2004 is die *Cancer Research Initiative of South Africa* (CARISA) gestig en dit bestaan nog (Albrecht, 2006: 30). Gesondheidsinformatika is 'n afdeling van CARISA en 'n belangrike verskaffer van kankerinligting in Suid-Afrika. Dit koördineer kennis, vaardighede en instrumente wat bydra dat inligting ingesamel, gebruik en gedeel word om gesondheidsorg en gesondheid te bevorder. Dit is spesifiek van toepassing op die Suid-Afrikaanse situasie (Van Zyl & Raynard, geen datum: 1).

Tussen 1994 en 2003 het CANSA 129 kankernavorsers vanuit 10 instansies in Suid-Afrika befonds. In hierdie befondsingsproses het CANSA 28,2 miljoen rand (2000 se waarde) spandeer (Albrecht, 2006: 34). In 2015 het CANSA altesaam R705 750.00 toegeken aan drie navorsers by die Universiteit van Stellenbosch, twee by die Universiteit van Witwatersrand en een by die Universiteit van Kaapstad (CANSA, 2015). CANSA doen ook baie rakende dieet- en voedingsinligting waar pasiënte reeds kanker het, en vir die bevordering van gesonde eetgewoontes en lewenstyle om kanker te voorkom. Verskeie pamflette word versprei met opskrifte soos: “*Alles oor kanker; wees slim en eet 'n gesonde dieet; Plaas 'n reënboog op jou bord (gesonde kos om kanker te beveg); Sonslim is kankerslim; Wees 'n vriend teenoor 'n kankeroorlewende*” (Altesaam vyf pamflette) (CANSA-inligtingsdiens, geen datum).

Oor die magdom kankerinligting op die internet sê Bierman (2007): “*The internet has become nearly indispensable for finding the latest information on cancer diagnosis, treatment and prevention.*” Verskeie webwerwe is beskikbaar vir pasiënte, onkoloë, navorsers en dieetkundiges. Voorbeelde van nuttige webwerwe word gegee in Tabel 3.2. (Tabel 3.2 reflekteer die webwerwe en adresse soos gevind op 10 Junie 2015.)

Kankernavorsinginstansie	Webadres
American Cancer Society	www.cancer.org
Cancer Information Service	www.cancer.gov/contact-center
Centers for Disease Control and Prevention	www.cdc.gov
Centerwatch and Coalition of National Cancer	www.canceradvocacy.org
National Cancer Institute	www.cancer.gov
Pubmed	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Surveillance, Epidemiology and End Results	www.seer.cancer.gov

Tabel 3.2: Kankernavorsingsinstansies en gepaardgaande webadresse

3.2.3 Inligtingsoeke

Inligtingsoeke word dikwels gedefinieer as aktiewe, doelbewuste, berekende gedrag (Case, 2007: 80-81). Volgens Krikelas (1983) is daar geen enkele teorie van inligtingsoeke wat 'n maklike vergelyking tussen studies oor inligtingsoeke moontlik maak nie. Case (2007: 148) maak ook hiervan melding. Zweizig (1997) het waargeneem dat teorieë wat in studies oor inligtingsoeke benut word, hoofsaaklik uit drie dissiplines spruit: sosiologie, massa-kommunikasie en psigologie. So het Rogers (2003) se diffusie-van-innovasieteorie ontwikkel uit beide sosiologie en kommunikasiekunde om die verspreiding van beroepsinligting onder werkers te beskryf. Onlangse publikasies weerspieël ook hernude belangstelling in die siening dat inligtingsoeke en dus ook inligtingsoekgedrag gemotiveer word deur onsekerheid (Case, 2007: 148-150; Krikelas, 1983; Kuhlthau, 1993a; Kuhlthau, 1993b; Rogers, 2003; Zweizig, 1977).

Taylor (1968) sien die oorsprong van inligtingbehoefte as wesenlike soeke na antwoorde. *Inligtingsoeke* is nouer verbind met die konsep van *behoefte* as met die begrip inligting self. So beskou Wilson (1999) inligtingsoeke as die doelmatige soeke na inligting wat voortvloei uit 'n bepaalde behoefte om 'n spesifieke mikpunt of doel te bereik. Inligtingsoeke kan ook beskryf word as 'n proses waarin óf patrone ontdek word óf gapings wat in vroeëre patrone ontdek is, gevul word (Case, 2007: 69-81). Volgens Garner (1962) kan die soeke na patrone (hy verwys na verwantskappe) geskied as gevolg van stimuli uit die omgewing. Volgens Zerbinos (1990) vind inligtingsoeke plaas as 'n persoon oor kennis beskik wat in die langtermyngeheue geberg is, wat 'n belangstelling in verwante inligting voorafgaan en ook as motivering dien om die inligting te kry. Dit kan ook gebeur dat 'n persoon 'n gaping in kennis ontdek wat dan as motivering dien om nuwe inligting te soek. Inligtingsoeke word volgens Marchionini (1995) ook verbind met probleemsituasies, waar dit dan deel is van 'n doelmatige proses om 'n persoon se stand van kennis te verbeter; inligtingsoeke word dan gerig op probleemoplossing. Dervin (2005a, 2005b) se werk (waarna reeds in Afdeling 3.2.1.3 verwys is) reflekteer 'n singewingsbenadering tot die hantering van probleemsituasies. Verskeie navorsers beskou inligtingsoeke as 'n proses van singewing in

probleemsituasies - wat dus aansluit by die vroeëre verduideliking van inligtingbehoefte (Case, 2007: 80; Dervin, 2005a, 2005b; Garner, 1962; Marchionini, 1995; Taylor, 1968; Wilson, 1999; Zerbinos, 1990).

Bogenoemde fokus op probleemoplossing as die rede vir inligtingsoeke het egter ook beperkings. Volgens Weick (1995) kan die term “probleem” te eng wees wanneer dit geassosieer word met ’n benadering van singewing of gesien word as ’n geleentheid waar dit om singewing gaan (Weick, 1995). Hy verwys na Smith (1988, 1989) wat die term “probleem” sien as ’n gaping, verskil of ongelykheid tussen hoe dinge is en hoe iemand begeer dat dinge behoort te wees: *“he defines a problem as an undesirable situation that is significant to and may be solvable by some agent, although probably with some difficulty”* (Smith, 1988, 1989; Weick, 1995: 90).

Volgens Smith (1988, 1989) dui ’n probleem op ’n disharmoniese verhouding tussen die werklikheid en ’n persoon se eie voorkeure; dit is ’n verhoudingsaangeleentheid en het volgens Smith (1988, 1989) daarom nie ’n fisiese bestaan nie. Volgens Weick (1995) is die term “probleem” ’n abstraksie geneem uit die wêreld van die waarneembare en daarom is dit ’n versinning wat aandag toeken. As probleme konseptuele entiteite is, behoort hulle op kognitiewe wyse en veral deur reflekerende denke benader te word. Om iets vreemds of ongewens te etiketteer as ’n probleem impliseer dat dit iets is wat opgelos moet word: *“Once something is labelled that is when the problem starts”* (Smith, 1988, 1989; Weick, 1995: 89-90). Daar is verskillende soorte probleme wat verreken moet word en tot inligtingsoeke aanleiding kan gee. Dit wil sê ’n probleem word gesien uit die oogpunt van die eindgebruiker se siening van die werklikheid. ’n Probleem word kognitief geformuleer, wat abstrak van aard is. ’n Probleem behoort oor nagedink te word en word gekenmerk as ’n probleem omdat dit iets vreemds en ongewens voorstel.

Die blote teenwoordigheid van ’n verskil, diskrepansie of teenstrydigheid is nie genoegsaam om ’n proses van singewing te begin nie - die probleem moet eers ervaar en erken word. Mense is veral bereid om gemoed te raak met ’n proses van singewing wanneer hulle te staan kom voor dubbelsinnighede, uiteenlopende standpunte en menings en onsekerheid. Dubbelsinnighede en uiteenlopende standpunte lei tot verwarring. Onsekerheid ontstaan veral wanneer mense nie voldoende kennis het van verskillende vertolkings van ’n saak nie (Weick, 1995:91). Weer eens kan hierdie redes vir inligtingsoeke ook na inligtingbehoefte terug gevoer word.

3.2.4 Inligtinggedrag

Volgens Courtright (2007) dui inligtinggedrag as fenomeen op die aktiewe aard van inligtingsoeke deur die akteur. Sy wys verder daarop dat in die korpus van literatuurstudies oor inligtingbehoefte die volgende terme dikwels afwisselend gebruik word: inligtinggedrag, inligtingpraktyk, inligtingaktiwiteit, inligtingsoekgedrag en inligtingsoeke (Courtright, 2007: 275, 294).

Case (2007) handhaaf 'n breë interpretasie van inligtinggedrag waarvolgens dit die inligtingsoekproses en dus ook inligtingsoekgedrag insluit. Hy omskryf inligtinggedrag as 'n doelgerigte aktiwiteit om 'n doel of mikpunt te bereik, 'n probleem op te los en om sin te maak te midde van verwarring en onsekerheid. Hy wys ook daarop dat inligtinggedrag al hoe meer beskou word as 'n sambreëlterm wat 'n wye reeks inligtingverwante verskynsels dek. Dit sluit in gedragsoptredes wat in hoofsaak gemotiveer word deur die herkenning van ontbrekende inligting (Case, 2007: 80-81). Case se interpretasie sluit aan by Wilson (1999), wat inligtinggedrag verklaar in verhouding tot inligtingbronne en -kanale, aktiewe en passiewe inligtingsoeke en -gebruike. Die optrede wat manifesteer as deel van inligtinggedrag sluit in aangesig-tot-aangesigkommunikasie met ander mense, sowel as die passiewe ontvangs van inligting, byvoorbeeld deur 'n televisie-advertensie. In sy model van 1997 wys Wilson (1997) daarop dat die inligtinggedrag-aktiwiteit van 'n persoon (ook genoem 'n gebruiker) direk in verband staan met inligtingprosessering waardeur die inligting geëvalueer word volgens die effek wat dit op 'n behoefte het. Dit vorm deel van 'n terugvoerkringloop waar inligtingsoeke van vooraf kan begin, as die behoefte aan inligting wat aanvanklik ervaar is nie sinvol bevredig is nie. Onder inligtinggedrag sluit Wilson (1981, 1997, 1999) die volgende in: passiewe bewustheid, passiewe soeke, aktiewe soeke en voortgesette soeke. In 'n latere model (1999) fokus Wilson (1999) op probleemoplossing met onsekerheid as die hoofmotiveerder vir soeke na inligting. In hierdie probleemoplossingsmodel tipeer Wilson (1999) inligtinggedrag as doelgerigte gedrag om 'n teoretiese grondslag te vind om 'n probleem te hanteer en uiteindelik op te los. In die soekproses na inligting kom daar as gevolg van terugvoerkringlope ook 'n iteratiewe aard van inligtingsoeke na vore waar individue op soek is na die mees sinvolle wyse om 'n probleem te hanteer en/of onsekerheid genoegsaam te verminder. Volgens Wilson (1999) sluit inligtinggedrag 'n verstrengeling in van ondersoek, inligtingsoekgedrag (*"information seeking behaviour"*) en inligtingsoekegedrag (*"information searching behaviour"*) (Wilson, 1997; Wilson, 1999: 256-257, 263). Blootstelling aan die konstante vloeï van inligting, kennis en sieninge soos wat Giddens (2004: 378) daarna verwys, is hier ook van belang.

Volgens Barron en Byrne (1997) word aktiwiteite van inligtinggedrag ook geaktiveer deur die inherente neiging van mense om vanweë sosiale invloede aan te pas. Om byvoorbeeld die akkuraatheid van 'n eie politieke standpunt te beoordeel of watter haarstyl die beste pas, word die sieninge van ander gewoonlik oorweeg. Hier gaan dit om die integrering van beginsels soos om te wees soos ander, iewers te behoort of om op te tree volgens wat as verstandig beskou word. Waardes en geloofsoortuigings bepaal of iemand gedeeltelik of ten volle gaan aanpas of hervorm (Barron & Byrne 1997).

Volgens Johnson (2003, 2014) dui inligtinggedrag op 'n gemotiveerde en aksie-gedrewe soekproses om inligting in die eie omgewing te bekom. Inligting kan egter ook op passiewe wyse uit die geheue herwin word. Die behoefte om na inligting te soek, ontstaan wanneer onkunde en oningeligtheid duidelik na vore tree en 'n persoon oortuig is dat nuwe kennis 'n verskil aan die probleem of situasie kan maak. Volgens Johnson (2003) is daar ook antesedente faktore onderliggend aan die behoefte om vir inligting te soek. Die antesedente faktore [soos dit deel vorm van Johnson (2003) se model] is die faktore wat voorafgaan dit wil sê die faktore watdeel vorm van die agtergrondgeskiedenis in inligtingsoekgedrag. Die antesedente faktore motiveer die inligtinggebruiker om inligting te soek. Die faktore is demografiese faktore, ervaring, opvallendheid en geloofsoortuiging (Case, 2012: 151-152). Die wyse waarop inligting gesoek word, reflekteer die aard van die soekproses self en verteenwoordig ook die uitkomst wat nagestreef word (Case, 2007; Johnson, 2003, 2014).

Vir Lazarus (1992) wentel inligtinggedrag om die vind van 'n streshanteringstrategie vir 'n spesifieke situasie. 'n Hanteringstrategie dui op 'n kognitiewe proses wat probleem- en emosie-gefokus is (Wang, Yi, He, Chen, Li *et al.*, 2014). 'n Emosie-gefokusde benadering van vermyding en distansiering word by kognitiewe beoordeling as 'n hanteringstrategie gevolg wanneer daar byvooreeld weinig of niks aan 'n situasie of siektetoestand gedoen kan word nie (Lazarus, 1992). Aktiewe soeke na nuwe inligting ontbreek dan grotendeels. Indien 'n individu oortuig is dat 'n situasie beheer of hanteer kan word of dat 'n siektetoestand behandelbaar is, is daar dikwels 'n meer positiewe kognitiewe beoordeling van die situasie. Die probleemgerigte strategie fokus dan dikwels op die soek na sosiale ondersteuning en inligting om die beste hanteringstrategie te vind vir die situasie, lewenskwaliiteit te verbeter en voortgesette sosiale funksionering te ondersteun en te bevorder (Sammarco, 2001). In 'n planmatige, probleemoplossende benadering neem inligtinggedrag volgens Lazarus (1992) 'n aktiewe en doelgerigte karakter aan. In Savolainen (2005) se model wat op alledaagse inligtingsoeke fokus,

argumenteer hy dat inligtinggedrag sowel nie-doelgerig as doelgerig van aard is. Volgens hom word inligtinggedrag in die soekproses om inligting te bekom beïnvloed deur die individu se sosiale en kognitiewe bates, waardes, houdings en psigologiese oriëntasie teenoor die lewe, sowel as situasie-gebonde faktore soos beskikbare tyd en gesondheidstoestand op 'n gegewe tydstip. Kognitiewe bate is die bewustelike waarde wat 'n persoon bied met betrekking tot die ervaring en kennis met inligtingsoekgedrag. In die proses word 'n keuse uitgeoefen oor die tipe inligting en die metode om inligting te soek (Case, 2012: 149-150). Doelgerigte inligtinggedrag, volgens Savolainen (2005), is afgestem op "*the mastery of life*", dit wil sê, die beleving van daardie kortstondige oomblik wanneer gesê word: "*I know what I am doing*" (Case, 2007; Johnson, 2003; Lazarus, 1992; Savolainen, 2005).

Byström en Järvelin (1995) beskryf inligtinggedrag aan die hand van die hoofkenmerk van hulle model, naamlik die subjektiewe taakopdrag toegesê aan die individu. Volgens hulle speel die werkplek omgewing en persoonlike styl van inligtingsoeke 'n belangrike rol in die ontleding van inligtingbehoefte (Byström & Järvelin, 1995). Case (2007: 130) verwys ook hierna. Leckie, Given en Santa Barbara (2011) en Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se siening oor inligtinggedrag is net soos by Byström en Järvelin (1995) nou gekoppel aan die werksrol en werkspligte van die individu; dit dien as motiveerders in die soeke na inligting. Die argument is dat die inligtinggedrag van professionele persone soos geneeshere, regsgeleerdes en ingenieurs grootliks geaktiveer word deur die behoeftes van hulle kliënte (Byström & Järvelin, 1995; Case, 2007: 128-129; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996).

Die voorafgaande omskrywings en definisies van inligtinggedrag word in Tabel 3.3 reflekteer. Dit word gegee omdat hierdie studie fokus op inligtingsoekgedrag en die erkenning al dan nie van inligtingbehoefte, wat beide binne inligtinggedrag val.



Skrywer	Aard van inligtinggedrag	Uitkoms
Baron & Byrne (1997)	Inligtinggedragaktiwiteit word geaktiveer deur neiging om onder sosiale invloed aan te pas	Volledige of gedeeltelike aanpassing afhangende van waardes en geloofsoortuigings
Byström (1997), Byström & Järvelin (1995)	Fokus op subjektiewe taakopdrag: doelwitgerig Persoonlike styl van inligtingsoeke en individuele voorkeur Werkplek omgewing: situasie-gebonde	Uitvoering van taakopdrag Probleemoplossend gerig in die werkplek/werksomgewing
Case (2007)	Inligtinggedrag is 'n doelgerigte proses Die motiveerder vir inligtinggedrag is inligting wat ontbreek	Probleemoplossend Singewing te midde van onsekerheid en verwarring
Courtright (2007)	Aktiewe proses Inligtingsoeke en hulpbronne is aparte fenomene	Inligting is nodig en word verkry na gelang van 'n behoefte van 'n inligtinggebruiker Hulpbronne word genader nadat inligtingbehoefte(s) bepaal is
Johnson (2003, 2014)	Gemotiveerd Aksie-gedrewe of passief Dryfvere: antesedente faktore, oningeligtheid, onkunde, geloofsoortuiging	Wyse van soek na inligting bepaal uitkoms Die mate van verskil wat die inligting aan die probleem of situasie maak
Lazarus (1992)	Hanteringstrategie: vermyding of planmatig Emosie-gerig, kognitief en sosiaal gefokus	Probleemoplossend: kognitiewe herbeoordeling Gesikste hantering van situasie
Leckie, Pettigrew & Sylvain, (1996) Leckie, Given & Santa Barbara (2011)	Motiveerders vir die soek van inligting: werkplek en pligte van professionele individu Doelwitgerig Professionele behoefte aan inligting word grootliks bepaal deur behoeftes van pasiënte/klieënte Professionele behoefte aan inligting is grootliks situasie-/konteksgebonde	Effektiewe uitvoering van professionele pligte Probleemoplossend in die werkplek/werkomgewing Vervulling van pasiënte/klieënte se inligtingbehoefte
Savolainen (2005) Savolainen (2014) Savolainen (2015)	Doelgerig of nie-doelgerig Sosiale of kognitiewe kapitaal word benut Houdings, waardes en psigologie vorm deel van die inligtinggedrag	Bemeestering van lewe (of lewens-eise)
Wilson (1999)	In verhouding tot inligtingbronne Aktief of passief Doelwitgerigte gedrag deur op effek op behoefte te fokus	Onsekerheid verminder Probleemoplossend: fokus op genoegsame bevrediging van inligtingbehoefte

Tabel 3.3: Omskrywings van inligtinggedrag

In die lig van die uiteensetting in Tabel 3.3 en die voorafgaande bespreking blyk dit gerade te wees om 'n omvattende definisie van inligtinggedrag vir hierdie studie te aanvaar gebaseer op die werk van Case (2007, 2012), Spink en James (2006) en Wilson (1999). Dit wil sê 'n paragraafverduideliking word gegee om aan te dui hoe al die aspekte van inligtinggedrag wat in die voorafgaande paragrawe en in Tabel 3.3 genoem word, in mekaar pas. Hierdie omvattende definisie sluit aan by die definisie wat gegee word in 1.3.13, waar onder andere 'n aksie doelbewus geloods kan word om inligting te soek tydens inligtinggedrag:

Inligtinggedrag kan aksie-gedrewe of passief wees (doelbewus vermydend/passief [terloopse blootstelling]/doelwitgerig). Aksie-gedrewe of aktiewe inligtinggedrag sluit die inligtingsoekproses en inligtingsoekgedrag ("*information seeking behaviour*") in, wat dui op 'n bewuste poging om inligting te bekom in reaksie op 'n behoefte of gebrek aan kennis om 'n spesifieke doel of doelwit te bereik. Inligtinggedrag sluit verder in die totaliteit van menslike gedrag

met betrekking tot inligtingbronne en -kanale wat beide passiewe en aktiewe inligtingsoekgedrag en gebruik insluit. Inligtinggedrag kan ook verder beskryf word as die meer algemene veld van ondersoek waarby inligtingsoekgedrag ingenestel is en wat die verskillende metodes omvat wat mense aanwend om inligting te ontdek en om toegang te verkry tot inligtingbronne.

Inligtingsoekegedrag ("*information searching behaviour*") word gesitueer as 'n onderafdeling van inligtingsoekgedrag (in Afrikaans word nie onderskei soos in die Engelse terminologie nie - "*information seeking behaviour*") en fokus op die interaksie tussen die inligtinggebruiker, inligtingstelsels en inligtingbronne. 'n Hele spektrum van dryfvere het 'n aktiverende invloed op inligtinggedrag-aktiwiteite, soos byvoorbeeld antesedente faktore, inligtingbehoefte van rolspelers, professionele pligte, oningeligtheid (onsekerheid, die soeke na antwoorde op vrae), geloofingesteldheid, oortuigings, sosiale invloed, sosiale bate, emosionele ontsteltenis, kognitiewe bate en kognitiewe vermoë, die gegewe situasie en individuele voorkeure. Die gerigtheid van die inligtinggedragaktiwiteite stel 'n bepaalde uitkoms daar en kan as doelwitgerigte gedrag getipeer word met as fokuspunt die oplossing van 'n probleem, vermindering van onsekerheid, effektiewe uitvoering van professionele pligte, kognitiewe (her)beoordeling van gegewe situasie(s), ontwikkeling en toepassing van gepaste hanteringstrategieë en sosiale aanpassing. Passiewe inligtinggedrag hou verband met die ongemotiveerdheid om verdere inligting oor 'n spesifieke saak te soek, wat primêr gesetel is in die oortuigings of ingesteldheid dat die verdere bekom van inligting geen verskil aan die saak of situasie sal maak nie. Hiermee saam kandie term passiewe inligtinggedrag ook dui op die terloopse blootstelling aan inligting soos televisie-advertensies, sosiale gesprekke, toevallige raaklees van inligting en die daaglikse vloei van inligting (Case, 2007: 80-81; Case, 2012; Giddens, 2004: 378; Spink & James, 2006: 172; Wilson, 1999: 263).

In die voorafgaande paragrawe is omvattend gekyk na konsepte wat met inligtinggedrag verband hou. In die paragrawe wat volg, word gekyk na bevindinge oor inligtinggedrag en inligtingbehoefte in die kankerkonteks.

Daar is bevind dat kennisgebaseerde inligting in die kankerkonteks voorkom (Dyer, 2005; Lazarus, 1992). 'n Hele spektrum van dryfvere kom ter sprake met die aktivering van inligtingbehoefte in hierdie konteks. Dit kan insluit professionele en kognitiewe

beoordelvrae, onsekerheid, stres, vrees en angst. Bronne van inligting wat deur die geselekteerde rolspelers, naamlik onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesinslede benut kan word, wissel en sluit onder andere in vriende, kollegas, sosiale netwerke, tydskrifte, joernale, die internet en multimedia (Dyer, 2005; Lazarus, 1992).

Die inligtinggedrag of aktiwiteit in hierdie navorsingstudie in die kanker konteks sal aksie-gedrewe, intensioneel en probleemoplossend gefokus wees. Ook singewing en die vind van 'n geskikte stres hanteringstrategie om die stresbelaaide emosies te bestuur en passiewe inligtinggedrag met betrekking tot kommunikasie en die media sal onder die soeklik geplaas word in 'n kanker konteks. Inligting wat op passiewe wyse ontvang word, kan 'n positiewe of negatiewe uitwerking hê, afhangende van die aard daarvan en die gegewe kankersituasie (Johnson, 2003; Lazarus, 1992; Wilson, 1999).

Die vermyding van soeke na inligting deur 'n pasiënt of gesinslid kan plaasvind waar 'n verwerkingsproses nog aan die gang is en die pasiënt of die gesin nie gereed is om hul emosies daarvoor te verwoord nie (Cardenal, Ortiz-Tallo, Frias & Lozano, 2008; Johnson, 2003; Lazarus, 1992). Hiermee saam kan uit onkunde die erns van die siektetoestand nie begryp word nie of kan veral die pasiënt totaal uit voeling raak met hom- of haarself en die situasie waarin hy/sy hom/haar mag bevind (Johnson, 2003; Lazarus, 1992; Richardson, Addington-Hall, Amir, Foster, Stark *et al.*, 2011). Die ingesteldheid dat inligting dikwels onakkuraat is, kan die soeke na inligting onderdruk (Garssen, 2007; Johnson, 2003; Lazarus, 1992). Dit geld ook vir 'n relativistiese houding dat die vorming van kankerselle 'n genetiese basis het en daar derhalwe niks aan gedoen kan word nie, wat die soeke na inligting dus oorbodig maak (Johnson, 2003; Lazarus, 1992; Steck & Eggert, 2011). Beradende ingryping en die verskaffing van relevante inligting is dikwels in hierdie situasies nodig (Johnson, 2003; Lazarus, 1992).

In die lig van die sienings en bevindinge van Alberts (1993), Lazarus (1992) en Watson (2007) word eksplisiet aangevoer dat die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van kanker pasiënte onder meer die volgende kan insluit: Die behoefte (1) om die regte kognitiewe beoordeling te kan doen (Fleig, Kerschreiter, Schwarzer, Pomp & Lippke, 2014); (2) om na die mees geskikte stres hanteringstrategie te streef (Hébert *et al.*, 2012); (3) om kennis in te win wat onnodige vrees uit die weg kan ruim; (4) om die newe-effekte van die siekte en behandeling tesame met dieet- en voedingsprobleme wat daarmee geassosieer word, beter te kan hanteer; en (5) om die doel voor oë te hou om konkrete vrae te formuleer deur te fokus op sekere voeding of aanvullende vitamienes of kruie wat hulle siektetoestand kan verbeter of laat versleg (Leenders, Leufkens,

Siersema, Duijnhoven, Vrieling *et al.*, 2014). Uit die bevindings van studies deur Caro, Laviano en Pichard (2007), Cox *et al.* (2006), Dickerson (1981, 1984) en Guidry, Greisinger en Aday (1996) kan die volgende voedselinligtingbehoefte van kankerpatiënte bygevoeg word: (1) om die komplikasies van uittering en verhongering te verminder; (2) om vitamien- en mineraaltekorte asook die wanabsorpsie van voedingstowwe te verminder sodat voedselaanvullings nie die groei van kankerselle sal bevorder nie; en (3) om as pasiënte in staat te wees om deel te neem aan besluite oor hul dieet.

Die psigososiale faktore van die kankerpatiënt behoort inag geneem te word in beide die terapeutiese sorg en dieet- en voedingsaanbevelings, terwyl die nodige gegewens rakende ondersteuningsgroepe ook deurgegee behoort te word aan die kankerpatiënt en die gesin (Caro, Laviano & Pichard, 2007; Cox *et al.*, 2006; Dickerson, 1981, 1984; Guidry, Greisinger & Aday, 1996). In die volgende afdeling word in meer diepte ingegaan op navorsingsresultate relevant tot die studie.

3.3 IDENTIFISERING VAN DIE INLIGTINGBEHOEFTE EN -SOEKGEDRAG VAN DIE GESELEKTEERDE ROLSPELERS

Die onkoloog en die dieetkundige is belangrike rolspelers wat aan die pasiënt en gesin inligting voorsien. Die kankerpatiënt en die gesin is ook belangrike rolspelers en moet inligting ontvang om hulle gesondheidstoestand te verbeter. Spesifieke navorsingsbevindings gerig op dieetkundiges en onkoloë in die kanker konteks sal ontleed word om hieruit voorlopige afleidings te maak rakende hulle inligtingbehoefte en -gedrag. In die empiriese komponent sal die bevindinge getoets word om waar te neem of die stellings wel geldig is. Dit geld ook vir die ander geselekteerde rolspelers in die kanker konteks wat reeds voorheen genoem is. Die pasiënt self met sy/haar tipe siektetoestand, tipe mediese behandeling, verwysingsraamwerk en inligtingbehoefte kan ook as inligtingbron dien vir 'n onkoloog of dieetkundige. Daarsonder kan die konteks van die pasiënt en werklike behoeftes aan inligting nie behoorlik gepeil word nie. Kankerpatiënte, gesinslede, onkoloë en dieetkundiges se redes om inligting te verkry, mag wissel (Posma, Van Weert, Jansen & Bensing, 2009) en die proses om aan die pasiënt inligting te verskaf, is kompleks. Vervolgens sal studies oor die inligtingbehoefte van die geselekteerde rolspelers in die kanker konteks onder die loep geneem word. In die hieropvolgende afdelings kan egter nie slegs gekyk word na studies wat rapporteer oor inligtingbehoefte en -soekgedrag nie. Die konteks, take en verantwoordelikhede van rolspelers en kompleksiteit van die kankersituasie moet terselfdertyd inag geneem

word. In die volgende afdelings word dit vervleg met resultate uit navorsingstudies om sodoende die onderbou te voorsien vir die empiriese navorsing vir hierdie studie.

3.3.1 Onkoloog en geneesheer

Dieetkundiges en onkoloë werk saam aan die behandelingsstrategie van 'n kankerpatiënt. Hul werk binne 'n bepaalde konteks. Verwagtinge word aan hul gestel, wat weer hul behoeftes aan inligting en inligtingsoekgedrag beïnvloed, maar ook hoe hul die pasiënt en gesinslede se inligtingbehoefte en -soekgedrag ondersteun. 'n Onkoloog word gesien as iemand wat 'n belangrike rol speel in die voorsiening van kankermedikasie, asook medikasie wat die voedselinnameprobleme van kanker kan minimaliseer. Dieetkundiges kan ook insette lewer oor hoe om met dieet- en voedselinname probleme wat kankermedikasie en -behandeling veroorsaak, te minimaliseer. Die mediese advies is dat dit belangrik is om vloeistowwe in te neem ofskoon eetprobleme ervaar mag word. Sommige pasiënte moet buisvoeding ontvang vanweë onvermoë om te eet. Sommige kankerpatiënte moet met die hulp van 'n dieetkundige die tipe buisvoeding ontvang wat by hulle voedingsbehoefte pas, soos die korrekte vloeistofinname. Ander pasiënte het sukses met aanvullende en alternatiewe homeopatiese terapie (Choi *et al.*, 2015; McGrath, 2002: 98).

Navorsing het getoon spesialiste behoort die mees menslike en omgee-kontak te openbaar. Inligting alleen is nie genoeg vir voldoende kommunikasie nie (Posma *et al.*, 2009: 1). Tweerigtingkommunikasie wat die kulturele kennis van die pasiënt inag neem, behoort plaas te vind. Geneeshere wat in die Westerse dogma opgelei is, berus hul kennis op wetenskaplike waarheid, in teenstelling met die pasiënt se geloofsoortuigings en bygelowe in sommige gevalle. Verskillende persepsies van die betekenis van die siekte veroorsaak spanning. Dit is nie die geneesheer se rol om die geloofsisteam van die pasiënt te verander nie; hy/sy moet op 'n eerlike wyse kanker bespreek en verduidelik in die mees basiese formaat gepas vir die pasiënt. Wanneer konsepte vir die pasiënt onbekend is, moet inligting met vaardigheid en taktvolheid verstaanbaar gemaak word. Persoonlike kontak en voldoende tyd is nodig om 'n goeie terapeutiese verhouding te handhaaf. In hierdie terapeutiese verhouding is dit van kardinale belang dat die onkoloog (en ook ander geneeshere) opgelei word in die oordrag van akkurate inligting aan pasiënte (Bezwoda, Colvin & Lohoka, 1997: 130-131; Pham, Bauer & Balan, 2014).

Buiten kennis van die algemene mediese veld, is kennis van dieet en voeding nodig (Alberts, 1993; Key *et al.*, 2004). Daar is afdoende bewys dat 'n mens in onkologie moet

kennis neem van die waarde van dieet, wat kan bydra tot die effektiewe behandeling van kanker. Dieet, tesame met die geloof dat dit lewenskwaliteit kan verbeter, help 'n pasiënt met kanker om stresvlakke te hanteer. Hiermee saam het spiritualiteit ook 'n rol te speel. Kankerpatiënte se spiritualiteit gerig op die metafisiese waarde in die sin dat die eindigheid sinvol omhels word, 'n nuwe perspektief intree en 'n lewenstyl geprioritiseer word waarin alledaagse lewensvreugdes waardeer word (Weitsz, 1996: 9, 20-21, 29). So 'n minder selfgerigte ingesteldheid ondersteun die uitwerking van 'n dieetplan by kankerpatiënte. Alberts (1993) wys op die volgende: *“having a strong and meaningful relationship with your Creator may prove to be invaluable during this particular period of your life.”* Ook elders skryf hy as onkoloog: *“in the end God remains the patient’s only refuge. The hope which He provides is available continuously, even at this moment”* (Alberts, 1993: 27, 39, 220). Hoop inspireer die pasiënt om elke dag as 'n geskenk te beleef. Hoop gee uitsig op die lewe met die moontlikheid van 'n beter alternatief: ander behandelingsmoontlikhede met 'n aangepaste dieetplan en waagmoed om dit aan te gryp. 'n Spiritualiteit van hoop leef met volgehoue bewussyn gerig op 'n Ander Werklikheid, die Finale Werklikheid (= God), wat die mens se verstand te bowe gaan. In hierdie spirituele Finale Werklikheid ontspring die hoop van 'n gewaarborgde lewe wat “nie deur kanker verteer kan word nie”, wat daartoe kan bydra dat elke dag se lewe opnuut sinvol raak (Louw, 1983: 75) en sinvol ingekleur kan word danksy 'n hulpmiddel soos 'n dieetplan. Onkoloë en ander geneeshere kan begrip hiervoor hê. Om sinvolle take te kan uitvoer, het 'n kankerpatiënt 'n geskikte dieetplan as energie-genererende bron nodig om optimaal te kan funksioneer met die nodige voedingstowwe en vesel (Guren, Tobiassen, Trygg, Drevon & Dueland, 2006). Ook in meer onlangse literatuur figureer kanker, hoop en spiritualiteit sterk (Rezaie Shahsavarloo, Lotfi, Taghadosi, Mousavi Yousefi *et al.*, 2015; Yeganeh, 2013).

Bykomend tot die bespreking in Hoofstuk 2, is daar ook ander navorsing waarvan kennis geneem moet word. Johnson en Telljohann (1995) beweer dat daar genoeg bewyse bestaan dat spesifieke dieetkundige komponente die risiko van sommige kankers kan beïnvloed. Hulle verwys na navorsing wat die etiologie van omtrent 50% van alle kankersoorte verbind met dieetverbandhoudende faktore. Dit sluit die studies van Leis (1991) en Weinhouse (1986) in, asook dié van die Nasionale Navorsingsraad (1982) en die van Boring, Squiers, Tong en Montgomery (1994). In hulle eie navorsing het Filomeno, Bosetti, Garavello, Levi en Galeone *et al.* (2014) en Johnson en Telljohann (1995) gefokus op die oortuigings van geneeshere rakende die rol van dieet en kanker, sowel as om te bepaal hoe dikwels geneeshere die dieetrisiko's vir pasiënte vasstel en in watter mate hulle voorkomende praktyke aanwend om die risiko van kanker te

verminder. Hulle studie het bestaan uit 'n nasionale ewekansige steekproef van 486 geneeshere behorende tot die *American Academy of Family Physicians* (AAFP). Hiervan het 237 (49%) aan die studie deelgeneem. Die demografiese kenmerke van die respondente was in ooreenstemming met hulle AAFP-lidmaatskap. Van die geneeshere wat aan die ondersoek deelgeneem het, was 35% van mening dat dieet belangrik is in die ontwikkeling van kanker, terwyl 31% terugvoering gegee het dat hulle dieetveranderinge aan hulle pasiënte voorgestel het om die risiko van kanker te verminder. Slegs 21% het bevind dat die pasiënte wat voedingberading ontvang het, tevrede was met die professionele aard daarvan. Die meeste respondente het saamgestem met die riglyne van die *American Cancer Society*, die Nasionale Kankerinstituut en algemene sjiurgiese dieetskundige aanbevelings om die risiko van kanker te verminder. Die vlak van konsensus oor die breë algemene aanbevelings was hoër as oor spesifieke dieetaanbevelings wat 'n definitiewe vlak van voedselinname aangedui het (Boring, Squiers, Tong & Montgomery, 1994; Brown, Ross, Jones, Hughes & Banks, 2014; Johnson & Telljohann, 1995: 197; Leis, 1991; Nasionale Navorsingsraad, 1982; Thomson *et al.*, 2014; Weinhouse, 1986).

Saam met voeding en dieet kan kanker se genesingskoers tot selfs 60-80% verhoog word as dit in 'n vroeë stadium gediagnoseer word. In sommige gevalle kan die genesingskoers selfs 100% wees. Selfs in die terminale fase kan die pasiënt steeds bemoedig word deur die ondersteuning van die geneesheer, asook organisasies en persone, wat natuurlik die gesin insluit. Hedendaagse kankerterapie maak dit alles moontlik. Uiteindelik bly God en die hoop op uitkoms deur God die pasiënt se enigste toevlug (Alberts, 1993: 220).

Volgens Alberts (1993), Bezwoda, Colvin en Lohoka (1997), Johnson en Telljohann (1995), kan die volgende inligtingbehoefte by onkoloë en ander geneeshere bestaan: (1) doeltreffende en taktvolle kommunikasie om inligting rakende die siektetoestand, behandeling en voeding aan pasiënte oor te dra; (2) die nodige agtergrond rakende die kultuur en spesifiek geloofsoortuigings van pasiënte met betrekking tot die siekte, die behandeling daarvan en voedingsinname; (3) professionele etiese gedragskodes om die waarheid met pasiënte te deel, maar sonder om valse optimisme te skep en hoop te verpletter; (4) metodes om nie die pasiënte en hulle gesinslede se emosionele belewenisse te ignoreer of vroeë onbeantwoord te laat nie; (5) deurlopende genoegsame kennis van kankergenetika en die waarde van voeding; (6) bewustheid van relevante psigososiale/terapeutiese groepe waarheen pasiënte en gesinslede verwys kan word; en (7) wetenskaplik gebaseerde statistiese data rakende die effektiwiteit van

kankerbehandeling, asook bevindinge rakende fluktuierende angsvlakke van pasiënte tydens die behandelingsproses (Alberts, 1993; Bezwoda, Colvin & Lohoka, 1997; Johnson & Telljohann, 1995).

3.3.2 Dieetkundige

Die inligtingbehoefte van dieetkundiges hou verband met die bevordering van inligtinggedrag, inligting oor effektiewe kommunikasie en beperkte verwysing van pasiënte deur geneeshere. Pasiënte het relevante inligting oor dieet nodig, maar die wyse van kommunikasie tussen die dieetkundige en pasiënt speel 'n belangrike rol:

“As healthcare providers, we are often asked to be the agent of change with our patients, students and colleagues. Our role is often to help people make necessary health behaviour changes by instructing them in the whys and hows of making them. We may have been trained to believe that if we simply teach our patients what they need to do to change and do it effectively enough, they will change. An alternative to this top-down approach is motivational interviewing” (Glovsky & Rose, 2007: 50).

Om die pasiënt te motiveer om by die voorgeskrewe dieet en voeding te hou, is empatie en 'n nie-konfronterende styl nodig. Tydens die kommunikasieproses is die luistervermoë van die dieetkundige belangrik om die spesifieke verwysingsraamwerk, konteks en kultuur van die pasiënt te verstaan. Deur 'n pasiënt se idees en houding waar te neem, kan relevante dieetinligting op nie-konfronterende wyse oorgedra word (Glovsky & Rose, 2007).

Tydens 'n onderhoud tussen die pasiënt en dieetkundige moet relevante inligting oor die pasiënt ingesamel word. Elke pasiënt het 'n unieke verwysingsraamwerk, dieetinligtingbehoefte, dieetdoelwitte, huidige dieet en fisiese aktiwiteitsvlakke (Beshgetoor & Wade, 2007: 101). Dieetkundiges het relevante inligting nodig oor die voedingstatus, dieetnameveranderinge en gewigsverlies van 'n pas gediagnoseerde kankerpatiënt, 'n kankerpatiënt tydens behandeling en 'n kankerpatiënt wat in remissie is. Gesonde voedingsingryping kan net geskied as die dieetkundige kennis dra van die pasiënt se smaak en reukpersepsieveranderinge, wat weer verband kan hou met verlaagde nutriëntinname, asook ander redes wat voedselinname kan verhoed, soos die onvermoë om te sluk en voedsel in te hou as gevolg van naarheid.

'n Pasiënt se ouderdom, geslag, kultuur en sosio-ekonomiese status kan 'n bepalende faktor wees vir die aanbevole tipe dieet. Individue het 'n dieetplan nodig wat vir hulle aanvaarbaar is binne hulle verwysingsraamwerk, maar tog gesond is. Dit noodsaak die dieetkundige om resente inligting oor resepte en produkte te bekom wat vir die pasiënt bekostigbaar en aanneemlik sal wees om die volhoubaarheid van die dieet te verseker (Beshgetoor & Wade, 2007; Paisley, Brown & Greenberg, 2008: 59-64). Pasiënte mag inligtingbehoefte hê oor 'n produk waarvan hulle bewus geword het deur die media of vriende, oor fyner detail of navorsing oor spesifieke voedingstowwe in voedsel. Die inligtingbehoefte van die pasiënt noodsaak die dieetkundige om resente en relevante inligting te bekom oor die nuutste inligting oor die spesifieke onderwerp en produk sodat die beste ondersteuning moontlik aan die pasiënt verskaf kan word (Paisley, Brown & Greenberg, 2008: 59-64; Van Dillen, Hiddink, Koelen, De Graaf & Van Woerkum, 2003: 1065S-1072S).

Indien pasiënte 'n afkeur het aan sekere tipes kossoorte, as gevolg van smaak of 'n allergie, behoort die dieetkundige resente en relevante inligting te bekom oor alternatiewe voedselopsies (Van Dillen *et al.*, 2003).

Elke siektetoestand vereis 'n ander tipe dieetplan en -riglyne. Soms is daar pasiënte met onbekende nuwe siektetoestande waarvan die dieetkundige nog nie gehoor het nie en dus ontstaan die behoefte aan die jongste inligting oor die spesifieke siektetoestand (Khanna, Kumar & Khanna, 2014). Verder mag 'n pasiënt dalk 'n kombinasie van twee verskillende siektes hê, wat 'n komplekse dieet vereis. Resente relevante navorsingsartikels mag help om die dieet wat aan die pasiënt se vereistes voldoen, voor te skryf (Dyer, 2005).

Mediese behandeling vir kanker veroorsaak dikwels nuwe-effekte soos naarheid, diarree en 'n droë mond. Dieet-aanpassings kan help om die nuwe-effekte van die mediese behandeling te verlig. Die dieetkundige behoort die mees relevante en resente inligting hieroor te kry (Dyer, 2005). Wanvoeding in kankerpatiënte mag die resultaat wees van verlaagde kalorie- en proteïen-inname as gevolg van chemoterapie, radioterapie, sjiirurgie of die kanker self. Naarheid, vomering, diarree, anoreksie (eetlusverlies), disfagie, verminderde kouvermoë, vroeë versadiging, 'n droë mond, smaakafwykings en voedselintoleransies mag voorkom. Dieetkundiges is uniek gekwalifiseer om voedingsingryping te verskaf aan kankerpatiënte in die vorm van dieetinstruksies, voedingaanvullings of intensiewe voedingsondersteuning in oorleg met die

kankerpatiënte se dieet- en voedingsbehoefte (Ireton-Jones, Garritson & Kitchens, 1995: 42).

Die mees voor die hand liggende wyse om die voedingstatus van kankerpatiënte te bepaal is liggaamsgewig en dieetinnameveranderinge. Gewigsverlies gaan gepaard met verlies van liggaamsvet en 'n lae liggaamsmassa, wat geassosieer word met kankerkageksie. Onvoldoende voedingstofinname speel ook 'n rol. Voedingstofinname kan verlaag word as gevolg van smaak- en reukpersepsieveranderinge. Ander redes kan ook wees disfagie, pynvolle slukvermoë en obstruksie in die gastro-intestinale kanale. Verlaagde voedingstofabsorpsie kan ook 'n rol speel in die verlaging van die voedingstatus. Gereelde ingryping deur 'n dieetkundige kan die gevolge van wanvoeding herstel en beklemtoon die behoefte aan intensiewe voedingsondersteuning. Patiënte wat beter voeding ontvang, is fisies beter voorbereid om stresvolle onkologiese behandeling te hanteer wat energie-proteïenvoorrade uitput. Meer gebalanseerde en gesonde voeding kan ook die immuunstelsel van die pasiënt versterk. Die dieetkundige poog om die kankerpatiënt bewus te maak van kennis oor voeding, voedsel en voedselvoorbereiding. Die dieetkundige speel ook 'n rol om die pasiënt se positiewe houding teenoor voedsel te verbeter. Patiënte kan 'n aktiewe rol speel in hul eie behandeling deur voorstelle te maak oor dieetveranderinge. Dus word die voedingstatus verbeter deur die dieetkundige en dit verbeter die pasiënt se reaksie op die chemo- of radioterapie. Inligting oor hoe om die immuunstelsel te versterk, is ook nodig (Ireton-Jones, Garritson & Kitchens, 1995).

Dieetkundiges, veral in privaatpraktyk, is afhanklik van verwysings van pasiënte deur geneeshere. Daar is pasiënte wat die advies van die geneesheer verkies, terwyl daar ook geneeshere is wat verkies om self die nodige voedingsinligting te verskaf (Adams, Lindell, Kohlmeier, Zeisel, 2006; Deng, Rausch, Jones, Gulati, Kumar *et al.*, 2013). Dit noodsaak die dieetkundige om inligting te bekom oor bemarkingstrategieë en die kontakbesonderhede van geneeshere in die omgewing, sodat tydens besoeke die nutste voedingsterapeutiese ingrypingsmoontlikhede of sorg aan kankerpatiënte gekommunikeer kan word (Van Dillen *et al.*, 2003).

Twee studies wat spesifiek oor dieetkundiges en hul inligtingbehoefte en -soekgedrag rapporteer, word vervolgens uitgelig. Die studies is in 2006 gekies vanweë hul relevantheid ten opsigte van dieetkundiges, dieet en voeding in die kankerkonteks. Met die aanvang van hierdie studie in 2006 kon min relevante inligtingbronne oor die onderwerp gevind word. Die studie van Merlino en Price (1992) fokus spesifiek op

dieetkundiges en kanker, terwyl McGrath (2002) fokus op dieet en voeding as terapie vir kanker. Daar het sedertdien ook min bygekom.

(1) Studie van Merlino en Price (1992)

Volgens Merlino en Price (1992) glo dieetkundiges sterk dat navorsing die feit ondersteun dat volgraanprodukte, vrugte, groente en vesel die risiko van kanker verlaag, maar dat daar min bewyse is dat 'n dieetaanvulling benut moet word (Merlino & Price, 1992: 117-118).

Merlino en Price (1992) wou die volgende bepaal: (1) wat geregistreerde dieetkundiges glo oor gesondheidsbevordering, die rol van voeding in kankervoorkoming en die effektiwiteit van geselekteerde aanbevole voedingspraktyke in die verlaging van die risiko van kanker; (2) die verband tussen dieetkundiges se siening oor die effektiwiteit van aanbevole voedingspraktyke vir die verlaging van die risiko van kanker en hulle gerapporteerde toepassing van hierdie aanbevelings; en (3) watter faktore die variansie van dieetkundiges se voedingsaanbevelings beïnvloed. Hulle het 'n ewekansige steekproef van 650 dieetkundiges wat aktiewe status behou het met die ADA "Commission on Dietetic Registration" gebruik (Merlino & Price, 1992: 118).

Dieetkundiges se reaksie het 'n sterk voorkomende gesondheidsoriëntasie getoon, maar het nie gerapporteer of hulle altyd die basiese vier voedselgroepe in hul diëte insluit nie. Dieetkundiges beskou hulself as 'n lae risiko vir kanker omdat hulle die basiese dieetriglyne ken om 'n gesonde lewenswyse te handhaaf. Hulle is van mening dat hedendaagse navorsing minder klem lê op die verlaagde inname van vet, gerookte soutprodukte en alkohol. Hierbenewens is die handhawing van normale gewig nie noodwendig 'n voorvereiste om kanker te beveg nie (Merlino & Price, 1992).

(2) Studie van McGrath (2002)

Volgens McGrath (2002) is daar kliniese literatuur wat aandui dat voedingsprobleme soos anoreksie en gewigsverlies twee algemene en ernstige komplikasies is van kanker en die behandeling daarvan. Studies toon inderdaad aan dat kankerbehandeling-wanvoeding tot 20% van pasiënte se mortaliteit lei. Uit literatuur word dit al hoe meer duidelik dat daar belangrike struikelblokke is in die bystaan van pasiënte met voedingsprobleme in die onkologiese opset. Min dieetkundiges spesialiseer in die veld van onkologie en die inligtingbronne tot hul beskikking word uitgebrei wanneer hulle

kankerpatiënte moet adviseer om inligting te bekom. McGrath (2002) wys daarop dat bewys is dat voedingsaspekte die beste hanteer word deur dieetkundiges, ongeag die feit dat vir optimale bystand die kankerpatiënt van die hele gesondheidsplan voedingsinligting kan ontvang. Beskikbare literatuur dui aan dat daar bekommernis bestaan oor die vermoë om telkens geskikte aanbevelings te gee oor die voedingsprobleme wat deur kankerpatiënte ervaar word (McGrath, 2002: 94).

In die studie van McGrath (2002) is 'n oopvraag-metodologie gebruik vir beide studiegroepe. In die eerste studie was daar 22 deelnemers wat 'n hoë dosis chemoterapie ontvang het. Die diagnostiese kategorieë het *Hodgkin se siekte*, *non-Hodgkin-limfoom*, *veelvuldige myelome* ('n myeloom ontwikkel op verskillende plekke op dieselfde tyd), *akute (kortstondige) limfblastiese leukemie* en *amiloïdose* (proteïene abnormaal versprei in organe) ingesluit. Die 10 deelnemers aan die tweede studie het 'n diagnose van hematologiese kanker ontvang. Voedingsprobleme wat ervaar is, was verandering in smaak, smaakpersepsie- en vloeistofinnameprobleme. Patiënte het getoon dat daar in die hospitaal min aandag gegee is aan hul ongemak geassosieer met voedselinname. Voedsel in die hospitaal het ook nie aan die voedselvoorkeure van die pasiënte voldoen nie. Hul gesinne moes die voedsel wat verkies is, self na die hospitaal bring. Die feit dat die pasiënte nie wou eet nie, het frustrasie ontlok by die gesinslede, wat gelei het tot woede. Albei groepe het bevestig dat 'n dieetkundige nodig is om die geskikste voorstelle te maak oor wat geëet kan word en om drinkbare vloeistof te voorsien as die pasiënte nie kon eet nie, asook om die pasiënte te help om al hoe meer vaste voedsel in te neem. Sommige het beklemtoon dat dieetkundiges die bekostigbaarheid van voedsel meer inag moet neem in die voorskryf van 'n dieet. Dieetkundiges het ook nie altyd die pasiënte se voedselvoorkeure verreken met die voorskryf van 'n dieet nie. Daar was ook kritiek op dieetkundiges wat op onbetaamlike wyse druk op pasiënte uitgeoefen het om te eet (McGrath, 2002).

Dieetkundiges en onkoloë werk saam aan die behandelingstrategie van 'n kankerpatiënt. Uit die artikels deur McGrath (2002) en Merlino en Price (1992), sowel as ander sieninge en standpunte rakende die dieetkundige wat in die voorafgaande afdelings genoem is, kan die volgende afgelei word met betrekking tot die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van dieetkundiges: (1) Dit hou nou verband met die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van pasiënte om sinvolle professionele advies te kan verskaf en om toepaslike voedselinname deur kankerpatiënte te bewerkstellig; (2) Dit hou verband met voedselvoorkeure vanweë kulturele faktore en geloofsoortuigings; (3) Dit hou verband met die bekostigbaarheidsvlak van die diëte wat voorgeskryf word; (4) Die

inligtingbehoefte en die vervulling daarvan kan dieetkundiges bemagtig om die komplekse aard van dieetriglyne met kankerpatiënte verstaanbaar, taktvol en deursigtig te kommunikeer met inagneming van die pasiënt se verwysingsraamwerk, inligtingbehoefte, dieetvoorkeure, die siektetoestand, nuwe-effekte wat ervaar word asook die huidige voedingstatus van die betrokke kankerpatiënt; (5) Resente wetenskaplike inligting rakende die risiko's van kanker moet deurgaans nagegaan word om die mees verantwoordbare inligting in dié verband te kan verskaf; (6) Dieetkundiges het relevante dieet- en voedingsinligting nodig vanweë pasiënte wat ook alternatiewe homeopatiese advies volg; en (7) Dieetkundiges het inligting oor etiese gedragskodes nodig, sowel as ooreenstemmende kommunikasievaardighede in die proses om pasiënte te ooreenstem om geskikte voedsel ter ondersteuning van terapeutiese sorg in te neem (McGrath, 2002; Merlino & Price, 1992). Dit word ook deur meer resente studies bevestig (Dix, 2014; Granger, Pilkington, Draper & Polley, 2014: 613-614; Oh, Jun, Park, Park, Lim *et al.*, 2014).

3.3.3 Pasiënt

Volgens Lazarus (1992) het 'n individu met 'n ernstige siektetoestand soos kanker feitlike inligting nodig om op kognitiewe vlak besluite te neem. Die inligting wat die pasiënt ontvang, is ook belangrik om die geskikste streshanteringstrategie in 'n konkrete situasie te kan kies, lewenskwaliteit te verbeter en om sosiale funksionering te bevorder. Stresbelaaide emosies wissel na gelang van die verbetering van die siektetoestand al dan nie (Lazarus, 1992: 18-20).

Die waarde van kennisgebaseerde inligting vir pasiënte in 'n kanker konteks word eweneens onderskryf deur Alberts (1993): *"In the 15 years in which I have been treating cancer patients, I have come to notice that ignorance, rather than knowledge, instills fear of this disease"*. Die inligtingbehoefte en -gedrag van kankerpatiënte is op verskillende wyses ondersoek (Alberts, 1993: voorwoord; D'Souza, Blouin, Zeitouni, Muller & Allison, 2013; Richardson *et al.*, 2011; Smith, Raine, Obichere, Wolf, Wardle *et al.*, 2014). Dyer (2005: 5-6) lig die dieet- en voedingsvrae van kankerpatiënte uit: (1) Watter stappe moet geneem word as 'n persoon pas gediagnoseer is met kanker? (2) Voed suiker tumore? (3) Kan kruie inbreuk maak op chemoterapeutiese medisyne? (4) Is dit beter om kaffeïenvrye groentee te drink? (5) Wat kan gedoen word om die moegheid te verlig wat intree na kankerterapie? (6) Wat is die siening oor die gebruik van aanvullende anti-oksidente gedurende chemo- en radioterapie? (7) Mag daar soms van die voorgeskrewe dieet afgewyk word?

Daar kan onderskei word tussen waarnemings deur onkoloë, dieetkundiges en ander gesondheidswerkers in die kankerkonteks en empiriese ondersoeke. Watson (2007) het 'n studie gedoen met vier pasiënte ouer as 18 wat kankerbehandeling deur radioterapie ontvang het vanaf November 2006 tot Februarie 2007. Die vier respondente het radioterapie in die kop- of nek-area ontvang, asook orale, maar nie enterale voeding nie. 'n Vraelys is ontwerp deur 'n geregistreerde dieetkundige om die voordele van voeding tydens radioterapie te bepaal en te bepaal of hulle tevrede was met inligting wat verskaf is. Vrae is gebaseer op vraelyste wat in vorige studies gebruik is, asook die insette van die personeel by die sentrum. 'n Likertskaal is gebruik om die pasiënte se tevredenheid te meet, met een as die minste tevrede teenoor vyf as die mees tevrede. Ouderdom, geslag en hoogste vlak van opleiding voltooi is gevra om die streekproef demografies te beskryf. Pasiënte wat by die studie betrek is, se voedingstatus is deur 'n registreerde dieetkundige bepaal (Watson, 2007: 19, 27-30). Sy het bevind dat voeding 'n belangrike komponent is wanneer enige siekte of siektetoestand behandel word. Individue met kanker het nie noodwendig meer kalorieë of proteïene nodig nie, maar stappe moet gedoen word om te verseker dat optimale voeding ingeneem word om gewig te handhaaf. Die gesondheidsorg wat die pasiënte in Watson (2007) se ondersoekgroep ontvang het, tesame met voedingsberading, het gehelp om gewigsverlies te vertraag. Net een respondent het bevestig dat die voedingsberading wat sy ontvang het, gehelp het om haar energievlakke te verhoog. Hier moet egter inag geneem word dat radioterapie as sodanig energievlakke kan verminder ongeag 'n gebalanseerde dieet en voldoende nutriënte-inname. Al die respondente het die geskrewe dieet- en voedingsinligtingmateriaal as nuttig beskou. Die voedingsberadende en geskrewe inligting wat pasiënte ontvang het, het hulle in staat gestel om die nuwe-effekte van die mediese behandeling beter te hanteer, terwyl lewenskwaliteit ook verbeter het. Sy het ook bevind dat die gesondheidsorg wat hulle ontvang het, professioneel en bevredigend was. Die voedingsberading het deurgaans ook die gesin ingesluit (Watson, 2007: 26, 39-40).

Kanker in die omgewing van die kop en die nek veroorsaak volgens Watson (2007) meer voedingsprobleme as ander kankersoorte vanweë die ligging van die kwaadaardigheid. Die twee mees algemene voedingsbepommernisse hier is wanvoeding en gewigsverlies. Wanvoeding verhoog die risiko van infeksie, nuwe-effekte by behandeling en gesondheidsorgonkoste. Dit lei ook tot 'n korter lewensverwagting en verlaagde lewenskwaliteit. Die uitwerking van 'n tumor of nuwe-effekte vanweë mediese behandeling kan wanvoeding in die hand werk en uiteindelik lei tot gewigsverlies. 'n Tumor bevorder gewigsverlies as gevolg van anoreksie, verandering in metabolisme,

diarree, vormering, obstruksie en onvoldoende absorbering van voedingstowwe in die liggaam (Watson, 2007: 6-7, 10).

Dickerson (1981) het in 'n veel vroeër simposiumvoordrag ook daarop gewys dat baie pasiënte met kanker tekens toon van gewigsverlies, asook die vermindering van liggaamsvet en spiermassa (Brown & Schmitz, 2015: 385-392). Dickerson (1981) het ook bevind dat 'n groot aantal pasiënte lae konsentrasies plasma-albumien toon, sowel as biochemiese aanduidings van vitamientekorte (Matsuda, Takeuchi, Kawakubo, Fukuda & Nakamura, 2015).

Volgens Cox *et al.* (2006) kan deelname aan besluitneming in die behandeling van die kankerpatiënt in hoë mate met inligting ondersteun word, maar die outonomie van die pasiënt hang sterk af van die duidelikheid, konsekwentheid en volledigheid van inligting wat verskaf word. Die oorgrote meerderheid pasiënte wil graag alle moontlike inligting oor die diagnose en behandeling van hul siektetoestand bekom. Daar is verskeie struikelblokke wat bepaal of pasiënte wil volhou met behandeling of nie. Struikelblokke wat gerapporteer is, sluit in: (1) kommunikasieprobleme tussen pasiënt en gesondheidsverskaffers; (2) 'n tekort aan inligting oor die nuwe-effekte van die behandeling; (3) die koste van die behandeling; (4) probleme met die verkryging en behoud van versekeringsdekking; (5) die afwesigheid van sosiale ondersteuningsnetwerke; (6) die geloofsoortuiging en houding van kankerpatiënte oor nuwe-effekte van behandeling, die hoopvolle uitkoms van die behandeling asook alternatiewe kankerbehandeling; en laastens (7) effektiewe pynbeheerstrategieë. Toegangstruikelblokke tot kankerbehandeling is dikwels groter onder ouer vroue, lede van minderheidsgroepe en pasiënte met 'n lae sosio-ekonomiese status (Cox *et al.*, 2006: 263-272). Inligting word nie op 'n roetine-basis verskaf oor navorsingstudies wat alreeds gedoen is oor die sukses van kankerbehandeling nie, of risiko's vir die gesin om ook kanker te kry. Verder word kankerpatiënte se psigososiale welstand nie genoegsaam verreken nie. Die studie deur Cox *et al.* (2006) beklemtoon dat kankerpatiënte van volledige en begripsmatige inligting voorsien moet word en dat hulle aangemoedig moet word om deel te neem aan die besluite oor hul behandeling en sorg (Cox, *et al.*, 2006; Guidry, Greisinger & Aday, 1996: 1393, 1397; James-Martin *et al.*, 2014; King, Balneaves, Levin, Nguyen, Nation *et al.*, 2015; Valero-Aguilera, Bermúdez-Tamayo, García-Gutiérrez, Jiménez-Pernett, Cózar-Olmo *et al.*, 2014).

Die algemene publiek moet nie net besluite neem oor watter korrekte voedsel ingeneem behoort te word nie, maar ervaar ook probleme om gesonde voedselinname te

implementeer. Individue word genoodsaak om moeilike lewenstylveranderinge te maak met inligting wat soms verwarrend, onvolledig of foutief is en aannames oor gesonde dieet weerspreek.

3.3.4 Gesinslede

Begrip van die term “gesin” moet rekening hou met die veelvormige gestaltes daarvan in die samelewing. Dit kan insluit monogamiese huwelike uitgebreide gesinne wat oupas, oumas, ooms, nefies en niggies insluit; enkelouerskap; poligamiese en poliandriese verhoudinge, asook homoseksuele en/of saamwoon-verbintenisse. Ook kulturele en godsdienstige waardes behoort deurentyd inag geneem te word. Die emosionele omgee-funksie van gesinwees tree na vore wanneer ’n persoon krisisse of lyding ervaar (Jordaan & Jordaan, 1990; Schaefer, 2001).

In die alledaagse lewe kan baie mense peil trek op die bystand van ’n sosiale netwerk van verhoudinge, naamlik gesinslede, vriende en kollegas. Volgens Alberts (1993) mag die gesin nie geïsoleer word van die behandelingsproses nie. Kanker as siektetoestand is ’n ingrypende gebeurtenis in ’n gesin se lewe. Soms moet die rolle van pa en ma selfs omruil. Die hele gesin voel ontwrig en bedreig. Volgens Alberts kan die stres verlig word deur te fokus op die behoefte van die oomblik - die behoefte van die pasiënt sowel as die gesinslede. Alberts (1993) beklemtoon ook die toepaslike voedingsinname om die terugkeer of ontwikkeling van ’n tweede kanker te voorkom. ’n Studie deur Guidry, Greisinger en Aday (1996) het bepaal dat die kankerpatiënte wat ondersteuning ontvang het van die gesin en vriende verligting van emosionele laste en stres ervaar het. Die beskikbaarheid van gesinsnetwerke het die stres van pasiënte verlaag omdat hulle bystand verkry het met daaglikse aktiwiteite en vervoer na behandeling (Alberts, 1993: 103-104; Guidry, Greisinger & Aday, 1996: 1396; Jeong, Heo & Tae, 2014).

Louw (1993) verwys na vyf sub-fases wat die gesin in die terminale fase of met besef van dood beleef: skok, ontkenning, onderhandeling, woede, neerslagtigheid en aanvaarding. Sterwingsangs oorheers die pasiënt se perspektief op lewe en sin. Die agterlaat van dierbares kan in die vorm van ’n afskeidskrisis beleef word. Intense hartseer tree na vore terwyl skuldgevoelens oor verspeelde kanse ontstaan. ’n Nuwe inligtingbehoefte kan ontstaan oor ’n perspektief van lewe wat oorwinnend met die besef van die dood kan omgaan (Louw, 1993: 438). Collins (2007) wys daarop dat openlike, eerlike en empatiese kommunikasie van ’n terminale diagnose baie doen om die pasiënt en gesin se vertroue te behou. ’n Persoon wat berading ontvang, kry die geleentheid om

uiting te gee aan sy/haar gevoelens. Roetine met die gesin is geneig om ontwrig te word deur die versorging van 'n terminaal siek pasiënt. Finansies kom onder druk en met tye is daar die stryd om die naderende dood onder oë te sien en te hanteer. Louw (1993) se siening is dat gesinne ook berading nodig het om die pasiënt te help om die siektetoestand met gepaardgaande stresvlakke op 'n meer doeltreffende manier te hanteer. Beradende inligting sluit ook dieet- en voedingsinligting in, wat soos Watson (2007) in haar studie bevind het, van groot waarde kan wees (Collins, 2007: 396-397; Louw, 1993; Watson, 2007: 11, 37).

In 'n kwalitatiewe studie geloods deur Andreassen *et al.* (2005) was die mikpunt om gesinslede se ervarings, inligtingbehoefte en -soeke te beskryf om hulle in staat te stel om saam met 'n pasiënt met slukdermkanker te leef. Data is ingesamel deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude met nege naby gesinslede: een broer, twee manlike en ses vroulike eggenote. Vyf van hierdie gesinslede was voltyds of deelyds werksaam, terwyl vier reeds afgetree het. Die nodige inligting om afsprake met die gesinslede te reël is van die pasiënte verkry. Al die onderhoude is begin deur middel van 'n oop vraag: *"Will you tell us a little about your experiences of your family member's illness?"* Hierdie vraag het die respondente die geleentheid gegee om vrylik te gesels oor hulle ervarings rakende inligtingbehoefte, sowel as hulle soeke na inligting. Die onderhoude van sowat 30 minute elk is almal op band geneem en getranskribeer. Beide induktiewe en deduktiewe inhoudsontledings is gedoen om die data te ontleed. Etiese oorwegings rakende die doel van die studie en vrywillige deelname is deurgaans gehandhaaf. Uit die ondersoek het geblyk dat gesinslede nie aanvanklik bewus was van die ernstige aard van die diagnose of die ontwrigtende invloed van die siektetoestand op die gesin nie. Waar dit wel ervaar is, het dit na vore gekom in uitlatings soos: *"We can't travel ... we can't live a normal life."* Waar saameet as 'n gesinsritueel geskied, het verlies van saamwees ingetree as iemand in die gesin nie oor die vermoë beskik om te kan sluk nie. Ook vir die gesinslede hou eet dan geen plesier meer in nie omdat die pasiënt nie meer behoorlik daaraan kan deelneem nie. Eetversteurings het ingrypende implikasies vir 'n gesin se sosiale lewe. In die tydsverloop net na die diagnose het die gesinslede in hul studie min pogings aangewend om relevante inligting te bekom. Hulle het interpersoonlike en massamedia-inligtingbronne benut om kennis te verkry van die hantering van die onsekerheid in verband met die siekte. Sommige van die gesinslede het glad nie aktief gesoek na inligting nie. Dit wil dus voorkom dat verwag is dat die professionele gesondheidsorg ook die kwaliteit van kankersorg moes verbeter. Alhoewel verbeterings in die kwaliteit van kankersorg merkbaar was in die studie, was daar nie behoorlike begrip vir die gesinslede se behoeftes. Hierdie studie het getoon dat die gesin

nie voorbereid was vir die oordra van die slukdermkankerdiagnose nie. Die navorsers het besondere klem daarop gelê dat kinders ook betrek behoort te word in die versorging van die kankerpatiënt. Die hele gesin was onseker, wat 'n duidelike invloed gehad het op hulle daaglikse lewe. Gevolglik het gesinslede verskillende strategieë gevolg om die onsekerheid te bestuur, waarvan een was om te begin soek na inligting. Die primêre bron van inligting was die betrokke mediese wetenskaplike, die geneesheer of onkoloog (Andreassen *et al.*, 2005).

Andreassen *et al.* (2005) wys daarop dat om saam met kanker te leef vir beide die pasiënte en die gesinslede beteken om met vrees en angs gekonfronteer te word, wat spruit uit onsekerheid oor die aard van die kanker, emosionele ontsteltenis, nuwe-effekte van behandeling en 'n belewenis van hopeloosheid. Onsekerheid word beleef deur al die fases van die siekte en is 'n hooforsaak van emosionele ontsteltenis. In die navorsingstudie van Andreassen *et al.* (2005) sentreer die onsekerheid van die gesinslede op oorsaak en prognose, wat die toekoms inhou, asook oorerflikheid. Die onsekerheid word nie noodwendig opgeklaar wanneer gesê word dat die pasiënt “skoon” is nie, aangesien dit nog steeds nie beteken om gesond verklaar te word nie. Onsekerheid vermeerder soos die kanker vererger. Die gesin ervaar ook 'n bedreiging rakende die verband tussen genetica en kanker, en die waarskynlikheid dat die kinders ook kanker kan kry. Genetiese berading is dus belangrik (Albada, Vermooij, Osch, Pijpe & Van Dulmen, 2014; Ricci, Sciallero, Mammoliti, Gismondi, Franiuk *et al.*, 2015).

Die moontlikheid van die dood wat kan intree by 'n kankerpatiënt het 'n ingrypende invloed op die toekomsplanne van gesinslede, byvoorbeeld: “*Sal ons ons huis verkoop of nie? Sal ek voltyds kan aanhou werk of nie? Gaan my man/vrou binnekort sterf?*” Om onsekerheid te bestuur, wend gesinslede hulle tot interpersoonlike inligtingbronne wat onder meer kundiges en 'n sosiale netwerk insluit, mediainligtingbronne soos mediese inligtingsbrosjures, die internet, televisie en tydskrifte. Daar is egter ook 'n groep gesinslede wat onsekerheid probeer hanteer deur nie verder na inligting te soek nie. Andreassen *et al.* (2005) verwys na die studie van Northouse *et al.* (2000) wat die bevinding bevestig dat gesinslede groter emosionele ontsteltenis beleef as die pasiënte self, daarom is dit belangrik dat hulle inag geneem behoort te word in raadgevende gesprekke. Andreassen *et al.* (2005) het in hul studie bevind dat gesinslede se oorwegende ervaring is dat professionele gesondheidspersoneel op die versorging van die pasiënte alleen fokus, wat die gevoel by die gesinslede ontketen dat hulle onsigbaar is. Gevolglik word hulle emosionele behoeftes agterweë gelaat, terwyl sommige voel dat hulle heeltemal geïgnoreer word. Hulle voel alleen en is bang vir wat die toekoms vir

hulle sal inhou. Die sleutelbron van inligting is die raadgewende onkoloog en ander pasiënte met kanker (Andreassen *et al.*, 2005).

Andreassen *et al.* (2005) beklemtoon die noodsaaklikheid van volgehoue navorsing oor hoe gesinslede dit ervaar om met 'n pasiënt saam te leef in die palliatiewe fase met slukdermkanker waar effektiewe versorgingsingrypings en verhoogde kwaliteit kankersorg die oorheersende doel is (Andreassen *et al.*, 2005: 433; Quesada, Madrigal, Luna & Perez-Carceles, 2015; Vedel, Ghadi, Lapointe, Routelous, Aegerter *et al.*, 2014).

Bostaande studies en standpunte lei tot die volgende gevolgtrekkings oor die inligtingbehoefte van gesinslede: (1) Die gesin het latente inligtingbehoefte, wat nie noodwendig aanvanklik uitgespreek word nie, maar wat bewustelik moet wees, sodat die ontwrigtende invloed wat die kankerpatiënt op die huishouding het en gaan hê van die begin af deeglik begryp en verreken kan word, met die oog daarop om sinvolle besluite oor tuisversorging of inrigtingsorg te neem en om genoeg inligting oor die behandeling wat wag, die moontlike nuwe-effekte en die dieet en voeding wat daarmee gepaard gaan te ontvang sodat die beste besluite hieroor saam met die pasiënt geneem kan word. Die bedoeling hier behoort ook te wees om die gesin te motiveer om deurgaans saam met die pasiënt relevante inligting te soek; (2) Gesinslede behoort beradende inligting te ontvang, wat dieet- en voedingsberading insluit, wat hulle sal bemagtig om die kankerpatiënt op menswaardige wyse te kan ondersteun en moontlike wanvoeding vanweë eetversteurings te voorkom; (3) Gesinslede behoort toegang te verkry tot kennisgebaseerde inligting rakende moontlike genetiese oorerwing van die siektetoestand; (4) Gesinslede behoort relevante inligting te bekom om self vaardighede te ontwikkel, soos om eie stres en angs, sowel as dié van die pasiënt, doeltreffend te kan hanteer, die moontlike naderende dood vanuit 'n oorwinnende perspektief onder oë te kan sien en mee om te gaan (as dit so binne hul geloof val), te begryp wat gedoen kan word om die behandeling en voeding bekostigbaar te maak, hoe kinders betrek kan word, hoe om die sosiale verlies om saam te kan eet te oorbrug en om 'n verdieping in insig te verkry deur hulle emosionele ondersteuningsfunksie reg te verstaan en sonder selfverwyte te kan uitleef; (5) Die onkoloog en dieetkundige behoort gesinslede te betrek in gesprekke oor die siektetoestand van die pasiënt. (6) Gesinslede behoort ook toepaslike finansiële onderskraging en voorligting te ontvang om doelmatige besluite oor die toekoms te kan neem; en (7) Gesinslede behoort deur berading op die palliatiewe fase (spesifiek die terminale stadium) van die pasiënt se siekte voorberei te word sodat hulle in staat kan wees om die pasiënt met deernis te begelei (Alberts, 1993; Andreassen *et al.*, 2005; Appleby-Tagoe, Foulkes & Palma, 2012; Collins, 2007;

Effendy, Vernooij-Dassen, Setiyarini, Kristanti, Tejawinata *et al.*, 2015; Guidry, Greisinger & Aday, 1996; Jordaan & Jordaan, 1990; Schaefer, 2001; Watson, 2007).

3.4 DIEET- EN VOEDINGSINLIGTINGBEHOEFTE EN -SOEKGEDRAG VAN DIE ONKOLOOG, DIEETKUNDIGE, PASIËNT EN GESINSLEDE

Die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van die geselekteerde rolspelers (afgelei uit die literatuur) van belang vir hierdie navorsingstudie word getabuleer in Tabel 3.4 en 3.5:

Onkoloog en dieetkundige: beskrywing van dieet- en voedingsinligtingbehoefte	
Dieet- en voedingsinligting	Die nuutste inligting is nodig om onsekerheid en gapings in kennis te verminder in 'n komplekse voeding-kankerprobleemsituasie. Voeding kan dien as toepaslike ondersteuning om die groei van kankerselle te beperk en lewenskwaliteit te bevorder. Voedingsvrae van kankerpatiënte, saam met talle ander faktore, bepaal die tipe dieet- en voedingsinligting wat nodig is (Nahas, Sarriif & Othman, 2013; Watson, 2007: 11, 37).
Dieet- en voedingsinligtinggedrag en -soekgedrag	Dieet- en voedingsinligting wat aan pasiënte verskaf word, word bepaal deur hulle emosionele toestand, kultuur, demografie, antesedente faktore, geloofsoortuigings, voedingstatus en nuwe-effekte van behandeling. Onkoloë en dieetkundiges probeer die doeltreffendste voedingsbehandeling na diagnose bepaal. Die tipe diagnose wat gemaak word kan dien as agtergrondsinligting en rede waarom daar na 'n spesifieke dieet- en voedingsinligtingbron gesoek sal word (Beshgetoor & Wade, 2007; Glovsky & Rose, 2007; Hoogerwerf, Ninaber, Willems & Kaptein, 2012; Ireton-Jones, Garritson & Kitchens, 1995; Paisley, Brown & Greenberg, 2008).
Dieet- en voedingsinligtingbronne	Toepaslike dieet- en voedingsinligtingbronne behoort geraadpleeg te word, onder meer die internet, interpersoonlike kommunikasie, kollegas, wetenskaplike artikels en handboeke (Gupta <i>et al.</i> , 2013).

Tabel 3.4: Die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van die onkoloog en dieetkundige

Pasiënt en gesin: beskrywing van dieet- en voedingsinligtingbehoefte	
Doel met die soek van dieet- en voedingsinligting	Dieet- en voedingsinligting word passief of aktief versamel om angs/vrees te verminder en om stres beter te hanteer, hoewel sulke inligting soms vermy word om angs te verminder (Alberts, 1993: 103-104; Andreassen <i>et al.</i> , 2005: 426-429; Guidry, Greisinger & Aday, 1996: 1396). Daar is ook ander redes soos die handhawing van voedingstatus, verligting van die nuwe-effekte van kankerbehandeling en versterking van die immuunsisteem (James-Martin <i>et al.</i> , 2014; Nakamura, Sasayama, Takahashi & Yamaj, 2015: 912-920).
Faktore wat dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag beïnvloed	Sosiale beïnvloeding, emosionele belewenis, onsekerheid, aard van die situasie en kognitiewe beoordelingsvrae bepaal watter tipe dieet- en voedingsinligting gesoek en benut gaan word om stresvlakke te verminder (Alberts, 1993; Andreassen <i>et al.</i> , 2005: 426-429; Bezwoda, Colvin & Lohoka, 1997: 130-131).
Dieet- en voedingsinligtingbronne	Dieet- en voedingsinligtingbronne wat benut word, is vriende, die internet, 'n onkoloog of 'n dieetkundige (Alberts, 1993; Andreassen <i>et al.</i> , 2005; Bezwoda, Colvin & Lohoka, 1997: 130).

Tabel 3.5: Dieet- en voedingsinligtingbehoefte van die pasiënt en gesin

3.5 SAMEVATTENDE OPMERKINGS

3.5.1 Inligtingsterme

In hierdie hoofstuk is die belangrikste inligtingsterme onder die loep geneem. Wat die inligtingbehoefte betref, is die soeke na antwoorde, strewe na singewing, onsekerheidsvermindering en hantering van angs belangrike dryfvere wat die soeke na inligting kan aktiveer. In die kankerkonteks is aan die een kant relevante inligting nodig vir voorkoming, maar aan die ander kant ook om lewenskwaliteit te verbeter deur die doeltreffendste behandelingsmetodes aan te wend. Inligtingbehoefte lei na die soeke na inligtingbronne met die klem op 'n gebruikersesentreerde benadering. In die huidige post-moderne en geïndustrialiseerde samelewing word deurlopend inligting gekommunikeer wat ook kanker-, dieet- en voedingsinligting insluit. Byna alle formate van inligtingbronne wat deur die eeue voorgekom het, word steeds benut, maar tans oorheers veral die openbare media, multimedia en internet die toneel. Dit impliseer dat pasiënte nie net mediese kundiges nader vir inligting nie. Inligtingsoeke as sodanig word in noue verband gebring met aktiewe en doelwitgerigte gedrag. As konsep is inligtingsoeke nouer verbind met die konsep van behoefte as met die begrip inligting self (Albrecht, 2006: 26; Al Qadire, 2014; Case, 2007; Ekberg, McDermott, Moynihan, Brindle, Little *et al.*, 2014; Giddens, 2004; Lazarus, 1992; Niemandt, 2007: 106-107; Park & Park, 2014; Schaefer, 2001: 484; Wilson, 1999: 256-257, 263).

Inligtingsoeke kan ook verbind word met probleemsituasies as deel van 'n proses om kennis te verbeter om die probleem op te los of om sin te maak uit uiteenlopende uitsprake en onsekerheid - iets wat in die kankerkonteks heel dikwels voorkom. Inligtinggedrag sluit die inligtingsoekproses in waar inligting ook uit die geheue herwin kan word (Albrecht, 2006: 26; Case, 2007; Giddens, 2004: 157-158, 378; Lazarus, 1992: 11-15, 18-19; Niemandt, 2007: 106-107; Schaefer, 2001: 484; Wilson, 1999: 256-257, 263).

Inligtingsoekgedrag en -gedrag is verder nou gekoppel aan die werksrol en pligte van die individu, wat as motiveerders dien in die soeke na inligting. Dit impliseer dat die inligtingsoekgedrag van professionele persone soos onkoloë en dieetkundiges grootliks geaktiveer kan word deur die behoeftes van hulle pasiënte en die betrokke gesinslede. Inligtingsoekgedrag is verder deel van menslike gedrag met betrekking tot inligtingbronne en -kanale. Passiewe inligtingsoekgedrag hou verband met terloopse blootstelling aan advertensies, gesprekke, die daaglikse vloeï van inligting en die

oortuiging dat verdere inligting oorbodig is of geen verbetering in die huidige situasie sal meebring nie. Die soeke na relevante inligting as gemotiveerde handeling in 'n kankerkonteks wat dieet- en voedingsinligting insluit, is meestal afgestem op die moontlike vermindering van onsekerheid, vrees, stres en angs, asook singewing in die vind van 'n geskikte strategie om stresbelaaide emosies te bestuur (Albrecht, 2006: 26; Case, 2007; Giddens, 2004: 157-158, 378; Lazarus, 1992: 11-15, 18-19; Niemandt, 2007: 106-107; Schaefer, 2001: 484; Wilson, 1999: 256-257, 263).

3.5.2 Rolspelers in die kankerkonteks

Soos vroeër aangedui, word in hierdie navorsingstudie gefokus op die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesin. Wat die pasiënt en gesin betref, speel sosiale beïnvloeding, emosies en onsekerheid in die kankervoedingsprobleemsituasie 'n belangrike rol in dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag. Hiermee saam bepaal kognitiewe beoordelingsvrae die tipe dieet- en voedingsinligting wat nodig is om onder meer stresvlakke te verminder, maar ook lewenskwaliteit te bevorder. In die terapeutiese sorg van pasiënte word die soeke na toepaslike dieet- en voedingsinligting 'n dringende en kritiese saak wanneer aanhoudende volgehoue vomering, wanvoeding, anoreksie en kageksie by die pasiënt aanwesig is. Dieet- en voedingsinligtingbronne wat deur die gesin en pasiënt benut word, sluit in vriende, die internet, homeopate, onkoloë en dieetkundiges. Pasiënte en gesinslede gebruik ook populêre artikels in tydskrifte, boeke en spesifieke organisasies soos CANSA om relevante kanker- en dieet- en voedingsinligting te bekom (Alberts, 1993: 103-104; Andreassen *et al.*, 2005: 426-429; Beshgetoor & Wade, 2007; Case, 2007; Choi *et al.*, 2015; Glovsky & Rose, 2007: 50; Guidry, Greisinger & Aday, 1996: 1396; Ireton-Jones, Garritson & Kitchens, 1995; Paisley, Brown, & Greenberg, 2008; Stacey, James, Chapman, Courneya & Lubans, 2014: 305-338).

3.6 GEVOLGTREKKING

As onderbou vir 'n empiriese ondersoek rakende dieet- en voedingsinligtingbehoefte van die geselekteerde rolspelers in 'n kankerkonteks, is begrip vir die stand van navorsing daarvoor nodig. Daarom is, naas die ontleding van die inligtingsterme, gekyk na navorsingstudies oor die inligtingbehoefte van onkoloë (en ander geneeshere), dieetkundiges, pasiënte en gesinslede. Vanweë relatief min publikasies oor dieet- en voedingsinligtingbehoefte is ook aandag geskenk aan die algemene kankerkonteks waarin inligtingbehoefte manifesteer, asook die inligtingbehoefte van geneeshere en

dieetkundiges buite die kankerkonteks. In hoofstuk 4 word 'n literatuurstudie gebied met betrekking tot inligtinggedragmodelle wat van waarde kan wees vir die kankerkonteks, voeding en dieet.

HOOFSTUK 4

MODELLE VIR OORWEGING VIR STUDIE

4.1 INLEIDING

In hoofstuk 3 is 'n literatuurstudie aangebied om in die algemeen navorsingsbevindinge oor inligtingbehoefte en -soekgedrag in 'n kanker konteks, voeding en dieet te weerspieël. In hoofstuk 4 word 'n literatuurstudie aangebied met betrekking tot inligtinggedragmodelle en inligtingsoekgedragmodelle wat van waarde kan wees in die konteks van kanker, voeding en dieet. Eerstens sal die moontlike aanwending van inligtinggedragmodelle bespreek word in die konteks van kanker, dieet en voeding, en daarna met betrekking tot die waarde van sodanige modelle vir hierdie navorsingstudie. Tweedens sal die modelle van Johnson (1997a), soos weerspieël in Johnson en Case (2012), asook Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Dervin (2005a, 2005b), Lazarus (1992), Wilson (1981, 1996, 1999) en Savolainen (2005), kortliks bespreek word vanweë hul moontlike waarde vir die navorsingstudie. Op grond hiervan word die modelle op 'n eklektiese wyse benut, gerig op die navorsingstudie en spesifiek om data in te samel vir die verskillende rolspelers.

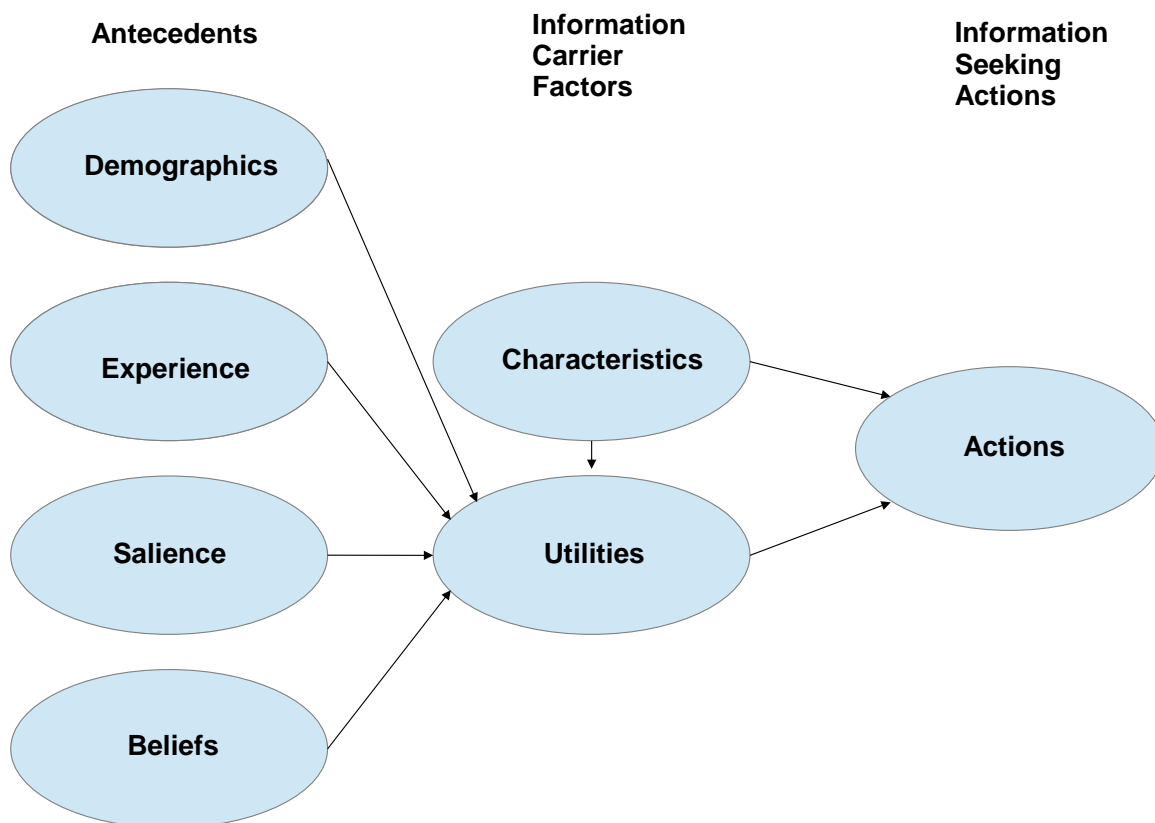
4.2 INLIGTINGGEDRAGMODELLE VIR OORWEGING IN 'N KANKERKONTEKS

Hierdie afdeling rapporteer oor die aanwending en nut van bestaande inligtinggedragmodelle, insluitende inligtingsoekgedragmodelle vir navorsing in 'n kanker konteks, voeding en dieet. Om die bespreking te vergemaklik, word deurgaans slegs na inligtinggedragmodelle verwys as oorkoepelend. Al vier rolspelers, naamlik pasiënte, gesinslede, onkoloë en dieetkundiges, word in berekening gebring. Die verkennende literatuurstudie (Afdeling 1.4.1) het getoon dat die Johnson-model (Johnson & Case, 2012) spesifiek op kanker van toepassing is. Omdat dit in kanker en ander kontekste getoets is (Johnson, 1997a; Johnson, 1997b; Johnson, 1997c; Johnson, 2003; Johnson, Andrews & Allard, 2001; Johnson & Case, 2012), word dit as voorkeurmodel gekies wat moontlik met ander modelle soos dié van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Wilson (1981, 1996, 1999), Savolainen (2005), Dervin (2005a,

2005b), Lazarus (1992) en Lazarus se 1992 kognitiewe beoordelingsteorie aangevul of gekombineer kan word. Die Engelse bewoording van die modelle word deurgaans behou.

4.2.1 Johnson (1997) se model

Die Johnson-model word in Figuur 4.1 voorgestel (soos weerspieël in Johnson en Case, 2012: 40). Dit is 'n geringe aanpassing van die model wat Johnson (1997a) rapporteer, maar word hier gebruik as die nuutste weergawe.



Figuur 4.1: Johnson (1997) se model (Johnson & Case, 2012: 40)

Alhoewel dit gekenmerk word deur eenvoud, maak die Johnson-model voorsiening vir verskeie faktore wat inligtinggedrag beïnvloed: kultuur, demografiese en persoonlike faktore (byvoorbeeld oortuigings, insluitende geloofsoortuigings), vorige ervaring en inligtingsdraers. Johnson (1997a) en Johnson en Case (2012) verwys ook na antesedente faktore soos agtergrond en demografiese veranderlikes (byvoorbeeld ouderdom, geslag, etnisiteit, beroep en gesondheid).

Omdat 'n pasiënt en ook sy/haar gesin belangrike inligtingbronne is wanneer 'n diagnose gemaak word (Adler & Page, 2008), is die sosiale dimensie van die Johnson-model en die klem op kommunikasie veral belangrik. Dit sluit kommunikasieprosesse en hulpmiddels in, asook faktore wat die kommunikasieproses kan beïnvloed. Sommige antesedente faktore, soos etnisiteit, 'n persoon se direkte ervaring en sosiale netwerke, is egter problematies om in berekening te bring (Johnson, 1997a; Johnson & Case, 2012). In die geval van kanker is dit belangrik of 'n persoon self reeds kanker gehad het of ervaring daarvan het.

Die derde en vierde groep faktore wat 'n persoon motiveer om inligting te soek, word deur Johnson (1997a, 2001, 2003) en Johnson en Case (2012) onder persoonlike relevansie gegroepeer. Dit behels oortuigings en geloof oor die onderwerp en die opvallendheid van inligting daaroor. Beide berus op die persoon se vlak van kennis oor die onderwerp. Oor die algemeen is mense net gemotiveer om inligting te soek wanneer die gebrek aan inligting baie duidelik is. Vertroue dat 'n probleem opgelos kan word, motiveer inligtingsoeke (Case, 2007: 133-134; Johnson, 1997a; 2003; Johnson, Andrews & Allard, 2001; Johnson & Case, 2012; Sanoff, Morris, Mitcheltree, Wilson & Lund, 2015).

Volgens Johnson (2003) is mense meer begaan oor die inhoud as sodanig as die kanaal waardeur dit beskikbaar gestel word. Sy model verwys ook na inligtingsoekgedrag. Die keuse tussen kanale en inligtingbronne impliseer prosesse, gevoelens en verskeie gedrags- en kognitiewe komponente. Dit wil voorkom of Johnson (1997a, 2001, 2003) en Johnson en Case (2012) plek inruim vir 'n singewende perspektief as dit kom by inligtingsoeke. Inligtingsoeke vind volgens hulle plaas in 'n konteks en beïnvloeding deur die konteks moet verstaan word. Bestudering van die optrede van persone wat na inligting soek, word bemoeilik deur die onderskeid tussen die aktiewe en passiewe verwerwing (deur geheue) van inligting. Inligtingsoeke is 'n dinamiese proses wat gepaard gaan met die individu se vlak van veranderende kennis (Case, 2007: 132-136; Hovick, Kahlor & Liang, 2014; Johnson, 1997a; Johnson, 2003; Johnson, Andrews & Allard, 2001; Johnson & Case, 2012; Louw & Jackson, 2008: 36; Schaefer, 2001).

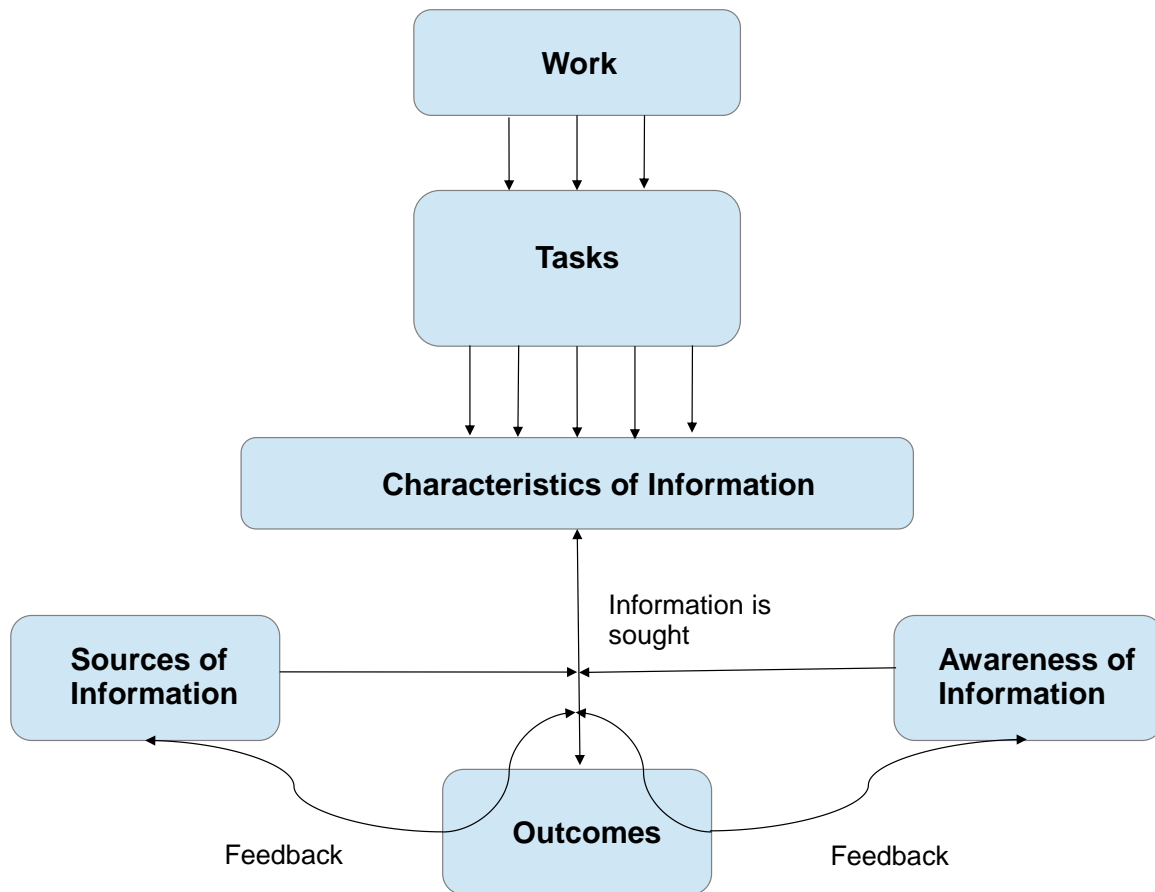
Vir Johnson (1997a) en Johnson en Case (2012) speel doelgerigte verwerwing van inligting uit geselekteerde draers van inligting 'n belangrike rol. Hulle gee wel erkenning daaraan dat kankerinligting 'n hoë vlak van sosiale betekenis inhou, maar vind die verklaring/ondersoek van inligtinggebruik op die basis van etnisiteit problematies

wanneer die belange van die groep voorkeur kry bo dié van die enkeling rakende die kommunisering van kanker-, dieet- en voedingsinligting. Johnson se model kan volgens hom verbeter word deur die insluiting van terugvoerkringlope tussen handeling as aksie-gedrewe inligtingsoekgedrag en antesedente faktore (Johnson, 1997a; Johnson & Case, 2012).

4.2.2 Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model

Die model van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) word ook onder die loep geneem, aangesien dit ruimte laat vir terugvoerkringlope, wat ter aanvulling van Johnson se model (Johnson & Case, 2012) gebruik kan word, en ook omdat dit spesifiek van toepassing is op professionele werkers se inligtinggedrag en beroepsituasies, wat dan onkoloë en dieetkundiges sal insluit (Johnson & Case, 2012; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996).

Die nut van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model is daarin geleë dat werksrolle ook van toepassing kan wees vir benutting van dieetkundiges en geneeshere in die kankerkonteks (Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996). Van die take van 'n onkoloog/geneesheer mag dus bewustheid wek van 'n behoefte aan inligting oor voeding en dieet (Case, 2007: 128; Johnson, 1997a; Johnson, Andrews & Allard, 2001; Johnson, 2001; Johnson & Case, 2012; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996; Tuso, 2013: 61-66). Die Leckie, Pettigrew en Sylvain-model (1996) word in Figuur 4.2. vertoon.



Figuur 4.2: Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model (Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996)

Leckie en Given (2005) verduidelik eksplisiet dat daar situasies is waar inligting nodig is, soos wanneer 'n pasiënt vir die eerste keer gediagnoseer word met kanker. In openbare biblioteke is gesondheidsaspekte een van die belangrikste onderwerpe van nie-fiksie (Leckie & Given, 2005).

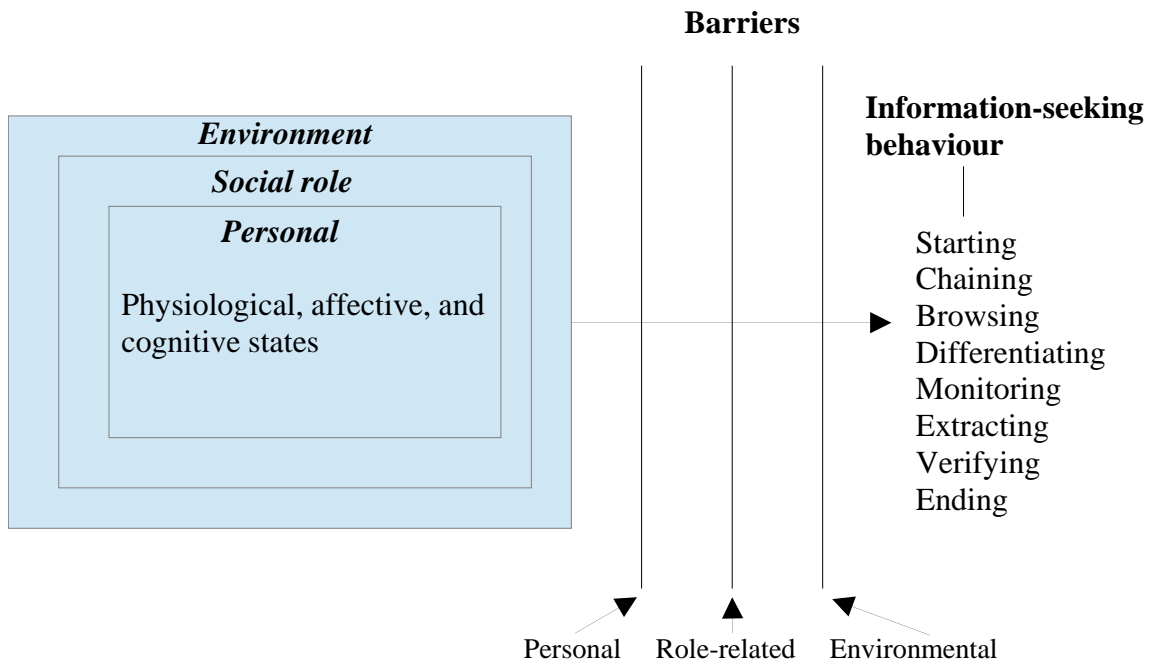
Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model reflekteer 'n vloeiende proses van bo na onder en noem ses faktore (Case, 2007: 127-128; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996), naamlik werksrolle, pligte, die kenmerkende eienskappe van inligtingbehoefte, inligtingbronne, die bewustheid van die beskikbaarheid van inligting en die uitkomst. Ofskoon individuele demografiese gegewens (ouderdom, geslag, professie, ekonomiese status, spesialisasie, ras, beroepsfase en geografiese ligging) nie wesenlik deel is van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model nie, verteenwoordig dit tog volgens Case (2007: 128-129) veranderlikes wat inligtingbehoefte kan beïnvloed.

Volgens Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) hou veral die volgende verband met inligtingbehoefte: konteks, frekwensie, voorspelbaarheid, belangrikheid en die kompleksiteit van die behoefte-situasie. Bewustheid van inligtingbronne en hulle inhoud en motivering om dit te raadpleeg is ook belangrik, sowel as vertroudheid en vorige sukses met die inligtingbron(ne) of soekstrategie. Daarnaas kom die betroubaarheid van die verpakking, tydskedule waarop inligting benodig word, koste, kwaliteit en die toeganklikheid van die inligtingbronne ter sprake (Case, 2007: 127-129; Johnson, 1997a; Johnson, 2003; Johnson, Andrews & Allard, 2001; Johnson & Case, 2012; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996).

4.2.3 Wilson se modelle (1981, 1996)

Wilson het verskeie modelle ontwikkel (Case, 2012: 139-140, 155-157; Ellis, 1989; Wilson, 1999). Hy verwys spesifiek na kanker en verduidelik dat diegene met kanker feitlike inligting wil bekom oor die siektetoestand (Wilson, 1997). Die kenmerkende eienskappe van 'n kanker pasiënt beïnvloed inligtingsoekgedrag en onsekerheid kan ontwikkel of verminder word deur onmiddellike terugvoer aan kanker pasiënte te gee. Wilson (1997) verwys spesifiek na vroue.

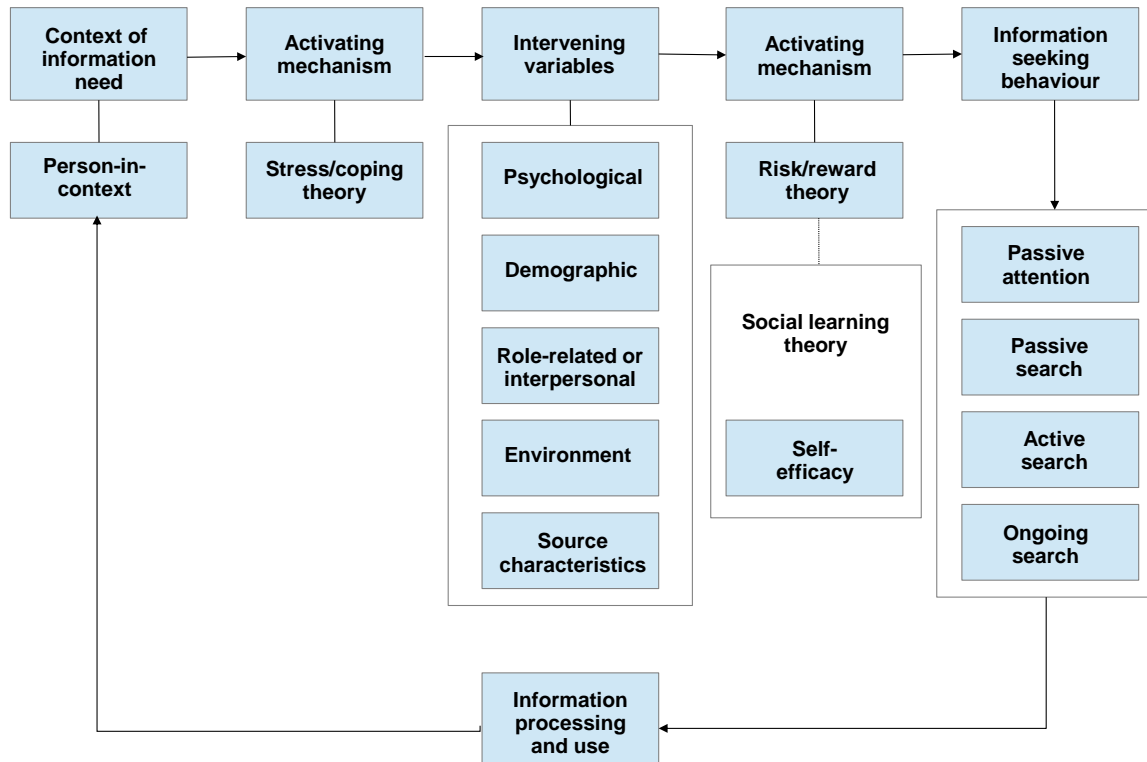
Dit is soms moeilik om tred te hou met die datum van die modelle se ontwikkeling en latere wysigings soos voorgestel deur verskillende inligtingbronne. Die 1981-model is in 1999 aangepas met behulp van die 1989-model van Ellis. Die algemene inligtinggedragmodel is in 1996 voorgedra deur Wilson (Ellis, 1989; Wilson, 1999: 249-270). Elk van die modelle kan insig in inligtinggedrag en ook inligtingsoekgedrag versterk. Die modelle word vertoon in Figure 4.3 en 4.4.



Figuur 4.3: Wilson se 1981 inligtingsoekgedragmodel soos in 1999 aangepas met behulp van Ellis se 1989-model (Case, 2012: 140; Wilson, 1999)

Die 1981-Wilsonmodel in Figuur 4.3 stel inligtingsoekgedrag prosesmatig voor. In die proses is daar 'n spesifieke omgewingskonteks, sosiale milieu en persoonlike raamwerk wat ook as struikelblokke kan optree wanneer na inligting gesoek word. In 'n kanker konteks is dit nodig om te weet watter faktore inligtingsoekgedrag kan beïnvloed.

Wilson het egter in 1996 nog 'n model voorgedhou, waarna verwys word as 'n algemene model van inligtinggedrag (Wilson, 1999: 257). Die model word in Figuur 4.4 voorgedhou.



Figuur 4.4: Wilson (1996) se algemene inligtinggedragmodel (Case, 2007: 137; Wilson, 1999: 257)

Die model in Figuur 4.4 beklemtoon die komplekse konteks van inligtingsoeke. Dit sluit aan by werk van Dervin (2005a, 2005b). Die persoon in konteks is steeds die fokus van inligtingbehoefte. Die model voorsien vir ingryping-veranderlikes asook inligtingsoekgedrag. Die model fokus nie net op aktiewe soeke nie, maar maak ook voorsiening vir inligtingprosessering as deel van die terugvoerkringloop wanneer inligtingbehoefte bevredig word. Verder word drie teorieë voorgedra wat inligtinggedrag kan verduidelik: (1) die stresanteringteorie, wat kan verklaar hoekom sekere behoeftes nie tot inligtingsoekgedrag lei nie; (2) die risiko-beloningteorie, wat die gebruik van inligtingbronne deur individue kan verklaar; en (3) die sosiale-leer-teorie van vertrou in selfvermoë wat verband hou met 'n individu se vertrou in sy/haar vermoë om iets suksesvol te voltooi (Case, 2007: 136-137; Wilson, 1996; Wilson, 1999: 256-257).

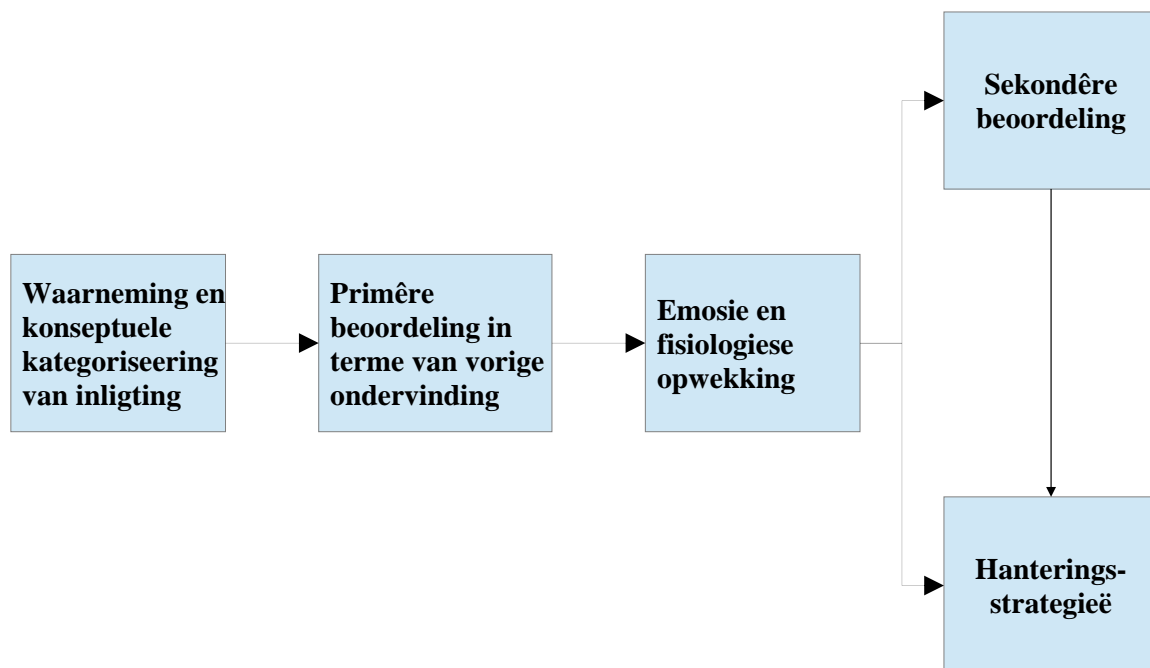
Die aktiverende meganismes in Figuur 4.4 kan as motiveerders vir inligtingsoekgedrag beskou word. Hierdie motiveerders word beïnvloed deur minstens vyf tipes ingrypings-veranderlikes: psigologiese predisposisies of vatbaarheid soos byvoorbeeld die geneigdheid tot nuuskierigheid of waagmoed, demografiese agtergrond soos ouderdom of opvoeding, faktore wat verband hou met iemand se sosiale rol, omgewings-veranderlikes soos beskikbare hulpbronne en kenmerke van die inligtingbronne wat

verband hou met toeganklikheid of betroubaarheid van die inligtingbronne (Case, 2007: 136-137; Wilson, 1999: 256-257).

Figuur 4.4 verwys ook na verskillende tipes inligtingsoekgedrag, naamlik passiewe bewusheid, passiewe soeke, aktiewe soeke en voortgesette soeke. Met die term inligtingprosessering en -gebruik impliseer Wilson (1999) dat die inligting geëvalueer word volgens die effek wat dit op 'n inligtingbehoefte het (Case, 2007: 137-138; Wilson, 1996; Wilson, 1999).

4.2.4 Lazarus (1992) se model

Die model uit Lazarus (1992) se studie getiteld: “*Coping with the stress of illness*” word in Figuur 4.5 voorgestel. Dit word by hierdie studie betrek omdat dit op begrip en emosie in stresvolle gesondheidsituasies fokus.



Figuur 4.5: Lazarus se kognitiewe beoordelingsteorie en stresmanagementsteorie (soos voorgestel in Jordaan & Jordaan, 1984: 593)

In Lazarus (1992) se kognitiewe beoordelingsteorie is inligtingsoeke doelbewus daarop gerig om 'n gepaste hanteringstrategie te kies, lewenskwaliteit te verbeter en sosiale funksionering te bevorder. Die model bou op sy vorige werk met die kognitiewe beoordelingsteorie (Lazarus, Averill & Opton, 1970; Mitchell, 2014). Hiervolgens word inligting vanaf die liggaam en omgewing geïntegreer en geëvalueer teen die agtergrond

van die herinnering aan vorige ervarings in soortgelyke situasies. Die inligting word ook geëvalueer teen die moontlike gevolge van gedrag wat uit die emosies mag voortspruit. Met nuwe inligting kan daar herevaluering van inligting wees omdat nuwe inligting vergelyk word met vorige inligting om ooreenkomste en verskille in vorige ervarings aan te dui. Om die inligting te vergelyk met vorige ervarings word die proses van besluitneming gebruik, wat die keuse van die tipe gedrag insluit wat verskillende emosies tot gevolg het. Besluitneming en emosie is interafhanklik (Lazarus, 1992: 26; Louw, 1982: 463-464; Park, Moon & Baeg, 2014; Smuts, 1987: 261; Steinberg, 1995: 578; Tamir, Bigman, Rhodes, Salerno & Schreier, 2015).

Die integrasie/kettingreaksie-benadering van Lazarus (1992) het belangrike implikasies vir verandering van emosionele gedrag deur die herwaardering van inligting. So kan 'n vreesaanjaande situasie by herwaardering vanweë nuwe inligting vreugde opwek (Jordaan & Jordaan, 1984: 592; Lazarus, 1992; Louw, 1982: 464; Steinberg, 1995: 576; Tehrani & Heidari, 2015).

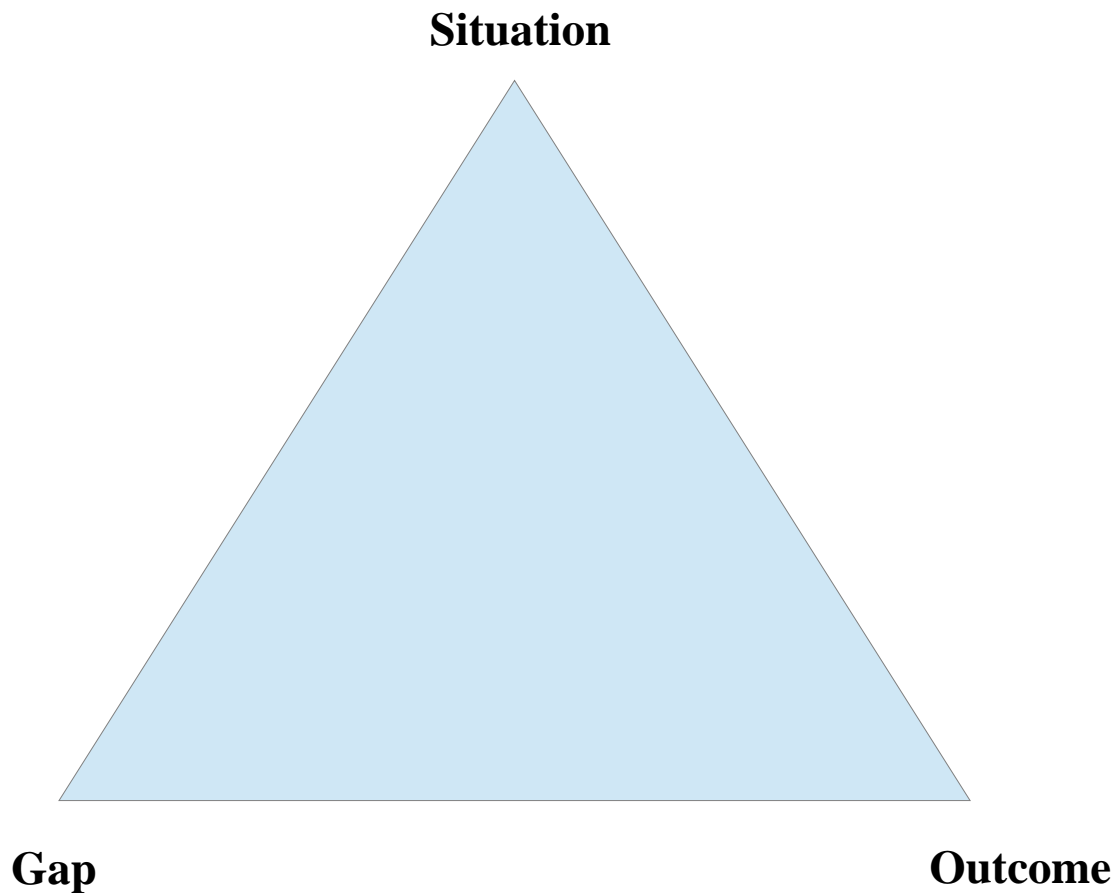
Kanker gaan gepaard met stres en met 'n wisseling van stresvlakke wat emosies insluit. Streshantering as kognitiewe proses en gedragspoging staan in direkte verband met flukturerende stresvlakke in 'n gegewe situasie (Lazarus, 1992: 11-13).

In 'n kanker konteks het pasiënte hoofsaaklik kennisgebaseerde inligting as deel van hul streshanteringstrategie nodig, waar kennis benut word in 'n sosiale konteks (Lazarus, 1992: 18-20, 30-31). Om kennisgebaseerde inligting te verkry, kan die volgende vrae gevra word: *“Waarop moet ek let vir die insameling van relevante inligting om meer kennis te bekom oor my siektetoestand?”*, *“Vertel die dieetkundige die waarheid?”*, *“Hoe kan ek sinvol en koste-doeltreffend in 'n sosiale konteks oorleef?”* (Dyer, 2005: 5-6; Lazarus, 1992: 18-20, 30-31).

4.2.5 Dervin (2005a,2005b) se model

Dervin (2005a, 2005b) se model, soos voorgestel in Figuur 4.6, is belangrik vir rolspelers in 'n kanker konteks om sin te maak uit die probleme wat betrokke is wanneer inligting bekom en verwerk moet word, wat emosies, dieet en gedrag mag insluit, en ook vir die vermindering van stres en angs. Dervin (2005b: S74-S80) verwys spesifiek na redes vir die inligtingsoekgedrag van pas gediagnoseerde kanker pasiënte. Volgens die model is daar omstandighedsredes vir inligtingsoekgedrag onder diegene wat kanker het. Vrae

word gestel en inligting gesoek in probleemsituasies (Case, 2007: 130; Dervin, 2005 a, 2005b; Kuhlthau,1991; Lazarus,1992: 18-20; Wilson,1999).

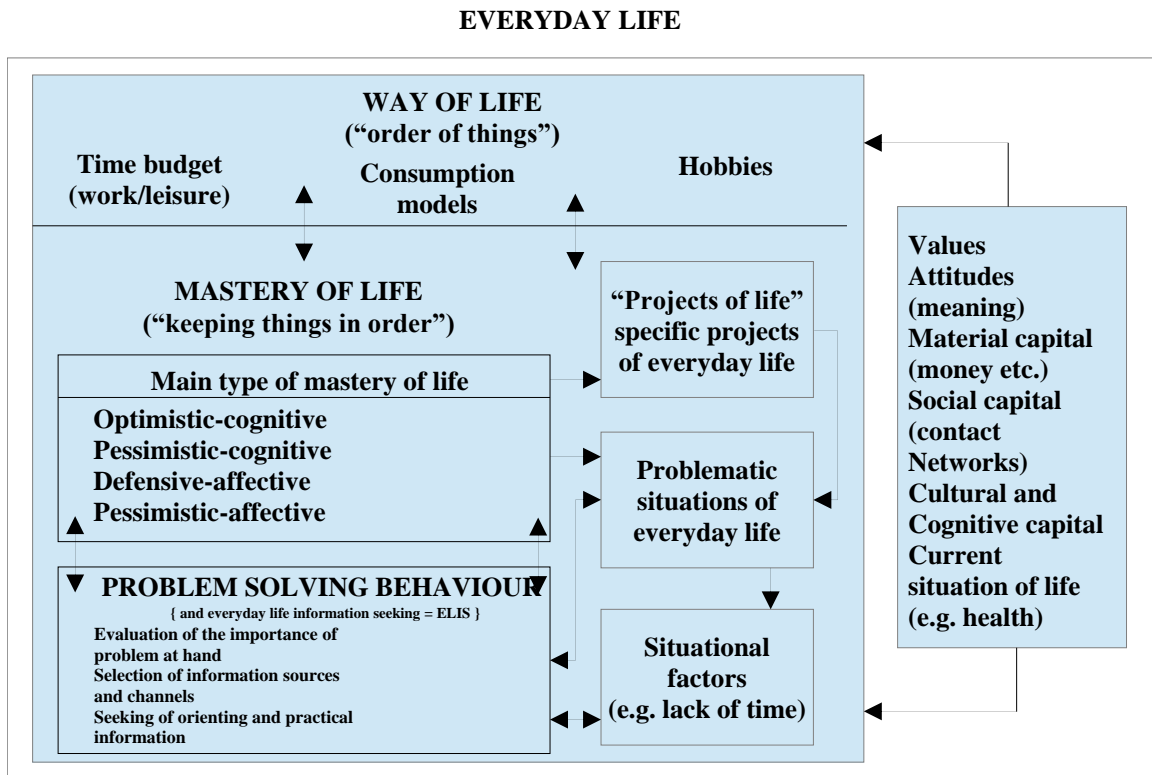


Figuur 4.6: Dervin se singewingsraamwerk (Wilson, 1999: 253)

4.2.6 Savolainen (2005) se alledaagse-lewe-inligtingsoekmodel (“*Everyday life information seeking*”)

Die nut van van Savolainen (2005) se model, soos voorgestel in Figuur 4.7, is dat dit alledaagse sosiale gebeure, ook met betrekking tot gesondheidsituasies, kan hanteer (Abrahamson & Rubin, 2012; Savolainen,1995). Ten tye van hierdie studie kon studies oor kanker wat die model as teoretiese raamwerk gebruik, egter nie opgespoor word nie.

**Basic components of the study of ELIS
In the Context of Way of Life**



Figuur 4.7: Savolainen (2005) se alledaagse lewe model (Savolainen, 2005)

Savolainen se model (2005) fokus op alledaagse inligtingbehoefte en staan bekend as “*everyday life information seeking*”. Dit is ontwikkel deur Savolainen in die verloop van sy onderhoude met die algemene gemeenskap wat gemik was op nie-arbeidsgerigte inligtingsoekgedrag wat aanvullend is tot arbeidsgerigte inligtingsoekgedrag (Case, 2007: 130; Savolainen, 2005). Die model beklemtoon die invloed wat sosiale kontekste, sosiale raamwerke en sosiale gebeurtenisse, intellektuele begrip en ekonomiese en kulturele faktore op mense se voorkeure en gebruik van inligtingbronne kan hê. In sy model handel dit ook oor singewing en bemeestering van die lewe (Case, 2007: 132; Savolainen, 2005).

Die model maak voorsiening vir persoonlike waardes, houdings, optimisme en pessimisme, kognitiewe en affektiewe faktore en omstandigheidsfaktore soos vryetydsbesteding en huidige gesondheidstoestand (Case, 2007: 132; Savolainen, 2005). Alhoewel dit nie elders in die literatuur gerapporteer word in studies oor kanker en inligtinggedrag of inligtingpraktyk nie, word die model hier oorweeg omdat dit wel die moontlikheid inhou, soos wat aangetoon sal word. Die sosiale, kulturele, finansiële,

gesondheidsaspekte, emosionele, tydfaktore, probleemoplossende gedrag en om alles in orde te hou is belangrike aspekte vir hierdie studie.

4.3 AANWENDING VAN DIE MODELLE IN DIE STUDIEKONTEKS

Na deeglike oorweging is besluit op 'n eklektiese gebruik van die modelle as raamwerk vir die navorsingstudie, met geringe aanpassings vir elk van die rolspelers. In Tabela 4.1 tot 4.4 word getoon hoe die modelle in die vraelyste vir elk van die teikengroepe/deelnemergroepe reflekteer. Die data-insameling en ook die ontleding wat in Hoofstuk 6 gerapporteer word, sluit dus elemente van al die modelle in wat in hierdie hoofstuk bespreek is. Die vraelyste word gegee in Bylaag A1: Vraelys vir onkoloë, A2 : Vraelys vir dieetkundiges, A3: Vraelys vir kankerpatiënte en A4: Vraelys vir gesinslede.

4.3.1 Onkoloog en geneesheer

In Tabel 4.1 word die onkoloogvraelys (ook van toepassing op ander geneesheer) voorgehou in die konteks van die komponente van die volgende inligtinggedragmodelle: Johnson (1997a), Wilson (1981,1996), Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Lazarus (1992), Dervin (2005a, 2005b) en Savolainen (2005). Die vrae in die vraelys word per spesifieke vraagnommer gekoppel aan spesifieke komponente van die inligtinggedragmodelle soos vroeër in hierdie hoofstuk bespreek. Die rasionaal vir afdelings en vrae word in hoofstuk 5 voorgehou.



Model	Komponente van model	Vrae in vraelys
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Demografiese aspekte	1(a) - 1(d)
Johnson (1997a)	Vorige ervarings	2(a)
Johnson (1997a)	Opvallendheid	2(a)
Johnson (1997a)	Geloofsoortuigings	2(a), 2(d), 2(e)
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Inligtingsdraers en bronne insluitende mense: eienskappe	2(b), 2(c), 2(f), 2(g), 2(j)
Johnson (1997)	Aksies met inligtingsoeke	2(i)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Werksrolle - wat hul nodig het m.b.t. voeding en dieet	2(h)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Eienskappe van inligting	2(j)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Bronne van inligting	2(k), 2(l), 2(n), 2(o)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Gewaarwording van inligting	2(b), 2(j)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Uitkoms van inligtingsoeke	2(m)
Lazarus (1992) Wilson (1981, 1996)	Emosie, angs, streshantering	2(m)
Lazarus (1992)	Waarneming en konseptuele kategorisering van inligting	2(o), 2(c)
Lazarus (1992)	Beoordeling volgens vorige ondervinding	2(a), 2(i), 2(l)
Lazarus (1992)	Hanteringstrategieë	2(a)
Dervin (2005a, 2005b)	Erkenning van gaping in kennis	2(f)
Wilson (1981, 1996)	Omgewing	1(a), 1(b)
Wilson (1981, 1996)	Sosiale rol	2(b)
Wilson (1981)	Kognisie	2(a), 2(d), 2(e)
Wilson (1981)	Hindernisse	2(n), 2(o)
Wilson (1996)	Passiewe en aktiewe soekgedrag	2(j), 2(o)
Savolainen (2005)	Probleemoplossende gedrag	2(j), 2(o)
Savolainen (2005)	Kognisie en emosie	2(m)
Savolainen (2005)	Spesifieke projekte van elke dag se situasies	2(n)
Savolainen (2005)	Waardes, houdings, kultuur en sosiale bate	2(a), 2(b), 2(k)
Savolainen (2005)	Omstandighedsredes	2(h)

Tabel 4.1: Refleksie van modelle in die onkologvraelys

4.3.2 Dieetkundige

In Tabel 4.2 word die dieetkundige vraelys voorgehou in die konteks van die komponente van die volgende inligtinggedragmodelle: Johnson (1997a), Wilson (1981,1996), Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Lazarus (1992), Dervin (2005a, 2005b) en Savolainen (2005). Die vrae in die vraelys word per spesifieke vraagnommer gekoppel aan spesifieke komponente van die inligtinggedragmodelle soos vroeër in hierdie hoofstuk bespreek.



Model	Komponente van model	Vrae in vraelys
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Demografiese aspekte	1(a) - 1(c)
Johnson (1997a)	Vorige ervarings	2(a), 2(b)
Johnson (1997a)	Opvallendheid	2(b), 2(c), 2(j)
Johnson (1997a)	Geloofsoortuigings	2(c), 2(f)
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Inligtingsdraers en inligtingbronne insluitende mense: eienskappe	2(d), 2(l), 2(m), 2(n)
Johnson (1997)	Aksies met inligtingsoeke	2(d), 2(g), 2(h), 2(i), 2(m), 2(n)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Werkrolle - wat hul nodig het m.b.t voeding en diet	2(a), 2(l), 2(f)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Eienskappe van inligting	2(l), 2(j)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Bronne van inligting	2(i), 2(m), 2(n)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Gewaarwording van inligting	2(g) - 2(i)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Uitkoms van inligtingsoeke	2(l)
Lazarus (1992) Wilson (1981, 1996)	Emosie, angs, stres hantering	2(k)
Lazarus (1992)	Waarneming en konseptuele kategorisering van inligting	2(j)
Lazarus (1992)	Beoordeling volgens vorige ondervinding	2(b), 2(c)
Lazarus (1992)	Hanteringstrategieë	2(b), 2(c)
Dervin (2005a, 2005b)	Erkenning van gaping in kennis	2(g), 2(m)
Wilson (1981, 1996)	Omgewing	2(m), 2(n)
Wilson (1981, 1996)	Sosiale rol	2(d), 2(e)
Wilson (1981)	Kognisie	2(c), 2(o)
Wilson (1981)	Hindernisse	2(k)
Wilson (1996)	Passiewe en aktiewe soekgedrag	2(g), 2(h)
Savolainen (2005)	Probleemoplossende gedrag	2(i)
Savolainen (2005)	Kognisie en emosie	2(k)
Savolainen (2005)	Spesifieke projekte van elke dag se situasies	2(i)
Savolainen (2005)	Waardes, houdings, kultuur en sosiale bate	2(d), 2(f), 2(j)
Savolainen (2005)	Omstandighedsredes	2(k)

Tabel 4.2: Refleksie van modelle in die dieetkundige vraelys

4.3.3 Pasiënt

In Tabel 4.3 word die pasiëntevraelys voorgehou in die konteks van die komponente van die volgende inligtinggedragmodelle: Johnson (1997a), Wilson (1981,1996), Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Lazarus(1992), Dervin (2005a, 2005b) en Savolainen (2005). Die vrae in die vraelys word per spesifieke vraagnommer gekoppel aan spesifieke komponente van die inligtinggedragmodelle soos in hierdie hoofstuk bespreek. Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model is gebruik omdat pasiënte ook in professionele hoedanigheid kon gestaan het waar vaardighede ontwikkel is om inligting te soek. Hierdie vaardighede kan help in die soeke na dieet- en voedingsinligting deur pasiënte.



Model	Komponente van model	Vrae in vraelys
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Demografiese aspekte	2(c), 2(d), 2(i)
Johnson (1997a)	Vorige ervarings	2(a) - 2(f)
Johnson (1997a)	Opvallendheid	2(g)
Johnson (1997a)	Geloofsoortuigings	1(h)
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Inligtingsdraers en inligtingbronne insluitende mense: eienskappe	4(e), 4(h)
Johnson (1997)	Aksies met inligtingsoeke	2(h) - 2(j)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Werksrolle (indien toepaslik) - wat hul nodig het m.b.t. voeding en dieet	1(a), 1(b)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Eienskappe van inligting	2(j) - 2(l)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Bronne van inligting	2(j)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Gewaarwording van inligting	2(h) - 2(l)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Uitkoms van inligtingsoeke	3(h), 3(i), 2(d)
Lazarus (1992) Wilson (1981, 1996)	Emosie, angs, stres hantering	2(g), 3(i)
Lazarus (1992)	Waarneming en konseptuele kategorisering van inligting	2(e)
Lazarus (1992)	Beoordeling volgens vorige ondervinding	2(e)
Lazarus (1992)	Hanteringstrategieë	3(j), 3(k)
Dervin (2005a, 2005b)	Erkenning van gaping in kennis	2(g)
Wilson (1981, 1996)	Omgewing	1(i)
Wilson (1981, 1996)	Sosiale rol	4(f) - 4(i)
Wilson (1981)	Kognisie	2(f), 1(j)
Wilson (1981)	Hindernisse	1(a), 1(b), 1(g)
Wilson (1996)	Passiewe en aktiewe soekgedrag	2(h) - 2(k)
Savolainen (2005)	Probleemoplossende gedrag	2(i)
Savolainen (2005)	Kognisie en emosie	2(e)
Savolainen (2005)	Spesifieke projekte van elke dag se situasies	4(f) - 4(j)
Savolainen (2005)	Waardes, houdings, kultuur en sosiale bate	2(e), 2(g), 4(c)
Savolainen (2005)	Omstandighedsredes	4(f) - 4(j)

Tabel 4.3: Refleksie van modelle in die pasiënte se vraelys

4.3.4 Gesinslede

In Tabel 4.4 word die gesinsvraelys bespreek in die konteks van die komponente van die volgende inligtinggedragmodelle: Johnson (1997a), Wilson (1981, 1996), Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Lazarus (1992), Dervin (2005a, 2005b) en Savolainen (2005). Die vrae in die vraelys word per spesifieke vraagnommer gekoppel aan spesifieke komponente van die inligtinggedragmodelle soos vroeër in hierdie hoofstuk bespreek. Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model is hier ook benut omdat die werksrol van die gesinslid kon bydra tot vaardighede deur ervaring oor hoe inligting gesoek kan word. Die vaardighede kan help om dieet- en voedingsinligting in gesinsverband te vind.



Model	Komponente van model	Vrae in vraelys
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Demografiese aspekte	1(i) - 1(j)
Johnson (1997a)	Vorige ervarings	2(a), 2(d), 3(i), 3(j)
Johnson (1997a)	Opvallendheid	4(j)
Johnson (1997a)	Geloofsoortuigings	1(h)
Johnson (1997a) Wilson (1996)	Inligtingsdraers en inligtingbronne insluitende mense: eienskappe	3(e), 3(f)
Johnson (1997)	Aksies met inligtingsoeke	3(m)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Werkrolle - wat hul nodig het m.b.t. voeding en dieet	2(b), 2(c)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Eienskappe van inligting	3(a), 3(b), 2(d)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Bronne van inligting	3(l), 3(m), 3(n)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Gewaarwording van inligting	3(l), 3(m), 3(n)
Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996)	Uitkoms van inligtingsoeke	3(q), 3(k)
Lazarus (1992) Wilson (1981, 1996)	Emosie, angs, streshantering	4(b), 4(c)
Lazarus (1992)	Waarneming en konseptuele kategorisering van inligting	2(d)
Lazarus (1992)	Beoordeling volgens vorige ondervinding	2(d), 2(e)
Lazarus (1992)	Hanteringstrategieë	3(m)
Dervin (2005a, 2005b)	Erkenning van gaping in kennis	3(o), 3(p)
Wilson (1981, 1996)	Omgewing	1(i)
Wilson (1981, 1996)	Sosiale rol	4(d) - 4(j)
Wilson (1981)	Kognisie	4(c), 4(e), 4(f)
Wilson (1981)	Hindernisse	1(b), 1(e) - 1(g)
Wilson (1996)	Passiewe en aktiewe soekgedrag	3(l), 3(m), 3(n), 4(d) - 4(j)
Savolainen (2005)	Probleemoplossende gedrag	3(m)
Savolainen (2005)	Kognisie en emosie	4(b), 4(c)
Savolainen (2005)	Spesifieke projekte van elke dag se situasies	1(j)
Savolainen (2005)	Waardes, houdings, kultuur en sosiale bate	1(h), 1(j)
Savolainen (2005)	Omstandighedsredes	1(a) - 1(j)

Tabel 4.4 : Refleksie van modelle in die gesinslede se vraelys

4.4 GEVOLGTREKKING

Die faktore wat vir die huidige navorsingstudie van belang is, sluit in: (1) antesedente faktore wat demografiese gegewens (soos opleiding, ouderdom, geslag, bevolkingsgroep, kultuurgroep, godsdiens, woongebied en beroep), vorige ervarings en die opvallende behoefte aan inligting en geloofsoortuiging by 'n individu/rolspelers insluit; (2) die benutting van inligtingbronne soos gedryf deur onsekerheid, die kompleksiteit van die probleem of siektetoestand, bewustheid van onvoldoende kennis, uitkakeling van onduidelikhede en gerigtheid op terapeutiese sorg met die oog op die voorkoming van die verspreiding van die kankerselle, relevante voedingsinligting, verhoogde lewenskwaliteit en vind van 'n geskikte strategie om stres en angs in 'n gegewe situasie te kan hanteer; (3) psigo-sosiale faktore of invloede op al die geselekteerde rolspelers: interaksie met mense en inligtingsisteme en ander inligtingkanale, kommunikasie tussen rolspelers, omgee-netwerke, verdiskontering van emosionele belewenisse, kognitiewe

beoordelingsvrae en alledaagse ervarings tuis en elders; (4) ekonomiese faktore in verband met die bekostigbaarheid van behandeling en voedsel wat genuttig moet word om behandeling te ondersteun. Dit het ook 'n direkte invloed op die gebruik van veral elektroniese inligtingbronne soos die internet; (5) die aanwending van terugvoerkringlope om 'n rigiede liniêre patroon te vermy; en (6) die uitkoms van die soeke na dieet- en voedingsinligting vir die verskillende rolspelers, byvoorbeeld die vermindering van onsekerheid en stres, doelgerigte terapeutiese sorg en verhoging van lewenskwaliteit.

HOOFSTUK 5

NAVORSINGSMETODOLOGIE

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die metode van die empiriese ondersoek bespreek. Die metode(s) van data-insameling wat benut is om die dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag in kanker konteks te bepaal, word ook gedek. Verder word gefokus op die gerieflikheid- en sneeubaleffeksteekproeftrekking en data-insamelinginstrumente soos die vraelys, die semi-gestruktureerde en fokusgroeponderhoude (wat oorweeg, maar nie benut is nie). Aandag word geskenk aan die wyse van ontleding van data aan die hand van deduktiewe en induktiewe beredenering met toepaslike voorbeelde. Tematiese ontleding word toegelig as metode vir data-ontleding met verwysing na begrondende teorie wat ook oorweeg is as grondslag vir data-ontleding, maar nie benut is nie. Die doel van hierdie hoofstuk is om die empiriese komponent in perspektief te stel en as agtergrond te dien vir die ontleding en bevindinge wat in hoofstuk 6 gedek word.

As vertrekpunt in die onderhawige studie word die volgende probleemstelling en navorsingsvraag geneem:

Al die rolspelers, het relevante inligting nodig, onder andere as deel van stresverlagings- en hanteringsmeganismes met betrekking tot dieet- en voedingsraadgewing. Om dit te ondersteun, is kennis en begrip van inligtingbehoefte en -soekgedrag nodig in kanker konteks waar dieet- en voedingsraadgewing ter sprake kom. Die vraag is dus: *Wat is die rolspelers se spesifieke dieet- en voedingsinligtingbehoefte en hulle dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag met betrekking tot die verkryging van dieet- en voedingsinligting en dieet- en voedingsraadgewing in 'n kanker konteks?*

Om hierdie probleem te hanteer, is dit verdeel in die volgende hanteerbare sub-probleme:

- Watter modelle kan gebruik word om die inligtingbehoefte, inligtingsoekgedrag en stresshantering met betrekking tot dieet- en voedingsinligting en -raadgewing te bestudeer? (Beantwoord uit die literatuur.)
- Watter metodes kan gebruik word om data in te samel? (Beantwoord uit die literatuur.)
- Wat is die inligtingbehoefte van onkoloë en ander geneeshere, (onkologie-) dieetkundiges, onkoloë, pasiënte en gesinslede met betrekking tot dieet en voeding?
- Wat is die inligtingsoekgedrag van onkoloë, (onkologie-)dieetkundiges, kankerpatiënte en gesinslede met betrekking tot dieet en voeding?

Na aanleiding van die literatuurstudies in die voorafgaande hoofstukke gerapporteer, word die keuse van navorsingsmetodes en data-ontleding gerig deur die inligtinggebruikergesentreerde paradigma, kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsbenaderings. Hierdie navorsingsbenaderings word in hierdie hoofstuk bespreek. Modelle en teorieë wat die insameling van data deur 'n vraelys of 'n semi-gestruktureerde onderhoud aan die hand van die vraelys sal rig, is reeds in hoofstukke 3 en 4 bespreek, naamlik die “*comprehensive model of information seeking*” van Johnson en Telljohann (1995), kognitiewe beoordelings- en stresshanteringsteorie van Lazaus (1992), en die model van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) met betrekking tot professionele personeel: die onkoloog en dieetkundige.

5.2 NAVORSING

5.2.1 Die wese van navorsing

Volgens Leedy en Ormrod (2005: 2) kan navorsing beskryf word as 'n sistematiese proses van insameling, ontleding en vertolking van data met die oog daarop om kennis te vermeerder aangaande die fenomeen waarin die navorser(s) belangstel of op fokus. Navorsing het ten doel om horisonne te verruim deur die verstaan van 'n fenomeen met die verwagting om dit wat ontdek word, aan die groter wetenskaplike gemeenskap te kommunikeer (Leedy & Ormrod, 2005: 2).

Navorsing is meer as inligtingversameling en besluitneming. Phillips en Pugh (1994) wys daarop dat navorsing gebaseer is op 'n oop sisteem van denke waarbinne navorsers op voortgesette wyse mekaar se studies toets, weeg en krities evalueer. Navorsers ondersoek data en hulle bronne op kritiese wyse met die oog op die sinvolle vertolking en verstaan van wat die data beteken. Sulke vertolking en verstaan (oftewel begrip) is

grootliks gebaseer op die navorsers se kennis van bestaande teorieë en literatuur in die betrokke studieveld, sowel as persoonlike navorsing en perspektiewe. Hiermee saam poog navorsers om geldige afleidings uit die vertolking van die ingesamelde data en hul begrip daarvan te verkry en om terselfdertyd af te baken (Phillips & Pugh, 1994: 47; Struwig & Stead, 2005: 3-4).

Greenfield (2002) plaas in sy beskrywing van navorsing die klem op die feit dat dit 'n kuns is wat ondersteun word deur ondersoekvaardighede, eksperimentele ontwerp, data-insameling, meting en ontleding deur vertolking en aanbieding. 'n Verdere vaardigheid wat verkry en ontwikkel kan word, is kreatiwiteit of ontdekking (Greenfield, 2002:3).

Wat sosiale navorsing betref, huldig Babbie (2008) die siening dat ontdekking, beskrywing en verduideliking die drie sleutel terme is. Dikwels betrek navorsingstudies meer as een van hierdie gerigthede. Hy beskryf die ondersoek as die ontwikkeling van die aanvanklike, voorlopige verstaan van sommige verskynsels. Beskrywing sien hy weer as die akkurate meting en verslagdoening van die kenmerkende eienskappe van sommige groepe of fenomene wat binne die fokus van die navorsingstudie val. Verder behels sy begripmatige inkleding van verduideliking die ontdekking en verslagdoening van verhoudings tussen verskillende aspekte van die fenomene wat bestudeer word. Deskriptiewe studies beantwoord die vraag: “*Wat is so?*”; verduidelikende studies poog om die vraag te antwoord: “*Hoekom?*” Hierteenoor huldig Struwig en Stead (2001) die standpunt dat “*A good researcher is not someone who knows the right answers, but someone who is struggling to find out what the right questions might be*” (Babbie, 2008: 126; Struwig & Stead, 2001:3).

In die lig van bogenoemde uiteensetting oor die wese van navorsing, kan dit soos volg opgesom word: navorsing is 'n sistematiese proses van insameling, ontleding en vertolking van data ondersteun deur ondersoekvaardighede. Met 'n bepaalde bedoeling word daar gefokus op ontdekking, beskrywing en verduideliking. Die vertolking en verstaan van ingesamelde data berus op die navorsers se kennis van bestaande teorieë en literatuur wat die spesifieke studieveld betref, asook sy/haar persoonlike navorsing en siening. Navorsing help ook om die navorsers te leer om die regte vrae te stel eerder as om ongetoetsde antwoorde op alles te verskaf (Babbie, 2008: 126; Struwig & Stead, 2001).

5.2.2 Navorsingsproses

Volgens Leedy en Ormrod (2005) is navorsing die sistematiese proses van dataversameling, data-ontleding en -interpretasie. Tydens die navorsingsproses word gepoog om kennis van 'n spesifieke fenomeen te verhoog, sodat die navorsingsvrae beantwoord kan word (Leedy & Ormrod, 2005: 2).

Alhoewel navorsingsprojekte wissel in kompleksiteit en tydsduur, kan navorsing verdeel word in minstens agt stappe: (1) Die oorsprong van die navorsing is 'n vraagstelling of probleem, sub-probleme en onbeantwoorde vrae; (2) Doelwitte moet duidelik uitgespel word volgens die probleemstelling en die navorsingsprobleem of probleemstelling lei die proses; (3) 'n Navorsingsplan moet geformuleer word om die verloop van die proses te reguleer; (4) Soms word sekere aannames gemaak, asook tentatiewe oplossings vir die probleemstelling verkry, deur die formulering van een of meer hipoteses. Nie alle navorsing word egter gerig deur hipoteses nie; (5) Data word versamel, georganiseer en geïnterpreteer, wat lei tot die beantwoording van die navorsingsprobleem; (6) Wanneer 'n spesifieke area nagevors word tydens die navorsingsproses, kan op addisionele probleme afgekomp word wat tot nuwe navorsing aanleiding kan gee. Navorsing lei dus tot verdere navorsing (Leedy & Ormrod, 2005: 2-3, 6-7).

Garbers (1996) verdeel die navorsingsproses in vyf stappe: (1) die keuse van 'n navorsingsontwerp; (2) die formulering van 'n probleemstelling (met kwantitatiewe navorsing word 'n hipotese getoets wat vooraf gestel word, terwyl kwalitatiewe navorsing se beginpunt eerder vermoedens en verwagtinge is wat voortspruit uit sistematiese verklarings); (3) konseptualisering en operasionalisering; (4) data-insameling; en (5) data-ontleding en interpretasie van data. Volgens Garbers (1996: 293) is hierdie volgorde buigbaar.

Wanneer beweeg word vanaf 'n navorsingstema na 'n -onderwerp of spesifieke probleem, vind sifting plaas. Die siftingsproses word voorafgegaan deur die nagaan van navorsing wat alreeds oor die onderwerp gedoen is. Vrae wat na vore kom in die proses is: wat wil ek bestudeer, wanneer, hoekom en hoe? 'n Probleem wat goed geformuleer is, maak dit makliker om 'n antwoord te vind. Die navorsingsontwerp hou verband met die identifikasie van die presiese probleem, konseptualisering en operasionalisering (Leedy & Ormrod, 2005: 135).

Ingebed by 'n sosiale benadering plaas Babbie (2008) belangstellings, idees en teorieë bo-aan sy uitbeelding van 'n navorsingsproses. Dit verteenwoordig die moontlike beginpunte vir navorsing. So kan 'n aanvanklike belangstelling byvoorbeeld lei tot die formulering van 'n bepaalde gedagte wat ook mag inpas in 'n groter teorie, terwyl die teorie weer nuwe gedagtes na vore mag bring wat op hulle beurt weer kan lei tot die skepping van nuwe belangstellings. Al drie genoemde momente benodig empiriese navorsing (Leedy & Ormrod, 2005: 135).

Navorsing kan lei tot die ontdekking van 'n belangstelling, die toetsing van 'n spesifieke gedagte of die geldigheid van 'n komplekse teorie. Wat ookal die doel mag wees, die navorser is genoodsaak om verskeie besluite te neem. As voorbeeld gebruik Babbie (2008) die aborsie-kwessie met die doel om vas te stel waarom sommige kollege-studente die reg om aborsie te beoefen ondersteun en ander dit teenstaan. Hiermee saam mag 'n navorser miskien die gedagte koester dat studente in die mens- en die sosiale wetenskappe meer geneig is om regte rakende aborsie te ondersteun as diegene in die natuurwetenskappe. Daar is in hoofsaak twee tipes belangstellings, naamlik dié wat beskrywend van aard is en dié wat verduidelikend van aard is. So kan die beskrywende belangstelling daarop gerig wees om vas te stel watter persentasie van die studentekorps vroue se reg tot aborsie ondersteun. Die verklarende belangstelling fokus weer op die dryfvere of oorsake waarom sommige aborsie-regte ondersteun en ander dit weer teenstaan. Daar moet dus ook besluit word watter tipe studie die navorser se oogmerke die beste sal pas. Vir hierdie navorsingstudie kan byvoorbeeld 'n beskrywende benadering gevolg word om vas te stel watter persentasie geneeshere gesinslede betrek by die behandelingsproses van die kankerpatiënt. 'n Verklarende benadering sal egter fokus op dryfvere en redes waarom geneeshere die gesinslede soms nie betrek by die behandelingsproses van die kankerpatiënt nie (Babbie, 2008: 119).

Babbie (2008) wys verder daarop dat voor die ontwerp van 'n navorsingstudieplan die doel daarvan duidelik gedefinieer moet word en ook of die aard van die studie ontdekkend, beskrywend of verklarend sal wees. Nadat 'n duidelike doel vir die studie bepaal is, asook die uitkomst wat graag bereik wil word, kan daar oorgegaan word tot die konseptualisering van die vernaamste aspekte waarop daar in die studie gefokus gaan word. Hierna volg die keuse van 'n navorsingsmetode of die kombinasie van metodes. Die volgende stap noem hy operasionalisering of die besluit oor watter meettegnieke aangewend gaan word. Daar word ook besluit wie of wat in die navorsing bestudeer gaan word. Hier kom die bepaalde groep en steekproeftrekking ter sprake.

Nadat besluit is wat bestudeer gaan word, onder wie en deur watter metode(s), kan die navorser begin met data-insameling. Daarna volg data-prosessering (Babbie, 2008) met die oog op kwantitatiewe en/of kwalitatiewe ontleding. Die finale fase van die navorsingsproses word bereik wanneer die navorser gereed is om sy/haar bevindinge te kommunikeer (Babbie, 2008: 119-122).

Soos reeds in die vorige paragraaf genoem, sal daar vir die doel van die onderhawige studie volstaan word met die siening dat navorsing 'n sistematiese proses is van insameling, ontleding en vertolking van data ondersteun deur ondersoekvaardighede (Babbie, 2008: 119-122).

5.3 NAVORSINGSBENADERINGS

Navorsingsmetodes word benut om probleemstellings op te los. In die onderhawige studie sal kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsmetodes benut word (Garbers, 1996: 293), soos wat dit ook in die literatuurstudie gereflekteer word.

5.3.1 Kwalitatiewe benadering

Leedy en Ormrod (2005) beskryf vyf kwalitatiewe navorsingsmetodes: (1) gevallestudies; (2) etnografiese (volkekundige) studies; (3) fenomenologiese studies; (4) begroondeteorie-studies; en (5) inhoudsontleding. In die studie onder bespreking sal begroonde teorie sowel as tematiese ontleding oorweeg word (Chapman, Hadfield & Chapman, 2015: 201-205; Leedy & Ormrod, 2005: 135,144). Na voltooiing van data insameling is besluit op tematiese ontleding met verwysing na begroonde teorie vir verdere navorsing. Delport en Fouche (2005) onderskei biografieë, fenomenologiese studies, begroondeteorie-studies, etnografiese en gevallestudies. 'n Biografie word benut om 'n individu se lewe en ervaringe te dokumenteer soos meegedeel aan die navorser of soos gevind in dokumente en argiefmateriaal. Fenomenologie is afgestem op die verstaan en vertolking van die essensie wat betekenis aan sekere onderwerpe gee met betrekking tot die daaglikse lewe van persone wat deelneem aan die navorsingstudie. Die begroondeteorie-strategie verwys weer na die skepping van 'n teorie wat hoofsaaklik gebaseer is, maar tog nie uitsluitlik nie, op waarneming eerder as op deduktiewe beredenering. Etnografie is 'n verdere strategie wat fokus op die bestudering van 'n kultuur of 'n sosiale groep wat in noue verbintenis met mekaar leef, soos getipeer deur deelnemende waarnemende beskrywing en vertolkende data-ontleding. 'n Gevallestudie verwys na die waarneming, aktiwiteit, gebeurtenis, programme of individuele

verbondenheid in 'n sekere tydsgleuf en bepaalde omgewing (Delport & Fouche, 2005; Fouche, 2005: 273).

Kwalitatiewe navorsing dien vier doelwitte, naamlik: (1) die beskrywing van die aard van sekere situasies, omgewings, prosesse, verhoudings, sisteme en mense; (2) die interpretasie van inligting wat die navorser lei tot nuwe insigte oor 'n spesifieke fenomeen, asook die ontwikkeling van nuwe konsepte of teoretiese perspektiewe oor die fenomeen; (3) die ontdekking van die probleme in die fenomeen; (4) die toets van die geldigheid van sekere aannames, teorieë, bewerings of veralgemenings; asook (5) die daarstelling van 'n basis waardeur die navorser sekere beleide, praktyke en innoverende optredes kan evalueer (Leedy & Ormrod, 2005: 135).

Volgens Delport en Fouche (2005) is dit in kwalitatiewe navorsing belangrik om eers 'n keuse te maak van 'n paradigma, raamwerk of verwysingsraamwerk wat die studie ondersteun en as grondslag dien. Babbie (2008) beskryf 'n paradigma as 'n model of raamwerk met die oog op waarneming en begrip wat beide dit wat 'n mens sien en hoe dit vertolk word, omvat. Na die keuse van 'n paradigma wys Delport en Fouche (2005) verder daarop dat daar ook vasgestel moet word watter teoretiese en literatuuoroorsigte as gids sal dien vir 'n navorsingstudie. In die sosiale wetenskappe kan 'n literatuuoroorsig voor en selfs na die data-insamelingsfase van die studie aangewend word. In die geval van 'n begrondende teoretiese studie behoort die finale verslag die verhouding van die nuwe teorie tot ander bestaande kennis te bespreek.

Kwalitatiewe navorsing word aangewend in baie velde, soos die bestuurswetenskappe, sosiologie, antropologie, argeologie, psigologie, sosiale werk, opvoeding en geskiedenis, asook inligtingkunde en studies oor inligtinggedrag. Kenmerkende eienskappe van kwalitatiewe navorsing kan volgens Struwig en Stead (2001) die volgende insluit: (1) Die respondente en die navorsers se perspektiewe word betrek en dit is die navorser se verantwoordelikheid om die data te ontleed en te vertolk met betrekking tot die respondente; (2) Mikro- en makro-kontekste en hoe hierdie kontekste in dinamiese interaksie teenoor mekaar staan, word inag geneem; (3) Verbandhoudende gebeure word ondersoek binne 'n bepaalde tydgleuf of 'n langer afgebakende tydperk; en (4) Buigzaamheid word toegepas in die gebruik van teorieë omdat kwalitatiewe navorsers hulle nie altyd uitsluitlik op 'n enkele teorie wil verlaat nie. Soms word teorieë wel vanuit 'n kwalitatiewe perspektief getoets (Astin & Long, 2014; Struwig & Stead, 2001: 11-13).

Tesch (1990) verwys na kwalitatiewe data as enige inligting wat die navorser versamel wat nie in getalle uitgedruk word nie, onder andere woorde, prente, tekeninge, skilderye, foto's, films, videopnames en klankopnames. Kwalitatiewe navorsing fokus sterk op taal, inhoudsontleding, diskoersontleding, etnografie en kommunikasie. Die kwalitatiewe navorser is ook geïnteresseerd in groepering van gelyksoortige kenmerke en skeiding van ongelyksoortige kenmerke: die verwantskap tussen geïdentifiseerde en gekategoriseerde elemente. Etnografiese inhoudsontleding pas begronde teorie toe op dokumente en transkripsies van onderhoude. In gebeurtenisstruktuur-ontleding poog die navorser om die onderliggende logiese struktuur te vind na gelang van gebeure wat plaasgevind het (Struwig & Stead, 2001: 15-16). Verder kan ooreenkomste gesoek word om die vorming van patrone vas te stel. Daar word fenomenografies te werk gegaan wanneer onderhoude of aanhalings primêr aangewend word om ooreenkomste vas te stel waardeur die eiesoortige ervaring en konseptualisering van respondente negeer word. In 'n uitkomsgeoriënteerde benadering is beide die respondent en navorser betrokke in besluite oor die navorsingsproses. Sulke navorsing is heel dikwels daarop gerig om 'n agtergeblewe gemeenskap te bemagtig, terwyl sosiale geregtigheid 'n belangrike begeleidende beginsel is (Struwig & Stead, 2001: 15-16). Voorts word fenomenologie aangewend wanneer die hoof-oogmerk is om in navorsing gemeenskaplike temas te vind om die reeks betekenis wat 'n fenomeen kan aanneem, te illustreer. Verder is hermeneutiek, gevallestudies en lewensverhale van belang met die oog op die vertolking van 'n bepaalde moment (Struwig & Stead, 2001: 15-16).

Wanneer kwalitatiewe data ontleed word, is patrone wat voortvloei uit 'n beduidende getal waarnemings belangrik. Die patrone kan vasgestel word deur bepaalde vrae te stel soos: (1) Watter tipe gedrag tree na vore? (2) Wat is die struktuur van die gedrag? (3) Hoe dikwels kom dit na vore? (3) Wat veroorsaak die gedrag? (4) Wat is die prosesse daarby betrokke? (5) Wat is die gevolge? (6) Watter strategieë gebruik mense? (Frankfort-Nachmias & Nachmias, 1997: 294; Posey, Roberts, Lowry & Hightower, 2014).

Vanuit die voorafgaande bespreking is die volgende veral vir die onderhawige studie van belang: (1) Daar word gebruik gemaak van kwalitatiewe data wat nie numeries uitgedruk kan word nie, soos woorde en klankopnames; (2) Kwalitatiewe navorsing is interdisiplinêr, multi-paradigmaties en multi-metodies van aard; (3) ('n) Paradigma(s) word dikwels gekies as verwysingsraamwerk(e) om as grondslag vir die studie te dien; (4) Die navorsingsontwerp sluit aan by bestaande verwysingsraamwerke om verwarring te voorkom; (5) Oorspronklike strategieë of metodes word benut, soos gevallestudie, observering, fokusgroepe en fenomenologie; (6) Die fokus is op taal en kommunikasie;

(7) Perspektiewe van die navorser en respondente, kontekste, die aanwending van teorieë en die spesifieke tydgleuf (kort of langer tydperk) is tipiese eienskappe; (8) In 'n uitkomsgeoriënteerde benadering word beide die navorser en respondente betrek in besluite oor die navorsingsproses; (9) Konsepte word geherkonstrueer in die studie waarin 'n teorie begrond kan word; (10) 'n Begronde teorie word in hoofsaak gebaseer op waarneming; (11) Data word versamel deur onderhoude en ander relevante bronne; (12) Klem word geplaas op ooreenkomste om duidelike patrone te identifiseer (Babbie, 2008; Babbie & Moutom, 2004; Delport & Fouche, 2005: 265; Fouche, 2005: 273; Leedy & Ormrod, 2005: 135; Struwig & Stead, 2001).

5.3.2 Kwantitatiewe benadering

Kwantitatiewe navorsing vereis dat die data wat versamel word, in getalle uitgedruk kan word, met ander woorde gekwantifiseer kan word. Die mees algemene metodes wat gebruik word om kwantitatiewe navorsing uit te voer, sluit in ontdekkende, deskriptiewe, eksperimentele en kwasiëksperimentele metodes. Die hoofdoel van ontdekkende navorsing is die ontwikkeling van idees en die formulering van vrae en hipoteses vir meer spesifieke ondersoeke later. In deskriptiewe navorsing word weer gepoog om iets te beskryf, byvoorbeeld die demografiese kenmerkende eienskappe van die gebruikers van 'n gegewe produk en die vergelykende mate waarin die produk gebruik word wat betref inkomste, geslag, ouderdom en ander veranderlikes. Om 'n volledige en akkurate beskrywing van 'n situasie te kan gee, word dikwels van gevallestudies en statistiese metodes gebruik gemaak. Wanneer deskriptiewe eienskappe verbind word met statistiese gegewens, kan die deskriptiewe faktore soos demografiese faktore gekwantifiseer word. Dit dui op die mate van invloed wat die deskriptiewe faktor of faktore het in die spesifieke navorsingstudie en in watter verhouding die deskriptiewe faktore teenoor dit wat nagevors word staan. Eksperimentele en kwasiëksperimentele navorsing kom ter sprake wanneer navorsingsontwerpe as strategieë aangewend word om navorsingsprobleme te hanteer. Ware eksperimentele navorsingsontwerpe fokus op navorsingsvrae met betrekking tot oorsaaklikheid, naamlik in watter mate 'n reeks veranderlikes, bekend as onafhanklike veranderlikes, ander veranderlikes beïnvloed, wat weer bekend staan as afhanklike veranderlikes. Kwasiëksperimentele navorsingsontwerpe is soortgelyk aan ware eksperimente met die verskil dat die respondente nie ewekansig toegewys is aan 'n groep nie (Struwig & Stead, 2001: 7-10).

Volgens Fouche en de Vos (2005) behels die eerste kategorie van kwantitatiewe navorsingsontwerpe dié van pre-eksperimentele, hipotese-ontwikkeling- of

ontdekkingsontwerp. Vooraftsing word nie in hierdie tipe ontwerpe gebruik nie. Genoemde ontwerpe meet die afhanklike veranderlike alleen na die onafhanklike veranderlike aan die orde gestel is.

'n Kontrolelys verteenwoordig 'n sekere tipe vraelys wat 'n reeks van sekere items bevat. In hierdie tipe vraelys word die respondent versoek om aan te dui watter items die meeste op hom/haar van toepassing sou wees of sy/haar situasie die beste beskryf. Daar kan van geskikte gestandaardiseerde kontrole-vraelyste gebruik gemaak word of alternatiewelik kan vraelyste deur die navorser self opgestel word (Delpport, 2005: 179).

Die terme “*indekse*” en “*skale*” word heel dikwels uitruilbaar aangewend in sosiale navorsingsliteratuur. Beide voorsien ordinale en intervalmetings van 'n veranderlike, terwyl beide ook saamgestelde metings van veranderlikes kan wees, naamlik metings wat gebaseer is op meer as een data-item. Die belangrike verskil tussen indekse en skale is gesetel in die samestelling van die metings. 'n Indeks word saamgestel deur akkumulerende tellings toegesê aan individuele eienskappe, terwyl 'n skaal saamgestel word deur die toesegging van tellings gekoppel aan responsoriese patrone. Laasgenoemde verleen erkenning daaraan dat sommige items 'n relatief swakker vergelyking van die veranderlike reflekteer, terwyl ander weer iets sterker daarvan weerspieël. Oor die algemeen word skale meer benut in navorsingstudies as indekse omdat skale die intensiteit wat verskillende items ten opsigte van die veranderlike reflekteer, kan meet. Met die benutting van 'n grafies-numeriese skaal (waarin positiewe en negatiewe refleksies geakkommodeer kan word), kan die volgende sleutel terme byvoorbeeld as response weergee word: stem beslis saam; stem saam; stem nie saam nie en stem glad nie saam nie (Delpport, 2005: 181).

Kwantitatiewe navorsing is 'n vorm van gevolgtrekkende navorsing waarby verteenwoordigende steekproewe en verantwoordelike gestruktureerde data-insamelingsprosedures gebruik word. Die primêre rol van kwantitatiewe navorsing is om 'n hipotese te toets. 'n Hipotese is 'n voorveronderstelling of stelling met betrekking tot die verwantskap tussen twee of meer veranderlikes (fenomene) en 'n hipotese wat getoets kan word (Struwig & Stead, 2001: 4).

Die kenmerkende elemente van kwantitatiewe navorsing sluit onder meer die volgende in: veranderlikes en meting, oorsaaklikheid, veralgemening en die individu as fokus. Kwantitatiewe navorsing word benut in navorsing oor kanker en inligtingsoekgedrag, deur byvoorbeeld kousale verbande te trek tussen die tipe demografiese faktor en die

rede waarom spesifieke inligtingbronne voorkeur geniet by kankerpatiënte (Leedy & Ormrod, 2005: 94-97, 108; Struwig & Stead, 2001: 4-5) . Hierdie studie samel beperkte kwantitatiewe data in om die profiel van die deelnemers te bepaal, maar dit gaan nie gebruik word om verbande te trek nie.

Die volgende is veral vir die onderhawige studie van belang rakende kwantitatiewe navorsing: (1) Data-insamelingsmetodes tydens die kwantitatiewe navorsingsproses kan vraelyste en gerieflikheidsteekproewe insluit; (2) Data word ingesamel tydens die kwantitatiewe navorsingsproses deur die benutting van skale; (3) Vraelyste vir gebruik tydens die navorsingsonderhoud bevat 'n gestruktureerde onderhoudskedule; (4) Kwantitatiewe navorsing maak deel uit van gevolgtrekkende navorsing; (5) Tydens die kwantitatiewe navorsingsproses word ontdekkende, deskriptiewe metodes meestal aangewend; (6) Daar word gefokus op die individu in die empiriese ondersoek; (7) 'n Poging word aangewend om resultate wat verkry is tydens die navorsingsproses te veralgemeen; (8) Navorsingstudies kan herhaal word in verskillende kontekste om die toepasbaarheid daarvan te toets; (9) Die benutting van veranderlikes en meting van die invloed wat fenomene het, is verdere kenmerkende elemente; (10) Daar word gepoog om die oorsaaklike verwantskappe tussen veranderlikes vas te stel met die oog op teorievorming of die postulering van 'n nuwe hipotese (Delport, 2005: 179; Fouche & De Vos, 2005: 143; Leedy & Ormrod, 2005; Struwig & Stead, 2001).

5.3.3 Gekombineerde kwalitatiewe en kwantitatiewe benaderings

Soos reeds in hoofstuk 1 vermeld, gaan in hierdie studie 'n gekombineerde benadering gevolg word van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsmetodes met die klem veral op laasgenoemde. Hiermee saam gaan naas die inligtinggebruikergesentreerde paradigma ook gebruik gemaak word van 'n ruimer interaksionistiese paradigma (soos bespreek deur Delport en Fouche, 2005) om ruimte te skep vir die inspeel van perspektiewe wat verband hou met verskeie faktore en agtergronde soos godsdiens, kultuur, sosio-ekonomiese en emosionele belewenisse (sien ook 5.2.1 van hierdie hoofstuk). Die kombinasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes is beslis nie sonder struikelblokke nie. Dit is nie net finansieël 'n duurder onderneming nie, maar kan ook tydrowend wees met as uitkoms 'n baie langer en meer komplekse studie. Heelwat diepte-studie is nodig om die vaardighede te ontwikkel om beide metodes sinvol te hanteer. Verskynsels wat ondersoek word, soos emosionele ervarings en begrippe, dwing die navorser om die mens in sy volledige konteks van menswees inag te neem. In

die lig hiervan blyk 'n enkelvoudige kwantitatiewe of kwalitatiewe benadering ontoereikend te wees (Leedy & Ormrod, 2014: 267-280).

Daar is drie sosiale kragte wat die integrasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes noodsaaklik maak: die onseibaarheid van kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes, die groeiende fokus op sosiale navorsing en praktyk (veral in die VSA) asook die ontwikkelingsgang wat sosiale navorsers deurloop tydens hulle loopbane. Daarom word meer klem geplaas op toegespitste navorsing gerig op spesifieke belangstellingsvelde (De Vos *et al.*, 2005: 360, 364-366).

De Vos (2005) maak ook gewag van 'n moontlike driehoeksvormingsmetode ten einde kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings te kombineer. Die driehoeksvormingsmetode is as term deur Denzin (1978) geformuleer en daar word onderskei tussen vier verskillende tipes: (1) Data-driehoeksvorming beklemtoon die gebruik van meer as een databron, byvoorbeeld onderhoude, argiefmateriaal en waarneming; (2) Navorsers- of waarnemers-driehoeksvorming dui op die gebruik van meer as een waarnemer in 'n bepaalde studie met die oog daarop om intersubjektiewe ooreenstemming te bereik; (3) 'n Driehoeksvormingsteorie mag die gebruik van meer as een teorie of perspektief behels om 'n spesifieke datareeks wat ingesamel is, te interpreteer; (4) Metodologiese driehoeksvorming sluit die gebruik van meer as een metode in om 'n spesifieke onderwerp te bestudeer deur byvoorbeeld kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes in 'n enkelvoudige studie te kombineer. Dit kan bydra om dieselfde verskynsels vanuit verskillende gesigspunte te belig (De Vos *et al.*, 2005: 361-362; Neuman, 2000: 124-125; Padgett, 1998: 97). In hierdie studie is gebruik gemaak van kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsmetodes

5.4 STEEKPROEFTREKKING

Met data-insameling kan verskillende metodes gebruik word. 'n Steekproef is nodig wat verteenwoordigend kan wees van die teikengroep wat op 'n gerieflikheids- of beskikbaarheidsgrondslag gebaseer kan word. Daar is twee hoof tipes steekproeftrekkingmetodes, naamlik waarskynlike en nie-waarskynlike metodes. 'n Waarskynlike steekproeftrekking is die algemene term vir steekproewe wat gekies word in ooreenstemming met 'n waarskynlikheidsteorie asook 'n tipiese ewekansige meganisme. Hierteenoor is 'n nie-waarskynlikheidsteekproeftrekking enige tegniek waarin die steekproewe geselekteer word op 'n sekere wyse, los van enige waarskynlike steekproef. Voorbeelde sluit in die beskikbaarheid van bereidwillige deelnemers sowel

as die doelmatige selektering volgens die navorser se oordeel, sneeubal- en kwota-steekproewe. In steekproeftrekking met die oog op navorsing word gewoonlik gestreef na 'n verteenwoordigende steekproef wat terselfdertyd sonder bevooroordeeldheid moet wees (Babbie, 2008: 203).

5.4.1 Gerieflikheidsteekproeftrekking

Struwig en Stead (2001) huldig die siening dat gerieflikheidsteekproeftrekking in hoofsaak geskied vanweë die respondente se beskikbaarheid en toeganklikheid. Dit word veral as metode aangewend in 'n homogene omgewing, byvoorbeeld die pryspraktyke van farmaseutiese firmas. As gevolg van die beperkinge van tyd en geld kan byvoorbeeld besluit word om net die firmas te ondersoek wat relatief naby die navorser geleë is (Marshall & Rossman, 2011: 111; Struwig & Stead, 2001: 111). In die studie van Owen, Bantum, Criswell, Bazzo, Gorlick *et al.* (2014) is gerieflikheidsteekproeftrekking gebruik.

Die keuse van die navorser om steekproefontwerpe te oorweeg om makliker toeganklike eenhede in die teikengroep (bevolking) te kan selekteer, word toeganklikheid- of gerieflikheidsteekproewe genoem. Sulke ontwerpe het koste- en administratiewe voordele en word algemeen gebruik in sommige veldnavorsing; daar is egter ook nadele aan verbonde, soos bevooroordeeldheid. Om die risiko van bevooroordeeldheid te verminder, kan die navorser ook 'n doelgerigte steekproeftrekking doen. Sodoende erken die navorser dat daar moontlike inherente variasie in die teikengroep of bevolking van belang mag wees. Alhoewel subjektiewe oordeel aangewend word om 'n steekproef te kies, word aanvaar dat die steekproef genoegsaam verteenwoordigend is van die teikengroep vir 'n verkennende studie. Die doelgerigte steekproeftrekking se sukses berus op twee aannames: (1) Die navorser kan vooraf die kenmerkende eienskappe identifiseer om op kollektiewe wyse variasie rakende die kenmerkende eienskappe in te sluit; en (2) Die gekose steekproef sal die korrekte verspreiding van kenmerkende eienskappe weerspieël. Hoe dit ook al sy, dit bly steeds 'n baie moeilike taak om doelgerig 'n foutvrye steekproef te kies. Gerieflikheids- en doelgerigheidsteekproeftrekking word dikwels in kombinasie gebruik (Lynn, 2002: 189).

5.4.2 Sneeubal-effek (netwerkvorming)

Vir hierdie bespreking van die sneeubal-effekmetode sal David en Sutton (2004) en Struwig en Stead (2001) se menings weergegee word. Sneeubalsteekproeftrekking is

gebaseer op sosiale netwerke en vorm 'n informele metode om toeganklikheid tot 'n beoogde teikengroep te verbeter. In die daarstelling van 'n steekproefraamwerk kan sneeubal tegnieke gebruik word om dit te verbreed. Die hoofprobleem is om die volledigheid van die gekonstrueerde raamwerk te bepaal (Teddle & Yu, 2007).

Sneeubalsteekproeftrekking behels dat wanneer 'n navorser in kontak kom met 'n spesifieke geval wat relevant is vir sy/haar ondersoek, hy/sy deur die geval kontak verkry met ander soortgelyke gevalle. Dit kan tot 'n bevooroordeelde steekproefgroep lei en die navorser is uitgelower aan ander om kontakte te identifiseer. Die steekproef is verder 'n weerspieëling van die sosiale netwerke van diegene wat kies om deel te neem en daar mag verskille wees indien ander kontakte as vertrepunt gebruik sou word.

Gerieflikheidssteekproeftrekking kan gekombineer word met sneeubalsteekproeftrekking, waar die name van addisionele respondente verkry word deur inligting soos verskaf deur die aanvanklike respondente. Hierdie twee tegnieke saam kan nuttig wees in verkennende studies (David & Sutton, 2004: 152; Marshall & Rossman, 2011: 111; Struwig & Stead, 2001: 112).

Bryman (2001) wys daarop dat die vertrepunt van 'n netwerksteekproefbenadering begin waar die navorser aanvanklik kontak maak met 'n klein groep wat relevant is vir die navorsingsonderwerp en dan hierdie geleentheid benut om kontak met ander te maak. Die term sneeubal verwys na die proses van akkumulering soos wat elke vasgestelde persoon ander persone voorstel. Die steekproef is nie ewekansig nie en dit is onwaarskynlik dat dit verteenwoordigend van die bevolking sal wees. In 'n studie deur Dickerson, Reinhart, Boehmke en Akhu-Zaheya (2011) is die sneeubalvorming tegniek benut. Die deelname van 15 mans met prostaatkanker wat die internet gebruik vir kankerinligting is verkry deur eerstens 'n ondersteuningsgroep te nader, waarna deur 'n netwerk (deur vriende of kennisse van die ondersteuningsgroeplede te nader) nog respondente verkry is (Babbie, 2008: 205; Bryman, 2001: 98-99; Dickerson, Reinhart, Boehmke & Akhu-Zaheya, 2011).

In 'n studie van Williams-Piehota, McCormak, Treiman en Bann (2008) is gerieflikheidssteekproefneming met sneeubalsteekproefneming gekombineer. Twintig sessies met 10-30 respondente per sessie het plaasgevind. 'n Gemeenskapsorganisasie is genader wat die deelname aan die navorsing geadverteer het. 'n Netwerk is gebruik om die respondente te verkry by die gemeenskapsentrum en dit was terselfdertyd gerieflik omdat genoeg respondente beskikbaar was (Williams-Piehota, McCormak, Treiman & Bann, 2008: 440-453).

In hierdie studie is van gerieflikheidsteekproeftrekking sowel as die sneeubaltechniek gebruik gemaak omdat: (1) Die beskikbaarheid en die toeganklikheid van die respondente dien as kriterium; (2) Sosiale netwerke kan help om groter toeganklikheid te verkry om versteekte potensiële respondente te identifiseer; (3) Die evaluering van respondente in verhouding tot mekaar sinvol kan geskied; (4) In kombinasie met mekaar beide steekproeftrekkings kan help om veral die ontdekkende gerigtheid van hierdie studie te ondersteun; (5) Dit bied groter soepelheid om geskikte respondente in die navorsingstudie te vind sonder om onnodig ver afstande af te lê; en (6) Kankerpatiënte geneig is om die onderwerp van kanker te vermy (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011).

5.5. DATA-INSAMELINGSINSTRUMENTE

Daar is verskillende metodes van data-insameling. Die data-insamelingsmetodes onder bespreking is (1) onderhoudvoering (soos bespreek deur Greeff, 2005; Hughs, 2002; Leedy & Ormrod, 2005); (2) semi-gestruktureerde onderhoude (soos bespreek deur Greeff 2005; Struwig & Stead, 2001) en (3) vraelyste (soos bespreek deur Babbie, 2008; Leedy & Ormrod, 2005; Mouton, 2001; Pickard, 2013).

5.5.1 Onderhoudvoering

Tydens onderhoudvoering word gewoonlik vrae gestel aan die respondente oor die motivering vir hul keuses en antwoorde oor 'n spesifieke onderwerp (Leedy & Ormrod, 2005: 146). Hughs (2002) wys daarop dat die voer van onderhoude vir baie mense 'n belangrike deel vorm van elke dag se lewe. Hoewel daar ooreenkomste bestaan tussen navorsingonderhoude en ander, byvoorbeeld werksonderhoude, is daar tog ook duidelike verskille. 'n Navorsers behoort nougeset en metodies ingestel te wees terwyl onderhoude gevoer word. 'n Bruikbare vertrekpunt is volgens Hughs om die doel van onderhoudvoering duidelik te verreken, naamlik deur uit te vind wat werklik aangaan in iemand se gedagte-wêreld. Onderhoude word met mense gevoer om inligting te verkry wat nie sonder meer waargeneem kan word nie. Die volgende is belangrike punte in die gebruik van onderhoudvoering as 'n vorm van data-insameling: (1) 'n Persoonlike ontmoeting met respondente vind plaas; (2) Heelwat data kan relatief vinnig verkry word; (3) Die respondent se samewerking ten opsigte van die navorsingsonderwerp kan gefasiliteer word; (4) Daar is geleentheid om onmiddellik op te volg wanneer vrae en antwoorde onduidelik of onvolledig is; (5) Dit is nuttig vir die ontdekking van komplekse verbintenisse in sosiale verhoudings; (6) Data word ingesamel in 'n natuurlike konteks of omgewing; (7) Dit is geskik vir die insameling van inligting gebaseer op nie-verbale gedrag

en kommunikasie soos gesigsuitdrukking en liggaamstaal; (8) Dit bied ruimte vir die fasilitering van ontledings, geldigheidskontrole en driehoekige verifiëring (triangulasie); (9) Dit help om die ontdekking van nuanses in kultuur te fasiliteer; (10) Dit voorsien soepelheid in die formulering van hipoteses; (11) Dit skep ruimte vir agtergrondkonteks sodat meer gefokus kan word op aktiwiteite, gedrag en gebeure; en (12) Dit kan nuttig aangewend word vir die blootlegging van die subjektiewe perspektiewe van respondente, asook die perspektiewe onderliggend aan organisatoriese prosesse (Babbie, 2008; Hughs, 2002: 209-210; Leedy & Ormord, 2005).

Tydens onderhoude kan die navorser vrae stel oor feite, persone se geloofsoortuigings en perspektiewe, gevoelens, motiverings, huidige gebeure, gebeure in die verlede, standarde vir gedrag en redes vir optrede. Onderhoude in kwalitatiewe studies is gewoonlik nie so gestruktureerd soos in kwantitatiewe studies nie. Semi-gestruktureerde onderhoude met oop vrae word benut, wat buigbaarheid toelaat vir die insamel van inligting waarvoor nie beplan is nie. Die nadeel van semi-gestruktureerde onderhoude is dat dit soms moeilik is om 'n vergelyking te tref tussen verskillende respondente se menings (Leedy & Ormrod, 2005: 146).

Hughs (2002: 210) wys ook op die tekortkominge van onderhoudvoering: (1) Data kan verkeerd vertolk word vanweë kulturele verskille; (2) Die sukses van die onderhoud berus op die samewerking van 'n klein groepie sleutelinformante; (3) Dit is moeilik vir die onderhoudvoerder om alles presies te kan weergee soos deur respondente meegedeel; (4) Daar is nie altyd 'n vasgestelde prosedure nie en die prosedure wat gevolg word, hang af van die navorser se kognitiewe en emosionele vermoëns; (5) Respondente kan deur die onderhoudvoerder beïnvloed word; (6) Opdringerigheid en die tipe reaksie wat voorkom, kan nie ten volle uitgeskakel word nie; (7) Onderhoudvoering kan gevaar of ongemak vir die navorser veroorsaak wanneer die respondent aggressief is; (8) Die eerlikheid van die respondente bepaal die sinvolle insameling van data; en (9) Die vermoë van die navorser om vindingryk, sistematies en eerlik te wees, is onontbeerlik om bevooroordeeldheid in die ontleding van data te kan beheer (Hughs, 2002: 210).

Die navorser behoort onderhoudvoering as 'n kuns te beskou. Gedurende die onderhoud behoort gepoog te word om die volgende van die respondent te verkry: (1) Om idees vrymoedig uit te druk; (2) Om antwoorde, wat ook idees of gedagtes kan insluit, duidelik te verwoord; (3) Om antwoorde te verduidelik en daarop uit te brei; en (4) Om eerder te fokus op knelpunte onder bespreking as om rond te dwaal tussen onderwerpe wat nie betrekking het op die studie nie. Soms word aan die hand gedoen dat 'n reeks van

minstens drie onderhoude met elke respondent behoort plaas te vind. Dit geskied onder meer in ongestruktureerde onderhoude (Greeff, 2005: 295-297).

Oop en gefokusde vrae behoort eerder gevra te word om aan respondente die geleentheid te gee om hulle mening vrylik te kan uitspreek. In die opstel van die onderhoudskedule mag dit nodig wees om die sogenaamde tregtervormende tegniek te gebruik om te verseker dat respondente nie net algemene gesigspunte deel nie, maar ook response kan gee op meer spesifieke sake wat naby die fokus van die studie lê. (Greeff, 2005: 297).

'n Baie belangrike vaardigheid vir die navorser is die vermoë om 'n onderhoud te ontleed terwyl dit gevoer word. Dit is belangrik om die onderhoud wat gevoer word, geleidelik te beëindig eerder as om dit op 'n stomp-af manier skielik te stop. Dit is sinvol vir die navorser om die hoofpunte van die onderhoud op te som aan die einde van die onderhoud en te verneem of die respondent enige vrae het. Die navorser kan inligting aan die respondent verskaf om met hom/haar in verbinding te tree indien dit later nodig sou wees. Die respondent moet bedank word vir sy/haar beskikbaarheid en deelname. Soms word die transkripsies van die onderhoude ook aan die respondente voorgehou om te verseker dat dit korrek is (Greeff, 2005: 295-297).

Tydens navorsingsonderhoude is 'n goeie luistervermoë en oogkontak van kardinale belang. In 'n fokusgroeponderhoud moet die dinamika wat dit kan ontketen, deeglik verreken word. Indien afdwaling plaasvind, is dit die navorser se verantwoordelikheid om die verskillende respondente terug te lei na die onderwerp onder bespreking soos vervat in die riglyne van die onderhoudskedule (Babbie, 2008: 292-294; Greeff, 2005: 295-297; Hugh, 2002: 210; Leedy & Ormrod, 2005).

5.5.1.1 Semi-gestruktureerde onderhoude

'n Semi-gestruktureerde onderhoud is 'n kombinasie van gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoude. Aan die hand van voorafopgestelde vrae word elke respondent op sistematiese en konsekwente wyse betrek. Terselfdertyd word geleentheid gegee vir elke respondent om knelpunte te bespreek wat buite die gesigsveld van die vrae lê. Die waarde van hierdie tegniek lê daarin om 'n verskeidenheid reaksies te verkry waarop vraagstellend gereageer kan word deur die onderhoudvoerder, wat weer kan lei tot meer gedetailleerde response. Die respondente se response mag deur voorafopgestelde vrae beperk en beïnvloed word. Volgens

Struwig en Stead (2001) kan geargumenteer word of dit goed mag wees om die ongestruktureerde deel van die onderhoud vir die helfte van die respondente voor die gestruktureerde deel te laat plaasvind, terwyl die ander helfte op presies die omgekeerde wyse hanteer word. Deur dit te doen, word die invloed van een soort onderhoudstegniek oor 'n ander in ewewig gebring (Struwig & Stead, 2001: 98).

Volgens Greeff (2005) gebruik navorsers semi-gestruktureerde onderhoude om 'n gedetailleerde prentjie te vorm aangaande aspekte soos respondente se geloofsoortuigings of persepsies rakende 'n spesifieke onderwerp. Hierdie metode bied besondere soepelheid aan beide die navorser en respondent en is veral geskik waar die belangstelling gerig is op kompleksiteit of 'n proses of waar 'n aangeleentheid kontroversieel of intiem-persoonlik van aard sou wees. Voorafopgestelde vrae word aangewend om die semi-gestruktureerde onderhoud rigtinggewend te skeduleer eerder as om dit rigied te dikteer. Namate die respondent in 'n een-tot-een-onderhoud betrokke raak, kan aangeleenthede na vore tree waaraan die navorser vooraf nie eers gedink het nie. In so 'n onderhoud word die respondent beskou as die een wat die nodige kennis het oor die onderwerp en behoort daarom toegelaat te word om ruim geleentheid te kry om haar/sy storie te vertel. Gewoonlik is vrae oop van aard. Die vraelys wat opgestel word om onderhoude te begelei, word 'n onderhoudskedule of gids genoem. Dit word gebruik as 'n toepaslike instrument om die respondent betrokke te kry en verskaf 'n duidelike raamwerk vir die vertelling. Die navorser kan die temas of areas wat hy/sy meen gedek moet word, in die mees toepaslike volgorde rangskik. In hierdie verband is twee vrae van kardinale belang: (1) Wat is die mees logiese volgorde waarin areas of temas hanteer behoort te word? (2) Wat is die mees sensitiewe area(s)? Greeff (2005: 296) meen dat dit dit meer sinvol is om sensitiewe onderwerpe eers later in die onderhoud aan te raak (Crocker, Besterman-Dahan, Himmelgreen, Castaneda, Gwede *et al.*, 2014).

Toepaslike vrae met die oog op 'n semi-gestruktureerde onderhoud behoort weldeurdag te wees en behoort verband te hou met elke area van die navorsing. Die vrae moet varieer sodat dit van doodgewoon tot meer gekompliseerd, asook van meer algemeen tot die spesifieke strek (Greeff, 2007: 296).

Die voer van individuele semi-gestruktureerde onderhoude kan tydrowend en intens wees. Dit is belangrik om 'n respondent op sy/haar gemak te laat voel, te begelei en die onderhoud te fasiliteer, in plaas van om die onderhoud rigied te dikteer. Daar kan

oorweeg word om die onderhoudskedule aan respondente te gee (Greeff, 2005: 295-297).

5.5.2 Vraelyste

Volgens Mouton (2001) en Leedy en Ormrod (2005) behoort by die opstel van 'n vraelys met die oog op 'n onderhoud die volgende inag geneem te word: (1) Vooraftsing behoort plaas te vind volgens kriteria; (2) Teenstrydighede, vaagheid en onvanpaste aannames moet vermy word; (3) Duidelike, eenvoudige en spesifieke vrae moet aan die respondente gerig word; (4) Dubbelopige vrae (dit is vrae wat meer as een aspek kombineer) asook dubbelsinnige vrae en taal moet vermy word; (5) Die effek van die volgorde van die vrae op die akkuraatheid van die response moet inag geneem word; (6) Die toets van menings oor sake waarvan mense geen kennis het, is nie billik nie en moet daarom vermy word; (7) Vrae mag nie woorde in die mond van die respondente plaas nie; (8) Negatiewe vrae of dubbel-negatiewe vrae word heel dikwels verkeerd verstaan en behoort vermy te word; (9) Ontoereikende verduideliking van vrae kan lei tot geen reaksie nie of foutiewe of onvolledige antwoorde omdat die vrae nie verstaan is nie. Die taak van die respondent moet dus so eenvoudig moontlik gehou word; (10) Die lengte van 'n vraelys het 'n direkte en heel dikwels negatiewe invloed op die kwaliteit van die response. 'n Lang vraelys kan lei tot vrae wat uitgelaat word of deelname aan die studie verhoed; (11) Sensitiewe of bedreigende vrae kan ook lei tot gebrek aan reaksie of onwilligheid om deel te neem; (12) Die navorser moet die finalisering van die vraelys noukeurig nagaan om seker te maak dit beantwoord aan die behoeftes met betrekking tot die navorsingstudie; (13) Die navorser moet let op die tegniese en professionele voorkoms van die vraelys (Babbie, 2008; Eiriksson, Aronson, Clarke, Mojtahedi, Massey *et al.*, 2015; Leedy & Ormrod, 2005: 191-192; Mouton, 2001:103-104).

In die studie onder bespreking word die doel van die vraelys(te) in die dekbrieff vir elke respondent duidelik verreken, naamlik om data te bekom van die geselekteerde rolspelers (onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesin) rakende hul dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag in die kanker konteks. Verder word verduidelik dat die vraelys as riglyn dien vir semi-gestruktureerde onderhoude. Elke respondent word meegedeel dat hy/sy die reg het om 'n vraag nie te antwoord nie. In hierdie navorsingstudie is die voltooiing van die vraelys met enkele uitsonderings deur die navorser self behartig tydens semi-gestruktureerde onderhoude. Die doel van die navorsing is ook in die vraelys inag geneem, naamlik om te fokus op gekose rolspelers in 'n kanker konteks, naamlik die onkoloog, geneesheer, dieetkundige, pasiënt

en gesin met die bedoeling om hulle dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag te bepaal. Die studie het beoog om vas te stel of relevante dieet- en voedingsinligting verband hou met die emosionele belewenis van die pasiënt en die gesin. Die waarneming van die mediese versorgers (onkoloog, geneesheer en dieetkundige) in die verskaffing van voedingsinligting is hier van kardinale belang (Leedy & Ormrod, 2005).

In breë trekke dek die vraelys(te) die volgende:

- Wat is die inligtingbehoefte van die kankerpatiënte, gesinslede, onkoloë en dieetkundiges oor voeding?
- Wat is die inligtingsoekgedrag van kankerpatiënte, gesinslede, onkoloë en dieetkundiges met betrekking tot voeding?
- Is daar 'n verband tussen relevante dieet- en voedingsinligting en emosionele gedrag?

Die vraelys word gegee in Bylaag A1: Vraelys vir onkoloë (en ander geneesheer), A2 : Vraelys vir dieetkundiges, A3: Vraelys vir pasiënte en A4: Vraelys vir gesinslede. Vrae in die vraelys (verskillendes vir die onderskeie rolspelers) stem ooreen omdat die inligtingbehoefte van die pasiënte en gesin volgens literatuurstudies nou bymekaar aansluit (alhoewel daar ook verskille opgemerk is). Dit wil voorkom of die inligtingbehoefte van die pasiënte en gesinslede belangrike aktiveerders is vir die professionele inligtingbehoefte van mediese versorgers. Daar is tog verskille, byvoorbeeld vrae wat bykomend aan dieetkundiges gestel word. Die gesigspunte van die model van Leckie, Pettigrew and Sylvain (1996) is, wat betref die professionele inligtingbehoefte van genoemde rolspelers, ook verreken (Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996).

As uitgangspunt vir die keuse van vrae is hoofsaaklik die “*comprehensive model of information seeking*” van Johnson en Telljohann (1995) gebruik. Die kies van die Johnson-model hang nou saam met die feit dat dit al in studies in die kanker konteks benut is. Die emosionele ontsteltenis wat in 'n kanker konteks sterk figureer, maak die aanvullende benutting van Lazarus se kognitiewe beoordelings en stres hanteringsteorie ook waardevol. Daarom is daar vrae oor die emosionele belewenis of gemoedstoestand met betrekking tot dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag (Johnson & Telljohann, 1995; Lazarus, 1992). In die vraelys word demografiese gegewens van al vier tipes rolspelers verkry, byvoorbeeld opleiding (tipe), ervaring (deel van

vooraangaande gebeure in die Johnson-model), kultuuragtergrond, moontlike geloofsoortuigings en sosio-ekonomiese agtergrond (Babbie, 2008: 35, 39, 60). Meer detail oor hoe die vraelyste deur die modelle beïnvloed is, is in die Tabela in hoofstuk 4.

'n Sensitiewe saak soos godsdiens word ingesluit omdat daar 'n noue verband tussen bepaalde geloofsoortuigings en voeding bestaan. Die godsdienstige dissipline om te vas is byvoorbeeld 'n bekende verskynsel in die Islam-godsdiens, die Judaïsme en Christendom. Ook voor- en afkeure met betrekking tot sekere voedselsoorte gebaseer op godsdienstige oortuigings kom redelik algemeen voor, soos die vermyding van varkveis. Indien iemand nie gemaklik sou voel om inligting rakende sy/haar godsdiens te verskaf nie, sal dit so eerbiedig word; godsdienstgelykheid en godsdiensvryheid word as uitgangspunt geneem (Beaver, 1989; Feeley-Harnik, 1995).

Vanweë die emosionaliteit gekoppel aan kanker as siektetoestand is psigo-sosiale faktore soos byvoorbeeld kultuur, taal, opleiding van belang en word dit ook in die vraelyste verreken (Barlow & Durand, 1999: 276-277; Lazarus, 1992:15, 24; Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1989: 888-891).

Sosio-ekonomiese oorwegings word ook gedek, aangesien die bekostigbaarheid van behandeling sowel as voeding een of ander invloed op elke rolspeler het. In die terapeutiese proses verleen dit aan die onkoloog en dieetkundige beperkte speelruimte indien die pasiënt en/of sy gesin byvoorbeeld uit 'n agtergeblewe gemeenskap sou kom en juis hieroor stres en angs mag ervaar (Coveney, 2004; Giskes, Turrell, Van Lenthe, Brug & Mackenbach, 2006: 75; Love, Maunder & Green, 2008: 17).

Onder sosiale faktore in 'n alledaagse leefsituasie speel sosiale bate 'n beduidende rol met betrekking tot die netwerk van verhoudings of groepe waarbinne 'n individu beweeg. Relevante inligting en ondersteuning kan emosionele stresverligting verskaf aan pasiënte en hulle gesinne. By die ander rolspelers (onkoloog en dieetkundige) kan kollegas en navorsingsgroepe 'n moontlike beduidende invloed uitoefen op benaderings wat gevolg word.

Toegang tot die internet kan 'n impak op die emosionele toestand van die pasiënt of gesin hê (byvoorbeeld gerusstelling of verhoging van angs) en ook van waarde wees vir 'n onkoloog of dieetkundige in hulle betrokkenheid by kankerpatiënte se voedingsvrae. Die tegniek van oop vrae skep die geleentheid om die behoefte aan vrye toegang tot

inligting vanaf die internet te probeer vasstel (Giskes *et al.*, 2006; Littlechild & Bar, 2013).

Die feit dat vrae ook oor die behandeling gevra word en en nie uitsluitlik oor voeding nie, hou verband met die feit dat die behandeling en voeding eintlik onlosmaaklik verbonde aan mekaar is. In 'n sekere sin stel 'n vraag oor die behandeling van kankerpatiënte voeding implisiet reeds aan die orde. 'n Onkoloog kan verskillende soorte behandeling toepas, soos chemo- en radioterapie (afhangende van die spesifieke kankertoestand), waarvan sommige groter risiko's inhou wat nuwe-effekte betref en dienooreenkomstig implikasies het vir voedingsinname en gepaardgaande emosionele belewenisse. Die behandeling kan byvoorbeeld lei tot gewigsverlies en wanvoeding, wat direkte voedingsimplikasies het wat die pasiënt en die gesin raak. In die geval van onkoloë en dieetkundiges word daar eers in die algemeen na die persoon se benadering tot behandeling verneem om 'n ysbreker-effek te probeer verkry om hom/haar op sy/haar gemak te plaas. Dit is ook deel van 'n tregtervormende tegniek (vergelyk Greeff, 2005: 297) wat van die algemene na die spesifieke in die onderhoudskedule beweeg. Die doel om vrae soms te herhaal, is om seker te maak dat die respondent reg verstaan is (Greeff, 2005: 297).

In die geval van die pasiënt/gesin beweeg die vrae van die meer algemene ietwat gouer na die spesifieke (dieet- en voedingsinligtingbehoefte in 'n kankerkonteks) in die lig van die aantal vrae en aangesien dit 'n sentrale fokuspunt verteenwoordig in die navorsingstudie. Vanweë die sensitiwiteit wat die term kanker inhou, word die woord in die vraelyste vir semi-gestruktureerde onderhoude met pasiënte en die gesinslede vermy. Die vraelyste dek ook die volgende: geskikte hanteringstrategieë vir stres en angs, met spesifieke verwysing na voeding, psigo-sosiale faktore of invloede, die bekostigbaarheid van behandeling en die dieetplan wat gevolg word, asook moontlike uitkomst in die soeke na dieet- en voedingsinligting van die onderskeie rolspelers. Die vraelys bied ook geleentheid vir terugvoerkringlope na vorige vrae. Die feit dat die uitwerking van dieet- en voedingsinligting meermale die emosionele lewe van veral pasiënte beïnvloed, bied 'n meganisme om die konsekwentheid van persepsies te evalueer. Dit dien ook as kontrolevrae om respondente se begrip van vrae te verseker (Greeff, 2005: 297).

5.6 ONTLEDING VAN DATA

In die ontleding van data speel beredenering, argumentering en kritiese oordeel 'n belangrike rol (Van Veuren, 1991: 33-34). Alhoewel sagteware vir statistiese kwantitatiewe sowel as kwalitatiewe ontleding gebruik kan word, berus die onus vir geldige ontledings en afleidings steeds by die navorser (Given, 2016; Grant, 2002: 93; Pickard, 2013). Twee benaderings tot data-ontleding is vir hierdie studie oorweeg: begronde teorie en tematiese ontleding. Beide word kortliks hier bespreek. Alhoewel moontlikhede vir die voortsetting van begronde teorie met betrekking tot hierdie verkennende studie aangeraak word in hoofstukke 7 en 8, is besluit om op die vlak van studie - magister - eerder tematiese ontleding te gebruik. Die gebruik van tematiese ontleding sluit nie latere opvolging van begronde teorie uit nie.

5.6.1 Begronde teorie

Die data sal aan die hand van begronde teorie ontleed word, soos wat dit voorgehou word deur Glaser en Strauss (1967), Babbie en Mouton (2004), Babbie (2008) en Marshall en Rossman (2011). 'n Begrondeteorie-ontleding is benut deur Horgan, Holcombe en Salmon (2011) in hul studie waarin hulle die positiewe emosionele veranderinge onder 20 vroue, wat gediagnoseer is met borskanker, waargeneem het. Die bevindinge het huidige traumaprosesseringsteorieë vir kliniese ingrypings in borskanker verbreed (Horgan, Holcombe & Salmon, 2011). Tydens die toepassing van begronde teorie kom 'n teorie tot stand van data wat versamel is in 'n natuurlike omgewing. Die proses sluit in menslike interaksies, handeling en hoe die resultaat daarvan mekaar beïnvloed. Data word versamel deur onderhoude en ander relevante databronne. 'n Voorgeskrewe en sistematiese metode van kodering word benut om data in spesifieke kategorieë in te deel, asook om die interverwantskappe aan te dui. Volgehoue integrasie van data-versameling en -ontleding vind plaas. 'n Teorie word geskep uit die kategorieë en interverwantskappe (Leedy & Ormrod, 2005: 135,144; Pickard, 2013).

Die gebruik van begronde teorie gaan vervolgens onder die opskrifte metode, ontleding van data en die skryf van die navorsingsverslag verder bespreek word. Tydens die vorming van 'n begronde teorie word data ontleed. Verskeie stappe kan gevolg word, naamlik oop kodering, aksiale/middelpuntvormige kodering en selektiewe kodering. Data word gekategoriseer en voortdurend vergelyk sodat 'n teorie ontwikkel kan word. Met oop kodering word die kategorieë geskep deur die identifikasie van konsepte en die

verhouding waarin die konsepte tot mekaar staan. Hierdie oop kodering is dus 'n proses om die data te verminder tot 'n klein groepie temas om die verskynsel wat ondersoek word, te beskryf. Aksiale/middelpuntvormige kodering vind plaas met die lê van verbintnisse tussen die kategorieë en subkategorieë. Die kategorieë word vasgestel na aanleiding van: (1) die agtergrond wat daartoe aanleiding gee; (2) die konteks waarby dit ingebed is; (3) die strategieë wat mense gebruik om dit te bestuur of uit te voer; en 4) die nadraai en gevolge van hierdie strategieë. In hierdie proses vind voortdurende verfyning van die kategorieë en hulle onderlinge verbintnisse plaas namate bykomende data versamel word. Selektiewe kodering tree in werking wanneer die kategorieë en hulle interverwante verbintnisse gekombineer word om 'n storielyn te beskryf van wat gebeur in die fenomeen wat bestudeer word. Die teorie beskryf die ontwikkelende aard van die fenomeen wat bestudeer is en gee ook besonderhede oor hoe sekere omstandighede sekere handeling of interaksies bewerkstellig en hoe hierdie handeling of interaksies weer lei tot ander handeling, terwyl die gevolg van hierdie gebeure eweneens uiteengesit word (Babbie, 2008: 122, 124-125, 417-418; Charma, 2006; Corbin & Strauss, 2008; Leedy & Ormrod, 2005: 140-141; Pickard, 2013; Strauss & Corbin, 1990; Strauss & Corbin, 1998; Struwig & Stead, 2001).

Die aanbevole styl om die begronde teorie van 'n studie te beskryf, is in hoofsaak objektief en onpersoonlik. In die lig van Cresswell (1998) se aanbeveling meen Leedy en Ormrod (2005) dat die volgende aspekte in die navorsingsverslag gedek behoort te word: (1) 'n beskrywing van die navorsingsvraag en hoe die navorsingsprobleem hanteer is; (2) 'n oorsig van die verwante literatuur as beweegrede en konteks vir die studie; (3) 'n beskrywing van die metodologie en data-ontleding wat gevolg is, insluitende die steekproef en omgewing, sowel as die spesifieke metodes wat gebruik is vir data-insameling. Die kategorieë wat geïdentifiseer is, behoort ook verduidelik te word; (4) 'n voorlegging van die teorie of ontwikkelende teorie (as teks of visueel); en (5) 'n bespreking van die implikasies van die studie en hoe dit verband hou met bestaande kennis. Potensiële toepassingsmoontlikhede word ook uitgewys (Cresswell, 1998; Leedy & Ormrod, 2005: 141-142; Pickard, 2013).

5.6.2 Tematiese ontleding

Tematiese ontleding is kwalitatief van aard. Data word ontleed waar die temas of patrone wat ontstaan, geklassifiseer en gekategoriseer word. Data word in die proses geïnterpreteer. In sommige gevalle verskyn 'n tipe tema of patroon gereeld wat die opsomming van die data vergemaklik en dus die verkorting van die teks meebring.

Veralgemenings kan dus gemaak word wat tot 'n teorie lei. Temas of patrone kan ook met mekaar verbind word. Die verskil tussen verskillende temas of patrone kan ook bepaal word. Sommige temas of patrone wat ontstaan, is soms divers, wat daarop dui dat die data wat versamel is baie kompleks en omvattend is. Voorafopgestelde temas of patrone wat in literatuur gevind is, kan ook verbind word met die nuwes wat ontstaan nadat die data ontleed is. Met tematiese ontleding word daar gebruik gemaak van deduktiewe en induktiewe benaderings. Die sieninge en houdings van respondente wat in die eerste persoon gerapporteer word, word benut tydens tematiese ontleding. Die temas of patrone moet betroubaar en geldig wees. Die temas of patrone is betroubaar wanneer dit die ware werklikheid weerspieël. Die temas of patrone is geldig wanneer dit in 'n kankerkonteks, waar dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag bespreek word, benut kan word om 'n teorie te skep (Ibrahim, 2012). Hierdie studie sal egter nie poog om 'n nuwe teorie voor te stel nie.

5.7 GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk is veral gelet op die beskrywing van die empiriese ondersoek, navorsingsmetodes, data-insamelingsmetodes om dieet- en voedingsinligtingbehoefte te ondersoek en data-insamelingsinstrumente. Verder is daar ook gelet op die ontleding van data, identifikasie van reëlmatighede of patrone wat met die modelle van die studie in verband gebring kan word, asook statistiese verwerking. Hierdie bespreking is nie opvattend nie, maar slegs soos van toepassing op die navorsingsonderwerp onder bespreking. Hierteenoor gaan die data wat ingesamel is in hoofstuk 6 op konkrete wyse ontleed word.

HOOFSTUK 6

ONTLEDING VAN DATA

6.1 INLEIDING

In hoofstuk 5 is die navorsingsmetodologie bespreek. In hoofstuk 6 word die data wat deur die vraelyste ingesamel is, uiteengesit. In hoofstuk 7 sal die data dieper ontleed word teen die teoretiese agtergrond en modelle soos bespreek in voorafgaande hoofstukke. Die vraelyste waarop hierdie hoofstuk gebaseer is, is meestal deur die navorser voltooi tydens semi-gestruktureerde onderhoude vanaf Junie 2010 tot Oktober 2011. Enkeles is deur die respondente self voltooi. Dit sal waar toepaslik vermeld word. In hierdie hoofstuk word die volgende gedek: die steekproef, werwing van respondente, die profiel van respondente, data verkry van onkoloë, geneeshere, dieetkundiges, pasiënte en gesinslede. Die studie is oorwegend kwalitatief en dien as 'n verkennende studie.

6.2 STEEKPROEF EN RESPONDENTE

Die respondente is met behulp van 'n sneeubal- en gerieflikheidssteekproeftrekking gekies, soos genoem in hoofstuk 5, en is geïdentifiseer deur kollegas, gesinslede van die navorser, kerklede, vriende, kennisse en gesondheidsorganisasies. Omdat mense nie maklik oor kanker praat nie, was dit moeilik om deelnemers te kry. Werwing is ook beïnvloed deurdat mense voel dat hul nie tyd het om deel te neem nie, gebrek aan belangstelling om deel te neem aan kankernavorsing, onvoldoende kennis van kankervoeding om die belangrikheid daarvan te beseef en omdat hul die navorser nie persoonlik geken het nie. Dit strook met die ervaring van Al-Muammar (2012), Durant Wenzel, Scarinci, Paterniti, Fouad *et al.* (2014) en Martin, Polk en Jacques (2003). In Tabel 6.1 word die kategorieë en aantal respondente en die aantal wat genader is, uitgelig:

Kategorieë respondente	Genader	Deelgeneem
Pasiënte	11	11
Gesinslede van pasiënte	8	7
Onkoloë	14 (Departement van Mediese Onkologie: Universiteit van Pretoria) 8 (Wilgers-hospitaal: Pretoria)	5
Geneeshere	2	2
Dieetkundiges	1181 (Die vraelys is gestuur aan dieetkundiges wat lid was van die "Association of Dietetics of South Africa").	12

Tabel 6.1: Respondente van die studie

6.3 RAPPORTERING VAN DATA VIR ONKOLOË EN GENEESHERE

Die data word vervolgens gerapporteer vir onkoloë en geneeshere volgens vrae wat aan hulle gestel is (sien vraelys in bylaag A1). Daar is enkele afwykings wat betref die volgorde van aanbieding en hergroepering op grond van insigte uit die ontleding van response, en insigte uit temas wat uit die data-ontleding na vore gekom het, soos die begrip van dieet- en voedingsraadgewing en die verband tussen dieet- en kankerbehandeling. Sewe respondente het deelgeneem. Hulle is genader op grond van die aanbeveling van 'n dieetkundige in 'n hospitaal se onkologie-afdeling en die inligtingkundige vir onkologie (mediese biblioteek, Universiteit van Pretoria). Die navorser het ook 'n vriendin en haar eie moeder as geneeshere by die studie betrek. Slegs 'n paar onkoloë was bereid om deel te neem, daarom is geneeshere ook betrek. Almal het weens hulle beperkte tyd self die vraelys voltooi.

In oorleg met die aanbeveling deur Golan en Day (2008: 539-556) word die data in die eerste persoon gerapporteer. Die respondente word genommer om die navorser toe te laat om terug te gaan na die data, maar steeds anonimiteit te verseker. Onkoloë word voorgestel met die letter O en geneeshere met G. Waar toepaslik word ondersteunende aanhalings in Afrikaans of Engels gegee, afhangende van die respondent se voertaal. Die aanhalings is meestal 'n direkte weergawe van wat die respondente gesê het, behalwe vir geringe redaksionele wysigings. (Soortgelyke praktyk sal geld met die rapportering van die response van ander deelnemers: dieetkundiges, pasiënte en gesinslede.)

6.3.1 Demografiese inligting oor respondente

Demografiese inligting is hanteer in die eerste vraag in die vraelys, naamlik vraag 1(a). Die respondenteprofiel word uiteengesit in Tabel 6.2. Al die respondente het 'n mediese graad gehad; een was 'n mediese beampte in 'n bestralingsonkologie-afdeling, een 'n mediese onkoloog, drie bestralingsonkoloë en twee algemene geneeshere. Vyf was vroulik en twee manlik. Slegs een respondent se taalvoorkeur was Engels. Drie

respondente was tussen die ouderdomme van 30 en 39, een tussen 40 en 49, een tussen 50 en 59 en twee ouer as 60 jaar.

Respondent-nommer	Opleiding en kwalifikasie	Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal
(O1)	MBChB	Bestralingsonkoloog: mediese beampte	30-39	Vroulik	Afr
(O2)	MBChB	Mediese onkoloog	>60	Vroulik	Afr
(O3)	MBChB Mmed in Rad Onc	Bestralingsonkoloog: senior spesialis	30-39	Vroulik	Eng
(O4)	MBChB Mmed in Rad Onc	Bestralingsonkoloog	40-49	Manlik	Afr
(O5)	MBChB Diploma in Pns Mmed in Rad Onc	Bestralingsonkoloog	50-59	Manlik	Afr
(G1)	MBChB	Algemene geneesheer	30-39	Vroulik	Afr
(G2)	MBChB	Algemene geneesheer	>60	Vroulik	Afr

Tabel 6.2: Profiel van deelnemende onkoloë en geneeshere

6.3.2 Onkoloë en geneeshere se benadering tot die behandeling van kanker en die invloed daarvan op dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag en -raadgewing

Aspekte waarop spesifiek gefokus is in die vraelys met betrekking tot die onkoloë en geneeshere se benadering tydens dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag is beïnvloed deur hoofstuk 4, waarin inligtinggedrag- en -soekgedragmodelle bespreek word. Dit word aangedui in Tabel 4.1. Temas wat navore getree het na die bestudering van die onkoloë en geneeshere se beantwoording van die vraelys is as volg:

- Omvattende mediese versorging met inagname van dieetterapeutiese beginsels.
- Die betrekking van gesinslede tydens die behandeling van kankerpatiënte.
- Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in die voorsiening en behoefte aan dieet- en voedingsinligting en die raadpleging van 'n dieetkundige as inligtingbron.
- Die bepaling van die nut van dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan tydens die behandeling van kanker.
- Die inagname van die verband tuseen dieet- en voedingsinligting en die emosionele toestand van die kankerpatiënt.
- Die verwysing van kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne.
- Onkoloë en geneeshere se mening oor die verband tussen dieet en die mediese versorging van kankerpatiënte.

Hierdie temas strek oor hul antwoorde oor verskeie vrae en het gelyk na 'n meer logiese benadering tot ontleding. Dit sluit ook aan by die tematiese ontledingsbenadering en verkennende studiebenadering.

Elk hiervan word vervolgens in meer besonderhede bespreek, met spesifieke verwysing na die verband met dieet- en voedingsraadgewing

6.3.2.1 Omvattende mediese versorging met inagname van dieetterapeutiese beginsels

Die benadering van onkoloë en geneeshere tot die mediese versorging van kankerpatiënte is hanteer in vraag 2(a) oor hul algemene benadering tot sodanige mediese versorging. Hul siening word nie in diepte vergelyk nie, maar die raakpunte in hul mediese versorging word genoem. Uit die antwoorde kan gesien word dat hulle hulle eie, unieke benaderings volg. Volgens Choong en Vokes (2008) is die rol van die geneesheer of onkoloog in mediese versorging om 'n diagnose te maak en 'n mediese versorgingsplan op te stel (Choong & Vokes, 2008). Uit sommige raakpunte blyk dit wel dat die onkoloë en geneeshere aandag gee aan kalorie-inname, voedselkeuses en nuwe-effektevoorkoming.

Onkoloë en geneeshere se omvattende benadering tot die mediese versorging van kankerpatiënte kan bepaal hoe belangrik hulle dieet en voeding vir mediese versorging en kanker ag. Hulle siening oor waar dieet en voeding in die mediese versorging van kankerpatiënte inpas, word ook beïnvloed. Uit die raakpunte wil dit voorkom asof hulle wel dieet en voeding en inligting hieroor belangrik ag in hierdie versorging. In Tabel 6.3 word die aspekte gelys wat hulle belangrik vind in die mediese versorging van kankerpatiënte. Ondersteunende aanhalings word in skuinsdruk gegee.

Opsomming van die onkoloë en geneeshere se omvattende benadering tot die mediese versorging van kankerpatiënte
<p>Onkoloë en geneeshere het aangedui dat die volgende vir hulle belangrik is ten opsigte van die mediese versorging van kankerpatiënte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die tipe mediese versorgingsbenadering, byvoorbeeld palliatiewe mediese sorg (O3), radikale mediese sorg, definitiewe mediese versorgingsplan (beste mediese versorgingsplan) (O3), holistiese mediese versorging (O1), 'n kliniese benadering (O3), (O5) en 'n biochemiese benadering (O5). • Die genetiese oorsake van 'n spesifieke kanker om onnodige dieetverwante en ander oorsake uit te sluit wanneer 'n tipe mediese versorgingsplan opgestel word. • Die ouderdom van die pasiënt wanneer die kanker gediagnoseer word. (O3) • Die omvang van siektes, byvoorbeeld die tipe kanker en addisionele siektetoestande teenwoordig. (O2), (O5) • Beskikbare ondersteuningsmiddele, byvoorbeeld pynbeheer. (O3) • Die kalorie-inname wat aanbeveel word vir 'n spesifieke kankerpatiënt na diagnose. (O3), (O4) • Spesifieke voedselkeuses, soos voedselsoorte wat die pasiënt kan verdra. (G2) • Die nuwe-effekte van die mediese versorging en kanker, byvoorbeeld diarree en naarheid. (O1), (O5), (G2)
<p><i>"Determine if treatment is radical or palliative, based on age, performance status and disease extent."</i> (O3) <i>"Define optimal supportive measures required - pain control, symptom control, adjacent treatment."</i> (O3) <i>"Definitive treatment plan."</i> (O3) <i>"As gesin-dokter/algemene geneesheer praktisyn is ek betrokke by die aanvraag van toetse wat mag lei tot 'n kankerdiagnose. Afhange van die tipe en graad van die kanker, word my pasiënte verwys na die plaaslike kankersentrum waar hulle verdere chemoterapie en radioterapie ontvang indien aangedui onder die sorg van 'n onkoloog. Ek bly betrokke as algemene praktisyn by die behandeling van hul ander ko-morbiede siektes/toestande."</i> (G1)</p>

Tabel 6.3: Omvattende mediese versorging deur onkoloë en geneeshere wat raakpunte toon met dieet- en voedingsinligting

6.3.2.2 *Betrekking van gesinslede tydens die behandeling van kankerpatiënte*

Al sewe respondente (100%) het aangedui dat hulle gesinslede betrek tydens die behandeling van kankerpatiënte, soos in vraag 2(b) aangedui. Twee aanhalings wat die betrokkenheid van gesinslede tydens die behandeling steun, is: *“Pasiënte met voedingsprobleme het minder energie en krag en hulle gesinslede is altyd angstig.”* (O4) en *“Cancer cachexia often causes appetite suppression, this disturbs family more than patients and adds to apathy, fatigue and reduced energy levels.”* (O3)

6.3.2.3 *Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in die voorsiening en behoefte aan dieet- en voedingsinligting en die raadpleging van ’n dieetkundige as inligtingbron*

Dieet- en voedingsinligting is nodig tydens die behandeling van kankerpatiënte. Dieet- en voedingsinligting word verkry deur dieet- en voedingsinligtingsoeke. Die vrae in die vraelys wat hier ter sprake is, is vrae 2(e), 2(h), 2(j) en 2(k). ’n Dieetkundige kan dien as dieet- en voedingsinligtingbron. Vier uit die sewe respondente verkies die gebruik van ’n algemene dieetkundige soos ter sprake in vraag 2(f). Drie onkoloë uit die sewe respondente verkies die gebruik van ’n onkologie-dieetkundige. ’n Dieetplan kan verskaf word deur ’n dieetkundige. ’n Dieetplan is ’n instrument wat die kankerpatiënt se dieet uiteensit (Masset, Monsivais, Maillot, Darmon & Drewnowski, 2009). Op vraag 2(c), of ’n dieetplan nodig is vir die mediese versorging van kankerpatiënte, het vyf uit die sewe respondente positief geantwoord. Nadat dieet- en voedingsinligting verkry is, vind voorligting deur hulle plaas. Terugvoer oor die nut van voorligting aan kankerpatiënte, die behoefte aan dieet- en voedingsinligting en raadpleging van ’n dieetkundige word uiteengesit in Tabel 6.4:



<p>(a) Toeligtig van kankerpatiënte deur die voorsiening van dieet- en voedingsverwante inligting</p> <p>Onkoloë en geneeshere verskaf aan pasiënte inligting oor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieet- en voedingsbehoefes, wat proteïen- en kaloriebehoefes insluit vir kolon- en esofagus kanker. (O4), (O3) • Klein, hoë-kaloriemaaltye wat aanbeveel word deur onkoloë en geneeshere. (O3) • Maklik verteerbare diëte wat sag en minder smaaklik is. (O3) • In die vorm van terloopse opmerkings, breë algemene riglyne en detail volgens behoeftes. (O4) • 'n Dieetkundige as 'n moontlike dieet- en voedingsinligtingbron. (O4) <p><i>"In head and neck, lung, oesophageal cancer, patients are expected to lose >10% of baseline weight during treatment. So put in place measures to compensate: advise frequent small meals, per tube if possible, and refer to a dietician."</i> (O3)</p>
<p>(b) Onkoloë en geneeshere se behoefte aan inligting oor dieet- en voeding t.o.v die mediese versorging van kankerpatiënte</p> <p>Onkoloë en geneeshere het inligting oor dieet en voeding nodig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om advies te kan gee met die aanvang van mediese versorging en kanker. (G1) • Om beter ingelig te wees oor moontlike mediese probleme wat mag voorkom by kankerpatiënte. (O5) • Om hul kennis te verbreed oor dieet en voeding. (O4) • Om aanbevelings deur onkoloë en geneeshere te versterk. (O1) • Om die nodige dieet- en voedingsinligting te kan verskaf om die voedingstatus van die kankerpatiënt te handhaaf. (O1), (O2), (O3), (O5) • Omdat dit altyd goed is om meer te weet. (O4) • Om meer te weet oor die nodige dieet- en voedingsinname wanneer dit kom by spesifieke siektetoestande soos byvoorbeeld lewer- en niersiektes. (O2) <p><i>"As ek self meer weet, kan ek inisieel beter raad gee; versterk dieetkundige se aanbevelings."</i> (O1) <i>"Altyd goed om meer te weet."</i> (O4)</p>
<p>(c) Raadpleging van dieetkundiges as dieet- en voedingsinligtingbron</p> <p>Dieetkundiges word geraadpleeg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deur sewe uit die sewe respondente (100%). • Selde of glad nie op 'n formele afspraakbasis nie. (O1) • Nie noodwendig elke keer vir die verskaffing van dieet- en voedingsinligting nie. (O4), (O5) • Vir verwysing nadat die emosionele toestand van die kankerpatiënt inag geneem is. (G2) <p><i>"Ek verwys pasiënte na dieetkundiges as hulle uitgeteer is, slukbeswaar het of kanker van mond en keel het, diabetes, lewer of nierversaking het."</i> (O2) <i>"Ek lees mediese joernale, wat bitter min te sê het oor dieet, voeding en kanker."</i> (O2)</p>

Tabel 6.4: Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag tydens die mediese versorging van kankerpatiënte

6.3.2.4 Bepaling van die nut van dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan tydens die behandeling van kanker

Redes vir die verskaffing van dieet- en voedingsinligting was nie 'n pertinente vraag in die vraelys nie. Afleidings is gemaak uit antwoorde op vrae uit die hele vraelys. Die redes vir dieet- en voedingsinligtingsvoorsiening sluit in die verligting van simptome, toeligtingsdoeleindes, die handhawing van voedingstatus, die voorkoming van newe-effekte en die versterking van die immuunsisteem en word in Tabel 6.5 toegelig:

Rede vir dieet- en voedingsinligting	Bespreking
Verligting van simptome	Dieet- en voedingsinligtingbehoefes word inag geneem wanneer inligting verskaf word om slukbeswaar te hanteer soos in gevalle van kop-, nek- en esofagus kanker. (O1), (O3)
Toeligtingsdoeleindes	Tydens die konsultasieproses word dieet- en voedingsinligting eers verskaf in breë trekke, waarna daar in opvolgbesoeke gefokus word op spesifieke voedingsaspekte. (O4)
Handhawing van voedingstatus	Pasiënte met relevante dieet- en voedingsinligting mag minder geneigd wees tot wanvoeding, veral waar die kanker ook gewigsverlies veroorsaak. (O1), (O2), (O3), (O5)
Voorkoming van nuwe-effekte	Deur relevante dieet- en voedingsinligting te verskaf, kan die nuwe-effekte van mediese versorging voorkom word. (O5), (G1), (G2)
Versterking van die immuunsisteem	Met behulp van dieet- en voedingsinligting rakende 'n gesonde dieet en ysterbehoefes, kan die immuunsisteem van die kanker pasiënt versterk word. (G1)

Tabel 6.5: Redes waarom dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan aan kanker pasiënte verskaf word

6.3.2.5 Verband tussen dieet- en voedingsinligting en die emosionele toestand van kanker pasiënte

Op vraag 2(m), oor die verband tussen dieet- en voedingsinligting en die emosionele toestand van die kanker pasiënt, het respondente opgemerk dat kanker emosies veroorsaak en kommentaar gelewer oor hierdie emosies en die verband daarvan met dieet en voeding. 'n Verband tussen emosionele toestande van depressiwiteit, angs, onstabiele optrede en skuldgevoelens en die behoefte aan dieet- en voedingsinligting was duidelik. Hierdie emosionele toestande blyk te ontstaan as gevolg van verswakking en uitering. Relevante dieet- en voedingsinligting het verbeterde voedingstatus, verhoogde energievlakke en 'n verbeterde emosionele toestand tot gevolg. Relevante dieet- en voedingsinligting skep dus hoop by die kanker pasiënt. Emosioneel stabiele kanker pasiënte reageer meer doeltreffend op mediese versorging, die kankertoestand mag doeltreffend stabiliseer en hul voedingstatus is goed. Emosioneel stabiele pasiënte herstel ook makliker van chemoterapie en sirurgie. Die emosionele reaksies van die pasiënt word getabelleer in Tabel 6.6, asook die interpretasie van die respondent se moontlike redes vir die emosies.



Emosie	Pasiënt se sigbare reaksie	Navorsers se interpretasie van respondente se redes vir emosies en die gevolg daarvan vir die dieet- en voedingsinligtingsbehoefes van pasiënte – dus oor die inligting wat voorsien moet word
Depressief (lae gemoed)	Eet minder, lae eetlus	Mediese versorging van kanker veroorsaak soms naarheid en 'n droë mond en affekteer smaak. Verswakking en uitering tree in. Depressiwiteit tree in by die kankerpatiënt. Inligting oor die nuwe-effekte van die mediese versorging is nodig. (O3)
Emosioneel labiel	Aptytverlies	Die kankerpatiënt het minder energie en is onseker oor dieet- en voedingsinligting. Dit het emosionele labiliteit tot gevolg. Die kankerpatiënt is geneig om dieetvoorsiening te vra. (O2)
Angstig	Aptytverlies	Dieet- en voedingsprobleme word ervaar. Kankerpatiënte het minder energie en krag. Dit bring angs mee. Inligting oor voedsel wat goeie nutriëntwaarde bied, is nodig. (O2)
Gemoedsrus	Kankerpatiënte het 'n selfversekerde houding dat 'n gebalanseerde dieet 'n goeie invloed het op hul diagnose en mediese versorging.	Kankerpatiënte glo dat die siektetoestand beter behandel kan word deur dieet en voeding. Vir hulle is dieet en voeding die enigste metode van beheer wat oorbly. 'n Mate van gemoedsrus ontstaan. Kankerpatiënte bekom graag inligting oor 'n gebalanseerde dieet. (O5) (G2)
Emosioneel stabiel	Kankerpatiënte eet goed en voel beter.	Die kankerpatiënt se voedingstatus is goed. Die kankerpatiënt herstel makliker van sjirurgie en chemoterapie. Infeksies word verminder. Die kankerpatiënt word dus emosioneel stabiel. Die kankerpatiënt word verwys na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne. (G1), (G2), (O1), (O2), (O3), (O5)
Skuldgevoelens	Kankerpatiënt voel skuldig oor die dieetplan wat voor die diagnose gevolg is.	Die kankerpatiënt mag vrees dat die dieetplan wat gevolg is voor die diagnose die kanker kon veroorsaak het. Skuldgevoelens ontstaan dus. Kankerpatiënte word verwys na addisionele inligtingbronne wanneer hulle emosies dit toelaat. (G2)

Tabel 6.6: Moontlike redes vir emosie en reaksie op emosie

6.3.2.6 Verwysing van kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne

Op vrae 2(n) en 2(o) oor die verwysing van kankerpatiënte vir die verkryging van dieet- en voedingsinligting het onkoloë en geneesherse geantwoord dat daar aspekte is wat die voorsiening van hierdie inligting negatief kan beïnvloed. Die spesifieke rede vir elke siening wat die onkoloog of geneesheer in hierdie verband beïnvloed, en die reaksie daarop word in Tabel 6.7 gelys.



Persepsies en menings van onkoloë en geneeshere om nie te verwys na dieet- en voedingsinligtingbronne nie	Rede vir persepsies en menings	Aksies van onkoloog en geneesheer op grond van menings
Kankerpatiënte: <ul style="list-style-type: none"> Het selde toegang tot inligtingbronne. (O1) Is baie keer ongeletterd. (O1) Verstaan nie wetenskaplike terme nie. (O1) 	Aantal kankerpatiënte met: <ul style="list-style-type: none"> Lae sosio-ekonomiese status. Gebrekkige opleiding. Gebrek aan belangstelling. Afwesigheid van vrae. 	Verwys kankerpatiënte nie na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne nie.
Onbetroubare diëte van lae kwaliteit word verskaf deur dieetkundiges. 'n Negatiewe siening van dieetkundiges. (O2)	Kankerpatiënte kom van dieetkundiges af met diëte wat "kamma" kanker genees.	Verwys kankerpatiënte nie na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne nie.
Die kankerpatiënt het gebrekkige taalvaardigheid in die taal waarin inligting gepubliseer word. (O3)	Tydens konsultasies blyk daar kommunikasiegapings te wees as gevolg van taal. 'n Pasiënt kan byvoorbeeld nie 'n vorm voltooi of 'n voorskrif lees nie. (Dit kan ook dui op ongeletterdheid) Kankerpatiënte lyk soms verward wanneer die onkoloog/geneesheer met hul praat.	Dieet- en voedingsinligting word meestal mondelings oorgedra deur die onkoloog self.
Dieetkundiges verskaf betroubare dieet- en voedingsinligting. (O5)	Die onkoloog het vertroue in die vermoë van die dieetkundige as gevolg van vorige ervarings.	Verwys kankerpatiënte nie na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne nie, want die dieetkundige is die hoofbron.

Tabel 6.7: Menings van onkoloë of geneeshere waar kankerpatiënte nie verwys word na dieet- en voedingsinligtingbronne nie

Onkoloë en geneeshere se oortuigings beïnvloed hulle soms om kankerpatiënte ook wel te verwys na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne. Relevante dieet- en voedingsinligting kan kankerpatiënte se emosionele en algemene siektetoestand verbeter as relevante inligting hulle bereik, wat aan hulle dieet- en voedingsbehoeftes voldoen. Daar is 'n spesifieke rede vir elke mening wat die onkoloog of geneesheer beïnvloed. Die menings, redes daarvoor en reaksie daarop word in tabel 6.8 gelys. Onkoloë en geneeshere verwys wel kankerpatiënte na addisionele inligtingbronne wanneer die inligtingsblaadjies en -gidse verstaanbaar is, die dieetkundige (as inligtingbron) betroubaar is en die emosionele toestand van die kankerpatiënt dit toelaat.

Persepsies en menings van onkoloë en geneeshere om wel te verwys na dieet- en voedingsinligtingbronne	Rede vir die besluit	Aksies van onkoloë en geneeshere op grond van die mening
Kankerpatiënte met wie die onkoloog werk, is geletterd. Inligtingblaadjies in 'n verstaanbare formaat word aan kankerpatiënte verskaf. (O4)	Die kankerpatiënt verstaan die inligtingsblaadjies wanneer dit gelees word.	Verwys kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne.
Toegang tot 'n betroubare dieetkundige is verkry. (O4) (G1)	Die onkoloog is ingelig oor 'n betroubare dieetkundige. Betroubare kontakinligting van 'n dieetkundige is aan die geneesheer verskaf.	Verwys kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne.
Relevante voedselgidse en inligtingsbrosjures is beskikbaar. (G1)	Algemene geneesheer het toegang tot inligtingsbrosjures en voedselgidse uit 'n betroubare bron.	Verwys kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne.
Kankerpatiënt se emosies en behoeftes is belangrik. (G2)	Wanneer kankerpatiënte self kan besluit om addisionele dieet- en voedingsinligtingsbronne te verkry, is hul meer emosioneel stabiel.	Verwys kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne indien hulle emosionele toestand dit toelaat.

Tabel 6.8: Menings van onkoloë of geneeshere waar kankerpatiënte verwys word na dieet- en voedingsinligtingbronne

6.3.3 Onkoloë en geneeshere se mening oor die verband tussen dieet en die mediese versorging van kankerpatiënte en dus ook dieet terapie

'n Verband tussen dieet, voeding en kanker is implisiet afgelei uit die reaksies van die respondente. 'n Verband in hierdie konteks kan gedefinieer word as die interafhanklikheid tussen dieet en voeding in verhouding met kanker (Steck, Guinter, Zheng & Thomson, 2015). Voeding en dieet kan kanker veroorsaak of voorkom en kan in die vorm van dieet terapie in mediese versorging gebruik word. Dieet terapie is die praktiese toepassing van dieet en voeding om 'n siekte te behandel of te voorkom (Brown *et al.*, 2001). Mediese versorging kan proaktief of reaktief wees, maar blyk grotendeels uit die antwoorde van onkoloë en geneeshere reaktief van aard te wees.

Dieet terapie sluit vier aspekte in:

- Antropometrie, wat die fisieke afmetings is van 'n individu om die bou, vorm en funksionele kapasiteit van die individu te beskryf (Khanna, Sharma & Sidhu, 2011).
- Biochemiese faktore, wat dui op die hoeveelheid van 'n biochemiese stof wat in die bloed voorkom, byvoorbeeld yster (Chan, Ma, Tranah, Giovannuci, Rifai *et al.*, 2005; Hussain, Ahmed, Hoque, Rabbi, Masood *et al.*, 2013).
- Kliniese tekens, wat die fisieke voorkoms van die sintuie van die pasiënt insluit (Preston, 2010).
- Dieet, wat die vorm kan aanneem van 'n dieetgeskiedenis en 'n dieetplan. 'n Dieetplan kan gebalanseerd, gefokus op kanker of van eie keuse wees (Tapsell, Batterham, Thorne, Shea & Grafenauer, 2014).

Hierdie vier aspekte is daarop afgestem om die voedingstatus van 'n pasiënt te behou. Die aantal aspekte rakende dieet, voeding en kanker wat respondente implisiet genoem het vir mediese versorging, is as maatstaf geneem om te bepaal wat volgens hulle die omvang van die verband met dieetterapie is. Daar is ook gekyk na die bewoording van die aanhaling. 'n Vraag wat die verband ondersoek, is nie pertinent gevra nie, maar dit het geblyk uit die tematiese ontleding van response. Die verband kan gesien word as baie sterk, sterk, minder sterk, beperk, baie beperk en geen verband. Hierdie tipe verbandsbepaling kan help om 'n aanduiding te gee in watter mate onkoloë of geneeshere dieet en voeding as belangrik ag tydens mediese versorging. Die tipe verband, ondersteunende aanhalings en toeligting word in Tabel 6.9 gegee.



Verband afgelei uit siening van onkoloë en geneeshere	Ondersteunende aanhalings en toeligting
Baie sterk verband Dieet en voeding staan baie sterk in verhouding met kanker. Baie sterk interafhanklikheid kom voor. Vier uit die vier aspekte van dieet terapie kom voor.	<i>"Voeding word as belangrike aspek beskou tot die voorkoming van gewigsverlies veral t.o.v hantering, handhawing van proteïen en alkaliese vlakke en hantering van nuwe-effekte."</i> (O5) Voeding is 'n belangrike aspek van mediese versorging en kanker. Antropometrie, biochemie, kliniese tekens en dieet kom voor as deel van dieet terapie. Die verband tussen dieet, voeding en kanker is dus baie sterk. [Uit vraag 2(a)]
Sterk verband Dieet, voeding en kanker is sterk verwant. Sterk interafhanklikheid kom voor. Drie uit die vier aspekte van dieet terapie kom voor.	<i>"Caloric intake depends on baseline weight, anticipated side effects and symptoms. Average calories are needed."</i> (O3) 'n Kanker dieet word voorgeskryf as deel van mediese versorging van kanker. Die dieet fokus op genoegsame kalorie-inname en nuwe-effek voorkoming. Dit lei tot die gesonde voeding status van 'n kanker pasiënt. Slegs antropometrie, kliniese tekens en dieet word genoem as deel van dieet terapie. Die verband tussen dieet, voeding en kanker is dus sterk. [Uit Vraag 2(i)]
Minder sterk verband Dieet en voeding is minder sterk verwant met kanker. Minder sterk interafhanklikheid kom voor. Een uit die vier aspekte van dieet terapie kom voor. 'n Normale gebalanseerde dieet word aanbeveel.	<i>"Ek sê aan die pasiënte om 'n normale gebalanseerde dieet te gebruik, niks uit te sluit nie. Ook om te eet waarvoor hulle lus is."</i> (O2) 'n Normale, gebalanseerde dieet word voorgeskryf as deel van mediese versorging en kanker. Die dieet is nie noodwendig 'n spesiale kanker dieet nie. Daar word slegs verwys na 'n gebalanseerde dieet, wat een van die aspekte is van dieet terapie. Sommige voedselsoorte kan die nuwe-effekte dalk nie verlig nie. Die verband tussen dieet, voeding en kanker is dus minder sterk. [Uit vraag 2(a)]
Beperkte verband Dieet en voeding staan in 'n beperkte verhouding met kanker. Beperkte interafhanklikheid kom voor. Twee uit die vier aspekte van dieet terapie kom voor. 'n Dieet van eie keuse word aanbeveel.	<i>"Die pasiënt moet eet waarvoor hy/sy lus voel sodat hy/sy so min as moontlik nuwe-effekte ervaar. Vrugte en groente sal ek aanbeveel."</i> (G2) 'n Dieet word aanbeveel wat op die eie keuse van die pasiënt berus, wat nie noodwendig 'n kanker dieet is nie. Daar is dus 'n beperkte verband tussen dieet, voeding en kanker. Slegs kliniese tekens en 'n dieet van eie keuse word gelys. 'n Dieet plan gemik op kanker is egter nodig. [Uit Vraag 2(d)]
Baie beperkte verband Dieet en voeding staan in 'n baie beperkte verhouding met kanker. Baie beperkte interafhanklikheid kom voor. Slegs 'n gebalanseerde dieet word genoem as deel van die mediese versorging in die konteks van dieet en voeding. Slegs een uit die vier aspekte van dieet terapie word genoem.	<i>"Volgens my is daar nie 'n groot verband tussen dieet en kanker nie. Kanker is meestal geneties van aard en die pasiënt kan maar 'n gebalanseerde dieet volg wat vir hom/haar gerieflik is."</i> (G2) Daar word dus 'n baie beperkte verband afgelei as gevolg van die woorde "nie groot verband". Slegs 'n gebalanseerde dieet word genoem. Slegs die een aspek van dieet word genoem wat deel uitmaak van dieet terapie. Daar is dus 'n baie beperkte verband. [Uit Vraag 2(a)]
Geen verband Daar is geen verhouding tussen dieet en voeding en kanker nie. Geen interafhanklikheid kom voor nie. Geeneen van die vier aspekte van dieet terapie word genoem nie.	<i>"Meeste pasiënte het nie nier- of lewerversaking nie en kan 'n normale dieet gebruik."</i> (O2) 'n Spesiale dieet word slegs aanbeveel in spesifieke gevalle wat nie kanker in die algemeen insluit nie. Daar is dus geen verband in hierdie konteks tussen dieet, voeding en kanker nie. [Vraag 2(d)] <i>"Help die pasiënt emosioneel deur te verduidelik dat oor die algemeen daar geen verband is tussen dieet en kanker nie."</i> (G2) Daar word dus geen verband afgelei uit die woorde "geen verband" nie. [Uit vraag 2(a)]

Tabel 6.9: Medici se mening oor die verband tussen dieet en die mediese versorging van kanker pasiënte

6.3.4 Hoe alles in mekaar pas vir dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van onkoloë en geneeshere en raadgewing deur hulle

Onkoloë en geneeshere benodig en verskaf dieet- en voedingsinligting, en soms ook raadgewing tydens die behandeling van kanker. Voorbeelde van dieet- en voedingsinligtingbronne is mediese tydskrifte, die internet, mediese handboeke en dieetkundiges. Omvattende mediese versorging as tipe behandeling met dieet terapeutiese beginsels kan hul persepsies en menings oor die behoefte en nut aan dieet- en voedingsinligting bepaal. Daar is dus 'n implisiete verband tussen dieet, voeding en die mediese versorging van kanker pasiënte afgelei. Sommige deelnemers

het dit ook eksplisiet gestel. Emosies is betrokke by streshantering met kanker en word ook geassosieer met pasiënte se behoeftes aan die dieet- en voedingsinligting wat hulle ontvang.

'n Dieet- en voedingsinligtingbron is nodig om inligting te verskaf tydens raadgewing. 'n Dieetkundige is 'n voorbeeld van 'n dieet- en voedingsinligtingbron. Dieet- en voedingsinligting kan ook verskaf word in die vorm van 'n dieetplan. Kankerpatiënte word ook verwys na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne en onkoloë en geneeshere betrek die gesinslede tydens kankerbehandeling.

Die tipe kankerbehandeling het ook 'n invloed op die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag en dieet- en voedingsraadgewing van onkoloë en geneeshere. Indien omvattende mediese versorging as 'n tipe behandeling toegepas word deur onkoloë en geneeshere, gaan dieet- en voedingsinligting nodig wees om pasiënte omvattend te kan versorg. Dit sluit onder andere die nuwe-effekte in wat ervaar word van chemo-, radioterapie en die kanker self. Die bepaling van die tipe kanker, die fase van die kanker en tipe voedselsoorte speel ook 'n rol in die keuse van dieet- en voedingsinligting. Verder is daar ook bykomstige siektetoestande wat die toeligting van dieet- en voedingsinligting kan kompliseer, daarom dat dieet- en voedingsinligting spesifiek daarvoor nodig is. Voedingstatusbehoud en immuunversterking deur voedsel speel ook 'n rol in die behandeling van kanker en daarvoor is dieet- en voedingsinligting nodig. Deel van kankerbehandeling is die inagnome van die pasiënt se emosies. Inligtingverskaffing aan pasiënte vind plaas indien hul emosies dit toelaat. Om pasiënte te help in streshantering met kanker, het onkoloë en geneeshere dieet- en voedingsinligting nodig. Indien die onkoloog of geneesheer dit goed vind, word die pasiënt verwys na addisionele dieet- en voedingsinligting wat onder andere 'n dieetkundige mag insluit.

6.3.5 Punte wat uitstaan

- Daar is baie groot diversiteit in die response van die onkoloë en geneeshere.
- Die implisiete afleiding van die verband tussen dieet, voeding en die mediese versorging van kankerpatiënte strek van geen verband tot 'n absolute verband.
- Die verband tussen dieet, voeding, emosies en streshantering is beklemtoon met uiteenlopende uitgangspunte deur sommige van die onkoloë en geneeshere.

Tabel 6.10: Punte wat uitstaan oor diversiteit van antwoorde deur onkoloë en geneeshere

6.4 DATA-ONTLEDING VIR DIEETKUNDIGES

6.4.1 Profiel van respondente

Die elektroniese vraelys is in Junie-Julie 2010 aan 1 181 lede van die “*Association of Dietetics of South Africa*” uitgestuur. Opvolgwerk het nie plaasgevind nie omdat die vraelys aan 'n groot elektroniese gemeenskap van 1 181 lede uitgestuur is en ook omdat die navorser nie 'n aktiewe lid van die vereniging was nie en nie verder inbreuk wou maak nie. Van die dieetkundiges van die vereniging het laat weet hulle spesialiseer nie in kankervoeding nie. Slegs 12 respondente (vroulik) het die vraelys voltooi. Tien uit die 12 respondente het die vraelys self voltooi en onderhoude is gevoer met nog twee uit die 12, wat werksaam was in hospitaalkankerafdelings; die navorser het hul vorms voltooi. Die dieetkundige respondente se agtergrondinligting word in Tabel 6.11 uiteengesit.

Respondent-nommer	Opleiding	Ouderdom	Jare werkservaring	Persoonlike ervaring met kanker	Taal
(D1)	B-graad in dieetkunde	20-29	1 ½ jaar	Geen	Afr
(D2)	B-graad in dieetkunde Diploma in hospitaaldieetkunde	40-49	14 jaar	Gesin, vriende, moeder oorlede en grootmoeder	Afr
(D3)	MSc-graad in dieetkunde	40-49	25 jaar	Skoonouers, tante en oom	Afr
(D4)	B-graad in dieetkunde Diploma in hospitaaldieetkunde	40-49	20 jaar privaatpraktyk Geen kanker- spesialisering	Albei ouers kanker (oorlede); pa 5 maande intens siek, ma 22 jaar saamgeleef met kanker	Afr
(D5)	BSc-graad in dieetkunde	20-29	1 jaar	Geen persoonlike ervaring. Slegs op professionele vlak.	Afr
(D6)	BSc-graad in dieetkunde	30-39	3 jaar	Gesinslede	Eng
(D7)	BSc-graad in dieetkunde	30-39	4 jaar	Swaer - was intens betrokke by hom	Afr
(D8)	BSc-graad in dieetkunde	30-39	5 jaar	Ouma	Afr
(D9)	MSc-graad in dieetkunde (spesialisering Diabetes Mellitus)	50-59	27 jaar (nie net kankerpatiënte nie)	Grootmoeder (vaderskant), vader, broer en suster. Self (2008) borskanker, mastektomie, 6 chemoterapiesessies.	Afr
(D10)	BSc-graad in dieetkunde	30-39	3 jaar	Suster (non-Hodgkins limfoom - chemoterapie)	Afr
(D11)	BSc-graad in dieetkundie	30-39	5 jaar	Swaer (breinkanker)	Afr
(D12)	BSc-graad dieetkunde MSc-graad in voeding	30-39	½ jaar	Geen	Afr

Tabel 6.11: Profiel van deelnemende dieetkundiges

'n Formaat soortgelyk aan die terugrapportering vir onkoloë en geneeshere word gebruik vir die rapportering van response van die dieetkundiges. Respondente is genommer met D.

Die dieetkundiges se insette word vervolgens bespreek met betrekking tot:

- Die mate van persoonlike ervaring met kanker.
- Die betrekking van gesinslede in interaksie tydens konsultasie-gesprekke.
- Faktore betrokke tydens die kommunikasieproses met voedingsberading.
- Die dieetplan as aanvulling tot terapeutiese sorg.
- Dieet- en voedingsinligtingbronne.
- Die bydrae van voedingsorg vir kankerpatiënte.
- Dieet- en voedingsinligting en die emosionele toestand van die kankerpatiënt.
- Die verskaffing van dieet- en voedingsinligting en riglyne aan kankerpatiënte en gesinslede.
- Verwysing na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne.
- Verdere punte van belang soos gegee in 6.3.2.12.

6.4.2 Mate van persoonlike ervaring met kanker

Tien uit die 12 respondente (83%) het self ervaring van naby gesinslede met kanker gehad. Een uit die 12 respondente (8%) het self ook kanker gekry en was in remissie. Daar is gevra na die persoonlike ervaring van respondente omdat die inligtinggedragliteratuur toon dat persoonlike ervaring lei tot spesifieke gedrag wanneer 'n beroep beoefen word (Johnson & Case, 2012; Leckie, Pettigrew & Sylvain, 1996). Hul persoonlike ervaring mag 'n invloed hê op hul wyse van verskaffing van dieet- en voedingsinligting en die keuses wat gemaak word tydens dieet- en voedingsinligting-gedrag wanneer kankerpatiënte behandel word. Net twee uit die 12 respondente (17%) het slegs op professionele vlak ervaring van kanker en dus die mediese versorging van kanker gehad. Tabel 6.12 lig hul ervaring met kanker toe. In besprekings van hul persoonlike ervaring met kanker het hulle nie eksplisiet verwys na die behoefte aan dieet- en voedingsinligting en dieet- en voedingsinligtinggedrag nie. Die inligting oor hul persoonlike ervarings word wel gebruik om hul standpunte oor inligting te kontekstualiseer.



Aard van ervaring	Bespreking	Toepassing op respondente
Onlangse ervaring.	Aantal maande voor die vraelys voltooi is.	<i>"Suster is 3 maande tevore gediagnoseer met non-Hodgkins limfoon, tans besig met chemoterapie."</i> (D10) Met die invul van die vraelys was die ervaring onlangs gewees.
Intensiewe pynlike ervaring.	Pynlike ervarings soos ouers wat kanker opdoen en sterf.	Een van die respondente het beide ouers aan kanker verloor. Die vader is na 5 maande oorlede en die moeder na 22 jaar. (D4) Ervaring van ouers wat aan kanker sterf, is pynlik.
Intensiewe emosionele betrokkenheid.	Die betrokkenheid word gekenmerk deur intense nabye emosionele ondersteuning soos in 'n kind-tot-ouerverhouding. Die respondent mag self 'n groter kans op kanker hê.	<i>"Albei my ouers is oorlede aan kanker. My Pa was intens siek vir 5 maande voor hy oorlede is, en my ma het 22 jaar met kanker saamgeleef voor sy dood is."</i> (D4) <i>"Gesingeskiedenis van kanker."</i> <i>"Het self ook graad 1 borskanker gekry. Kan dalk moontlik dui op genetiese kankers."</i> (D9) Respondent is intens emosioneel betrokke by haar eie kanker asook die kanker van haar gesin.
Noue verbintenis.	Die verhouding tussen die dieetkundige en die pasiënt kan wissel van 'n nabygesinslid tot 'n nie-gesinslid.	Swaer is aan kanker oorlede; sy was baie intens betrokke by hom. (D7) Respondent was intensief betrokke by 'n naby gesinslid.
Professionele betrokkenheid.	In die professionele praktykshoedanigheid deur die verskaffing van 'n gepaste dieet.	<i>"Het geen persoonlike ervaring met kankerpatiënte nie. Slegs op professionele vlak."</i> (D5)
Die mediese versorging wat die dieetkundige self ontvang het.	Die respondent het verskeie mediese versorgingsbenaderings ondergaan vir die kankertoestand soos chemoterapie, radioterapie en ingrypende sjirurgie.	Sy is self in 2008 met borskanker gediagnoseer (graad 1), waarna 'n mastektomie uitgevoer is en sy 6 chemoterapiesessies ondergaan het. (D9)

Tabel 6.12: Kategorisering van dieetkundiges se ervaring

6.4.3 Betrekking van gesinslede tydens konsultasie-gesprekke

Die dieetkundiges verskaf dieet- en voedingsinligting tydens die mediese versorging van kankerpatiënte in die verskillende fases van die konsultasie en mediese versorgingsproses. Al 12 (100%) dieetkundiges betrek gesinslede tydens konsultasie-gesprekke. Dit is veral nuttig wanneer pro-aktiewe voorligting verskaf word. 'n Direkte aanhaling deur D1 is *"As ons in kontak kan kom met die gesinslede word hulle voorligting gegee oor wat verder moet gebeur, hul sosiale omstandighede word geassesseer en voorligting word gegee volgens dit."* Gesinslede kan betrek word met voedselvoorbereiding en om die kankerpatiënt aan te moedig om te eet. Hierdie benadering stem ooreen met Lobchuk, McPherson, McClement en Cheang (2012) se filosofie, wat aandui dat huweliksmaats ingesluit moet word in besluite oor die tipe mediese versorging, dieet en voeding. Gesinslede ervaar dikwels baie spanning wanneer 'n nuwe dieetplan gevolg moet word. Dit stem ook ooreen met bevindinge deur Hopkinson, Brown, Okamoto en Addington-Hall (2011) dat kanker 'n invloed op gesinslede het. Wanneer die apyt van kankerpatiënte afneem, veroorsaak dit byvoorbeeld stres by gesinslede. Die gesinslede verhoog die kankerpatiënt se ontvanklikheid vir die nodige dieet- en voedingsinligting. Die dieetkundiges het ook verwys na die emosie wat waargeneem word by gesinslede tydens die verskaffing en ontvangs van dieetinligting. P7 het die volgende laat blyk: *"Laat*

my nie onderkry nie.” Dit mag dalk wees as gevolg van goeie ondersteuning deur gesinslede. P3 het die volgende gehuldig: *“I was powerless, weak, now I am having energy and understand my diet.”* P3 se broer het hom in sy verswakte toestand geondersteun en bygestaan deur byvoorbeeld die korrekte gesonde kosse aan hom te verskaf. Hierdie voorbeelde is verteenwoordigend van die pasiënte waarmee dieetkundiges werk.

6.4.4 Faktore betrokke by die kommunikasieproses tydens dieet- en voedingsberading

Verskeie faktore beïnvloed kommunikasie tydens dieet- en voedingsberading. Volgens Lu en Dollahite (2010) is dieet- en voedingsberading die proses waardeur pasiënte op 'n konkrete, praktiese en outonome wyse oor dieet en voeding tydens kankerbehandeling ingelig word. Dit geskied met inagneming van die voedingstatus van die pasiënt. 'n Dieetkundige behoort die ekonomiese, sosiale en psigososiale faktore wat 'n invloed op voedselkeuses van die kankerpatiënt mag hê, te herken. Die kommunikasieproses kan so beïnvloed word, asook die interpretasie van dieet- en voedingsinligting.

Die faktore betrokke by die kommunikasieproses tydens dieet- en voedingsberading kan soos volg uiteengesit word:

- Die styl van kommunikasie, wat eerlikheid, bemoediging, professionaliteit, menslikheid en outonomie insluit. Die pasiënt word byvoorbeeld meegedeel dat dieet nie alles genees nie, maar word verseker dat dieetvoorligting in oorleg met die wetenskap plaasvind. (D3). Pasiënte met inligting maak hul eie keuses. (D7)
- Die vlak van kommunikasie, waar algemene dieetriglyne omvattend bespreek word. Inligting word eerder op eenvoudige wyse verskaf. Volgens D11 het pasiënte dikwels 'n kort aandagspan.
- Die aard van voedingsinligting as deel van kommunikasie speel 'n rol om die lewensgehalte van die kankerpatiënt te verhoog. Inligting wat verskaf word, hang af van die tipe kanker en die fase van die kanker. (D9). Volgens D10 sluit dieet- en voedingsberading relevante en kliniesgebaseerde inligting in. Mites word so teëgewerk.
- Alternatiewe mediese versorgingstegnieke word aan die kankerpatiënt genoem. Hierdie tegnieke, wat alternatiewe medisyne en die veiligheid daarvan insluit, mag afwyk van die normale mediese versorgingstegnieke. Alternatiewe mediese versorgingstegnieke het ekonomiese implikasies. (D11)

- Die aard en tipe mediese versorgingstegniek word aan die relatief gesond-gevoede kankerpatiënt verduidelik. D5 vertel dat die mediese versorging deur voeding sagte puree en vloeistofdiëte behels. Mediese versorging deur tegnieke soos chemoterapie, radioterapie en sjirurgie vind ook plaas. Dit is nodig om die aard en tipe mediese versorging, wat ekonomiese implikasies het, in te sluit in die kommunikasieproses. Die tipe kanker verskil van pasiënt tot pasiënt en berading varieer in oorleg daarmee. 'n Direkte aanhaling van D5 is: *“Dieet- en voedingsaspekte wat vir my belangrik is, is die beskikbaarheid van gespesialiseerde hoë-energie- en hoë-proteïenvoedings asook die beskikbaarheid van goeie informasie en raad ten opsigte van kankervoeding.”*
- Die ingesteldheid van die dieetkundige as vertrekpunt vir die mediese versorging van die kankerpatiënt. Dit sluit die beskouing in oor die belangrikheid van dieet en voeding vir dieetkundiges tydens kanker wanneer dieet- en voedingsinligting oorgedra word. Wanneer dieet en voeding belangrik is vir dieetkundiges betrokke by die mediese versorging van kanker, sal dit deel vorm van dieetkundiges se dieet- en voedingsberading tydens die kommunikasieproses.
- Die omgewing waarin pasiënte hulle bevind, word ook inag geneem. Die omgewing van die kankerpatiënt mag ekonomies, sosiaal of psigososiaal van aard wees en wanneer dit gunstig is vir die kankerpatiënt, sal die dieet- en voedingsinligting die pasiënt bereik tydens die kommunikasieproses.

6.4.5 Dieetplan as aanvulling tot terapeutiese sorg

Dieetkundiges skryf 'n dieetplan aan pasiënte voor vir die verhoging van die lewenskwaliteit met inagnome van sosio-ekonomiese faktore. Die dieetplan gaan gepaard met 'n deurlopende kommunikasieproses. Die tipe inligting wat nodig is vir die aanbeveling vir 'n dieetplan word in tabel 6.13 uiteengesit.

Tipe inligting benodig	Beskrywing	Nut van inligting wat verkry is
Pasiënt-spesifieke inligting verkry vanaf die pasiënt. (D10)	Die dieetkundige kan 'n dieetgeskiedenis neem. Die dieetkundige kan verneem wat die nuwe-effekte van die mediese versorging van die kanker is. Die dieetkundige kan die gewig en voedingstatus van die kankerpatiënt bepaal.	Eetpatrone en voedselvoorkeure kan deur die dieetgeskiedenis bepaal word. 'n Dieetplan kan daarvolgens opgestel word. 'n Direkte aanhaling van D10 is: <i>"Omdat eetlus dikwels aangetas is, is dit belangrik om na aanbevole hoeveelhede en eetpatrone te kyk."</i> Daar kan proaktief en reaktief reageer word op die nuwe-effekte van die mediese versorging van die kankerpatiënt. Die gewig en die voedingstatus van die kankerpatiënt kan gehandhaaf word. Morbiditeit en mortaliteit kan so voorkom word.
Gesin se insette. (nie gesondheidsgeskiedenis nie) (D2)	Die gesin kan vir die dieetkundige aandui wat die pasiënt se gunstelingkosse en gaarmaakmetodes is. Hulle kan ook inligting gee oor aanvullende vitamienes en kruiemiddels.	Gunstelingkosse kan ingesluit word in die dieetplan. Gesonde alternatiewe gaarmaakmetodes kan aanbeveel word. Aanbevelings kan gemaak word oor vitamienes en kruiemiddels wat kan inmeng met die mediese versorging van die kanker.
Pasiënt-spesifieke inligting wat deur dieetkundiges verskaf is. (D11), (D8)	Tydens saalrondes kan dieetkundiges inligting verskaf aan byvoorbeeld onkoloë en geneeshere.	Inligting wat uitgeruil is tydens saalrondes kan lei tot die verbeterde mediese sorg van die kankerpatiënt.
Pasiënt-spesifieke inligting vanaf die ander lede van die mediese span. (D11), (D8)	Inligting kan tydens saalrondes uitgeruil word waar ander lede van die mediese span teenwoordig is.	Inligting wat uitgeruil is tydens saalrondes kan lei tot die verbeterde mediese sorg van die kankerpatiënt.

Tabel 6.13: Uitruil van inligting wat dieetplan beïnvloed

6.4.6 Dieet- en voedingsinligtingbronne

Dieetkundiges raadpleeg dieet- en voedingsinligtingbronne om relevante dieetplanne en dieet- en voedingsriglyne aan kankerpatiënte te kan verskaf. Dit is vir hulle belangrik dat dieet- en voedingsinligtingbronne wat gebruik word, betroubaar en wetenskaplik verantwoordbaar is.

Al 12 (100%) dieetkundiges benut 'n verskeidenheid dieet- en voedingsinligtingbronne, wat insluit:

- Die internet. (D4), (D5), (D7), (D10)
- Mediese handboeke. (D12)
- Dieet- en voedingshandboeke. (D4), (D5), (D6)
- Die nuutste joernaalartikels. (D2), (D6), (D10), (D12)
- Dieetkundige seminare en kongresse: nasionaal of internasionaal. (D2)
- Voortgesette onderrigbyeenkomste (CPD = *"Continuous professional development"*). (D2), (D6)
- Elektroniese databasisse, byvoorbeeld Pubmed. (D3) (Dieetkundige D3 het nie die begrip elektroniese databasis gebruik nie maar het melding gemaak van Pubmed).
- Bemerkers (*representatives*). (D4), (D7)

- Professionele riglyne soos dié van die Europese Vereniging van Enterale en Parenterale voeding (“*European Society for Enteral and Parenteral Nutrition*”). (D11)
- Kollegas. (D7)
- Vakkundiges. (D4)
- Professionele organisasies soos die Amerikaanse Vereniging vir Kliniese Onkologie (“*American Society of Clinical Oncology*”). (D11) (D2)
- Nie-winsgewende organisasies soos die Wêreld-kankernavorsingsfonds (“*The World Cancer Research Fund*”). (D11)
- Akademiese instellings soos die departement van menslike voeding aan die Universiteite van Pretoria en die Vrystaat. (D4), (D7), (D9)
- Studente-notas. (D6)
- Pamflette. (D10)

Nege uit die 12 dieetkundiges (75%) het wel 'n behoefte aan dieet- en voedingsinligting oor die hantering van hul kankerpatiënte. Soms gebruik hulle visuele dieet- en voedingsinligtingbronne om kankerpatiënte in te lig. (D1) Gebrekkige kennis en inligtingsbrosjures kan tot onsekerheid lei. Uit die terugvoer van die verskillende dieetkundiges blyk dit dat hulle voel dat hulle redelik vertrou is met die hedendaagse tegnologie.

6.4.7 Bydrae van voedingsorg vir kankerpatiënte

Dieet- en voedingsorg van kankerpatiënte hou verband met die behoud en verbetering van 'n gesonde voedingstatus.

Volgens die dieetkundiges hou die optimale dieet- en voedingsmaatreëls verband met die:

- Hantering van die nuwe-effekte van chemo- en radioterapie. (D10), (D11)
- Biochemiese faktore soos die bloedystervlakke van die kankerpatiënt wat verband hou met genoegsame immuniteit. (D11)
- Sosio-ekonomiese faktore, soos die bekostigbaarheid van 'n spesifieke kankerdiëetplan. (D1)
- Die verwysing van kankerpatiënte na 'n ander lid van 'n mediese span soos 'n maatskaplike werker of sielkundige. (D11)

Relevante dieet- en voedingsinligting word verskaf om die nuwe-effekte van die chemo- en radioterapie te verlig. Biochemiese bloedafwykings word hanteer deur die nodige voedselsoorte deel te maak van die dieetplan, soos genoeg lewer en spinasie vir 'n ystergebrek. Wanneer 'n kankerpatiënt net sommige kossoorte kan bekostig, word die spesifieke kossoorte deel gemaak van die dieetplan. Om die omvattendste mediese versorging te verseker, word ander lede van die mediese span ingesluit, soos die maatskaplike werkster en sielkundige. 'n Direkte aanhaling van D6: *“The type of information that is needed is about encouragement, but refer to qualified health team members for their professional management.”*

6.4.8 Dieet- en voedingsinligting en -riglyne en die emosionele toestand van kankerpatiënte

Dieet- en voedingsinligting word gekoppel aan emosionele toestande soos angs en skuldgevoel. Volgens die dieetkundiges kan wetenskaplike dieet- en voedingsinligting positief op emosies inspeel en 'n gesonde dieet kan 'n gevoel van beheer gee. 'n Direkte aanhaling van D7 is: *“Die dokter of dieetkundige moet realistiese verwagtinge van die pasiënt hê sodat hy/sy nie ontmoedig word nie.”*

Dikwels word magteloosheid egter waargeneem by kankerpatiënte. Die dieetkundiges noem die volgende oor die emosionele gedrag van kankerpatiënte en die behoefte aan dieet- en voedingsinligting:

- Emosioneel onstabiele kankerpatiënte benut makliker onbetroubare dieet- en voedingsinligtingbronne. (D9)
- Vrees en onsekerheid verhoed ook die herstel van die kanker en die vermindering van nuwe-effekte. Alternatiewe medisyne word benut. Inligting word daarvoor ingesamel deur dieetkundiges en pasiënte. (D8) 'n Direkte aanhaling van D8 is: *“Daar is 'n redelike verband tussen die emosionele toestand en dieet- en voedingsinligting, veral aangesien baie mense glo dat dieet die oorsaak van hul kanker kon wees en baie pasiënte gebruik allerhande alternatiewe medisyne en hoop om genees te word.”*
- 'n Gevoel van onvermoë ontstaan om voedsel te geniet. Kankerpatiënte het raad hieroor nodig. (D8)
- Die emosionele toestand van kankerpatiënte met 'n lae opvoedingspeil word moeilik bepaal. Emosies oor dieet en voeding word moeilik geformuleer. (D1)
- Emosionele betrokkenheid geskied wanneer die gesin beheer wil uitoefen oor die kankerpatiënt se dieet. Dieet- en voedingsinligting word hieroor ingesamel deur

'n dieetkundige. (D2). 'n Direkte aanhaling deur D2: *“Pasiënte en gesinslede is dikwels so emosioneel rakende die siekte - voeding is al beheer wat oorbly.”*

6.4.9 Verskaffing van dieet- en voedingsinligting en -riglyne aan kankerpatiënte en gesin

Dieet- en voedingsinligting en -riglyne moet wetenskaplik verantwoordbaar wees en moet die pasiënt en gesin akkommodeer. In die proses word die siektetoestand, die kankersoort, die liggaamsbou en die simptome en behoeftes inag geneem. Volgens die dieetkundiges moet dieet- en voedingsriglyne bemoedigend, bondig, eenvoudig en ondersteunend wees. Bekommernis en vrees kan intree by gesinslede wanneer kankerpatiënte gewig verloor en dis daarom sinvol om hulle te betrek by dieet- en voedingsberading (Kubrak, Olson, Jha, Jensen, McCargar *et al.*, 2010; Chasen & Ashbury, 2010).

6.4.10 Verwysing na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne

Soms het kankerpatiënte addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne nodig vir optimale mediese versorging deur dieet en voeding. Dieetkundiges benut ook self addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne. 'n Tweede mening verkry van so 'n inligtingbron kan dalk vrae beantwoord van 'n kankerpatiënt wat die dieetkundige nie kon beantwoord nie. Bykomstige raad kan ook deur so 'n inligtingbron verskaf word. 'n Vollediger geheelbeeld kan dus gevorm word wanneer die meeste moontlike dieet- en voedingsinligtingbronne geraadpleeg is.

Twee uit die 12 dieetkundiges verwys nie kankerpatiënte na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne nie, terwyl 10 dit wel doen.

Die addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne wat die dieetkundige respondente aanbeveel vir pasiënte en gesinslede, word voorgestel in Tabel 6.14.



Addisionele inligtingbronne	Voorbeelde	Tipe inligtingbron
CANSA-vereniging (D9), (D11) Hospice (Palliatiewe sorgeneheid in Pretoria) (D6),(D10) Amerikaanse Kankervereniging (D2), (D11)	http://www.cansa.org.za http://hospice.co.za http://www.cancer.org/	Verenigings en organisasies
Boeke (D8)	<i>“Coping with cancer: the nutritional way”</i> deur Adele van der Merwe.	Gedrukte of elektroniese inligtingbronne
Dieetkundige kollegas (D7)	Kollegas in die onmiddellike werkskonteks (byvoorbeeld hospitaal). Kollegas op professionele webwerwe. Dieetkundige personeel by ’n universiteit. Vriendinne en kennisse wat ook dieetkundiges is.	’n Kollega (persoon) as inligtingbron
Webwerwe (D2)	http://quackwatch.com	Kankerspesifieke webwerf
Wetenskaplike joernale (D2), (D6), (D10), (D12)	Byvoorbeeld die joernaal <i>“Cancer”</i> . Inligting op die internet word vergelyk met wetenskaplike joernaalartikels vir juistheid van inligting.	Wetenskaplike joernale en tydskrifte (elektronies of nie-elektronies)
Sosiale netwerke (D8)	Byvoorbeeld die stuur van e-posse aan: nicus@sun.ac.za	Benutting van toepaslike en professionele sosiale netwerke.

Tabel 6.14: Addisionele inligtingbronne wat dieetkundiges benut en vir pasiënte aanbeveel

6.4.11 Verdere punte van belang

Deur ’n oop vraag is die dieetkundiges gevra om verdere punte van belang te deel, byvoorbeeld kontekstualisering, persoonlike ervaring, emosie, werk in ’n multi-dissiplinêre span, vertrouensband, eerlikheid, beskouing, sosio-ekonomiese faktore, taal en die voorkoming van kanker. Hierdie faktore kan ’n rol speel in die oordrag van dieet- en voedingsinligting tussen die dieetkundige, die kankerpatiënt en die gesin. Die faktore kan geïnterpreteer word as:

- a) **Kontekstualisering van individuele kankerpatiënt:** ’n Individuele benadering behoort gevolg te word. Die kankertipe, die ouderdom asook die omstandighede van die pasiënt word inag geneem. ’n Direkte aanhaling van D3 is: *“Individue verskil, kanker verskil en elke persoon word opnuut volgens sy omstandighede behandel.”*
- b) **Persoonlike ervaring:** Persoonlike ervaring speel ook ’n rol in voedingsorg. Een dieetkundige se persoonlike ervaring met haar ouers het haar laat wegstroom daarvan om by wyse van dieet- en voedingsberading betrokke te raak by kankerpatiënte. (D4)
- c) **Emosie:** Vir een dieetkundige is ondersteunende emosionele berading belangrik. (D4)
- d) **Multidissiplinêre span:** Multidissiplinêre mediese versorging van kanker behoort belangrik te wees. ’n Sielkundige kan byvoorbeeld benut word. (D11)

- e) **Vertrouensverhouding en eerlikheid:** Pasiënte moet ingelig wees oor die gebruik van korrekte dieet- en voedingsinligtingbronne. Tydens die dieet- en voedingsberadingproses behoort daar 'n vertrouensverhouding gevorm te word. So 'n verhouding ontstaan wanneer kankerpatiënte eerlik ingelig word op grond van korrekte inligtingbronne.
- f) **Ervaring en beskouing:** Vir een dieetkundige is dieet- en voedingsinligting-oordrag in voedingsberading 'n voorreg. (D9)
- g) **Sosio-ekonomiese faktore:** Daar is bewustheid dat sosio-ekonomiese faktore (D5) 'n belangrike rol speel in die verskaffing van dieet- en voedingsinligting. In 'n minder gegoede gemeenskap is dit moeilik om 'n pasiënt optimaal te behandel. 'n Direkte aanhaling van D1 is: *“Dis baie moeilik in die gemeenskap om die pasiënte optimaal te behandel met wat ons tot ons beskikking het. So die beste is om meeste chroniese siektes te voorkom waar ons kan.”*
- h) **Taal:** Taal speel 'n rol in die verskaffing van dieet- en voedingsinligting. Inligtingsbrosjures in inheemse tale blyk 'n saak van dringendheid te wees. (D5)
- i) **Voorkoming van kanker:** Voorkoming van kanker is belangrik, veral aangesien pasiënte nie alles tot hulle beskikking het om optimaal behandel te word nie. (D1)

6.5 PUNTE WAT UITSTAAN

- Die jare ervaring van die dieetkundiges asook die mate van hul persoonlike ervaring bepaal hoe 'n kankerpatiënt se dieet- en voedingsraadgewing benader gaan word.
- Daar is tydens die kommunikasieproses verskeie faktore betrokke wat dieet- en voedingsraadgewing beïnvloed byvoorbeeld styl en vlak van kommunikasie, aard van voedingsinligting, mediese versorgingstegnieke, ingesteldheid van die dieetkundige en die omgewing van die pasiënt.
- Die verband tussen dieet, voeding, emosies en stres hantering is meestal deur almal beklemtoon.

Tabel 6.15 Punte wat uitstaan by die dieetkundiges

6.6 DATA-ONTLEDING VIR PASIËNTE

6.6.1 Profiel van die respondente

Elf pasiënte is as respondente genader van Junie 2010 tot Oktober 2011. Gewillige respondente wat kon deelneem aan hierdie studie is moeilik gevind, aangesien pasiënte nie maklik praat oor hul kankertoestand nie. Die respondente is verkry deur verwysings van hulle gesinne, die kerk, kennisse en die Kankervereniging van Suid-Afrika. Drie van die 11 respondente het die vraelys self voltooi. Die navorser het self onderhoude gevoer met sewe respondente. Een vraelys is deur 'n gesinslid voltooi namens 'n staatspasiënt. Vyf respondente is tydens 'n groepsessie by die Kankervereniging van Suid-Afrika genader. Die doel van die groepsessie was om 'n moontlike fokusgroeponderhoud te reël. As gevolg van kultuur-, taal- en geletterdheidsverskille was persoonlike aandag nodig aan drie van die vyf lede van die groep. Die navorser se vader het een van die ongeletterde respondente se vraelys tydens die groepsessie voltooi terwyl die pasiënt mondelinge antwoorde gegee het op die vrae. Die navorser wou die respondente se tyd spaar deur die respondente toe te laat om gelyktydig die vraelyste te voltooi. Die navorser was vir bystand beskikbaar vir vyf lede van die groep en drie uit die vyf lede het intensiewe persoonlike aandag gekry.. Twee van die vyf lede van die groep se skryfervaring was van so 'n aard dat hul die vraelys self kon voltooi. Die lede van die groep was nie almal op dieselfde geletterdheidsvlak vir 'n fokusgroeponderhoud nie, en daarom is dit nie benut nie. Al die pasiënte was ouer as 60 jaar gewees, wat 'n invloed mag hê op die konteks waarin die data geplaas word.

'n Formaat soortgelyk aan die terugrapportering vir dieetkundiges word gebruik vir die rapportering van response van die pasiënte. Respondente is genommer met P.

Die pasiënte se insette word vervolgens bespreek met betrekking tot:

- Die invloed van demografiese faktore.
- Die nader omskrywing van siekte en mediese versorging.
- Tevredenheid met inligting (in die algemeen) ontvang van mediese versorgers.
- Dieet- en voedingsinligting ontvang van mediese versorgers.
- Die uitwerking van dieet- en voedingsinligting ontvang van mediese versorgers.
- Dieet- en voedingsinligting wat elders bekom word.
- Volg van 'n spesifieke dieetplan.
- Opstel van 'n dieetplan deur 'n dieetkundige.
- Tevredenheid met die dieetplan.
- Assosiëring van die dieetplan met 'n verbetering in die siektetoestand.

- Evaluering van alternatiewe vitamieë en homeopatiese middels.
- Behoefte aan verdere dieet- en voedingsinligting.
- Gesinslede se gesindheid rakende 'n spesifieke dieetplan en siektetoestand.
- Dieet- en voedingsinligting en die gemoedstoestand van die kankerpatiënt.
- Lidmaatskap van 'n ondersteuningsgroep.
- Voedingsaspekte wat in die ondersteuningsgroep genoem is en addisionele inligting.

6.6.2 Invloed van demografiese faktore

Sewe uit die 11 respondente (64%) het bevestigend geantwoord dat beroep, omgewing, sosio-ekonomiese faktore en ouderdom 'n invloed het op hul behoefte aan inligting oor dieet en voeding. In twee gevalle het die opvoedingspeil 'n belangrike rol gespeel. So het 'n hoogs gekwalifiseerde argitek gemeld dat die geneesheer vanweë sy profesie op 'n ander vlak met hom gesels, terwyl 'n ander respondent daarop gewys het dat haar studie in fisiologie bygedra het tot 'n ingesteldheid om altyd gesond te eet. In drie gevalle speel die sosiale omgewing 'n prominente rol deurdat pap ('n stysel van mielie-meel), stowe vleis en tamatiebredie genuttig word. Voedselsoorte word dus genuttig wat beskikbaar is in die omgewing. Ook armoede het in een geval 'n definitiewe invloed gehad. (P9) Vanweë hoë ouderdom fokus een van die respondente op bloeddruk, cholesterol en osteoporose met betrekking tot voeding en dieet. Die direkte vraag [vraag 1(h)] oor die impak van geloof was: *"Het u geloof enige impak op u dieet- en voedingsinligtingsbehoefte?"* Van die vier betrokkenes in hierdie studie wat "nee" geantwoord het op die vraag of hul geloof hul behoefte aan inligting beïnvloed, het drie ten opsigte van geloof geen motivering vir hul antwoorde verskaf nie. Die vierde pasiënt (P7) wat "nee" geantwoord het oor geloof en die behoefte aan inligting, het laat blyk dat hy baie spanning in sy werk ervaar en dat sy pa ook kolonkanker gehad het. Hy het die moontlikheid van 'n genetiese geneigdheid en onvermoë om te vergewe as moontlike oorsaak van sy kolonkanker genoem. Hy was egter nog altyd daarop ingestel om gesond te eet: vrugte, groente, min vleis en min vet. Die kwessie van vergifnis en die oorsaak van sy kolonkanker is 'n geloofsfaktor wat uitgelig is in vraag 1(j). Sy antwoord hierop was: *"Die vermoë om te vergewe het 'n invloed op my gesondheid."* P7 was van mening dat geloof geen impak op sy behoefte aan dieet- en voedingsinligting gehad het nie. Hier staan geloof in isolasie van dieet- en voedingsinligtingbehoefte, want P7 bring die onvermoë om te vergewe in verband met die ontstaan van sy kolonkanker. 'n Verdere vraag, 1(j), is gestel wat al die demografiese faktore insluit (geloof ook). Dit het soos volg gelui: *"Kan u asseblief uitbrei op die impak wat enige van hierdie faktore op u*

inligtingbehoefte oor dieet en voeding het, al dan nie?” Die faktore verwys na al die demografiese inligting wat gelys is in Vraag 1 van die vraelys. In hierdie vraag, 1(j), het P7 se geloofs faktor na vore getree. Agt uit die 11 respondente het hierdie betrokke vraag geantwoord.

In Tabel 6.16 word demografiese inligting weergegee oor persepsies oor die impak van geloof op die behoefte aan dieet- en voedingsinligting.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Het geloofsoortuiging 'n impak?	Het demografiese faktore 'n impak?	Rede
(P1)	Graad 10 in slaghuis gewerk; verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Ja	Nee	Geen rede gegee
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Ja	Ja	<i>“Deel van die omgewing al van kleintyd”</i>
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Nee	Ja	Geen rede is verskaf nie
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal) Onderhoud (Eng)	Brits	Nee	Ja	<i>“Eet pap en vleis - is dit goed?”</i>
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitek-praktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Nee	Ja	<i>“Dokter praat op ander vlak met my.”</i>
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Ja	Ja	<i>“As gevolg van fisiologie studie was ek altyd ingestel op gesond eet.”</i>
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Nee	Nee	<i>“Spanning in werk” “Pa het ook kolon-kanker gehad” “Vermoë om te vergewe het invloed op my gesondheid.”</i>
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Ja	Nee	<i>“Physical factor have assisted with my diet i.e. cholesterol - so I eat sensibly.”</i>
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud in Eng	Mamelodi-Oos	Geen antwoord	Ja	<i>“Because I cannot afford to buy the right food.”</i>
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Ja	Ja	<i>“Gee ag op bloeddruk, cholesterol en osteoporosis.”</i>
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja	Nee	Geen antwoord gegee nie

Tabel 6.16: Demografiese inligting oor die impak van geloof op die behoefte aan dieet- en voedingsinligting

6.6.3 Naderomskrywing van die siektetoestand en mediese versorging

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Direkte bewoording word gegee in Tabel 6.16 en meer ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.26 gegee.

As konteks vir die studie, en ook in navolging van die model deur Johnson (1997a, 1997b, 1997c), is pasiënte gevra om hul siektoestand en mediese versorging nader te omskryf. Sommige pasiënte onthou die presiese datum van hul diagnose, terwyl ander weer slegs die jaar en maand kan onthou. Elke kankerpatiënt ervaar die effek van die mediese versorging op 'n unieke wyse (Dit was geen verrassing nie, aangesien dit ook dikwels in die literatuur genoem word byvoorbeeld Chatman & Green, 2011: 20-28; Gonzalez & Davis, 2012: 116-123; Kim, Malone & Barsevick, 2014: 558-568). Die kankerpatiënte se emosionele belewenisse word gereflekteer in hul sieninge en mag verskil van die gesinslede en ander se interpretasies van hul belewenis (sien Tabel 6.17 en Tabel 6.26). Die woordkeuse van die kankerpatiënte verskil ten opsigte van die tipe mediese versorging en bloedtoetse wat ontvang word en hang af van die tipe kennis en insig aangaande mediese versorging (Sien tabel 6.16). Wanneer vrae oor die impak van mediese versorging gestel is, is daar veral verwys na fisiese simptome (sien Tabel 6.17) en ervarings en in sommige gevalle na emosionele en geestelike ervarings (sien tabel 6.17 en 6.26). Lazarus se model, soos bespreek in Afdeling 4.2.4 van Hoofstuk 4, gaan gepaard met emosies tydens kognitiewe beoordeling vir streshantering. In Tabel 6.17 word spesifiek die emosies gelys wat gepaard gaan met die mediese versorging van die kankerpatiënt. Verder word die behoefte aan dieet- en voedingsinligting ook vervat in Tabel 6.17, sodat daar bewus geraak kan word van die pasiënte se dieet- en voedingsinligtingbehoefte en hoe dit in verband staan met die mediese versorging wat ontvang word. Daar kan ook gesien word watter invloed die mediese versorging op die dieet- en voedingsinligtingbehoefte het. Die kwessie van dieet- en voedingsinligtingbehoefte vorm ook deel van die probleemstelling van hierdie studie, soos genoem in Afdeling 1.2.

Pasiënt-nommer	Kankersoort	Geskiedenis	Mediese versorging	Uitkoms van behandeling	Emosionele belewenis	Tevredenheid met inligting	Behoeftes aan inligting oor dieet, voeding en raadgewing hieroor
(P1)	Borskanker	Siektetoestand is gediagnoseer 7 Sept 2009.	Dadelik geopereer; chemoterapie en bestraling ontvang.	Niks genoem nie.	Goed aanvaar.	Baie tevrede met alle inligting.	Ja Neig meer na behoefte oor dieet, voedingsriglyne rakende die simptome van die kankerbehandeling. "Eet alles - het nie eetprobleme nie." "Het kos geëet wat nie vetterig is nie". "Het inligting bekom by mense wat ook kanker het."
(P2)	Borskanker	Siektetoestand is gediagnoseer in Nov 2007.	Chemoterapie ontvang Op kankerpil vir 5 jaar.	Terapie baie goed hanteer. Slegs na eerste paar dae na die chemoterapie.	Was 'n groot skok; wou nie hê iemand moet weet nie; vroulike onkoloog het meer deernis.	Slegs tevrede met hantering van emosionele behoeftes. Verder baie tevrede met al die ander inligting ontvang.	Ja Neig meer na raadgewing Verlang inligting oor vitamene.
(P3)	Tumor van die farinks	Het kanker al vir 2 jaar.	Pynlike diagnose; morfienstroop vir pyn; voeding deur gastrostomie; chemoterapie	Geen antwoord nie.	Geen antwoord nie.	Baie tevrede met inligting oor siekte en nuwe-effekte. Slegs tevrede met inligting oor mediese versorging, voeding en emosie.	Ja Neig na behoefte en raadgewing oor inligting wat die voedingstatus kan verhoog. "Continuous information if conditions of my status improve."
(P4)	Maagkanker	Het al 5 jaar maagkanker.	Medikasie, chemoterapie en radioterapie	Die mediese sorg het hom beter laat voel.	'n Skok gewees; hanteer goed.	Baie ontevrede met alle inligting ontvang.	Ja Neig na raadgewing oor geskikte voedsel tydens kanker. "May I eat custard and jelly?"
(P5)	Maagtumor	Kanker 8 maande voor onderhoud gediagnoseer.	Chemoterapie en radioterapie; bloettoets om te bepaal of in remissie	40 kg gewig verloor.	Geen kommentaar.	Slegs tevrede met die voedingsinligting ontvang; Baie tevrede met al die ander inligting ontvang.	Nee Neig na 'n behoefte aan inligting oor kanker. "Behoeftes aan inligting oor die siektetoestand."
(P6)	Skildklierkanker en borskanker	1993 skildklierkanker en 2010 borskanker.	Mastektomie; chemoterapie (30 sessies) en radioterapie	Met 5 ^{de} chemo is lewer beskadig; met bestraling het vel gebrand; moeg gevoel.	Was baie ontsteld.	Baie ontevrede met dieet- en voedingsinligting ontvang. Tevrede met inligting oor nuwe-effekte. Ontevrede met inligting oor siektetoestand, behandeling en emosie.	Nee Neig na behoefte en raadgewing oor kanker. "Self opgelees" Verlang geen verdere dieet- en voedingsinligting nie Het fisiologie-agtergrond. Het suster van Kankervereniging self genader.
(P7)	Kolonkanker	Aug 2010 kanker gediagnoseer. Een uit 14 klieres positief vir kanker. Het vir 2 jaar vermoed daar is fout: kon nie sy oë oophou na elke ete nie.	Chemoterapie	Chemoterapie tas lewer en niere aan. Kry maagongesteldheid na die mediese versorging van die kanker. Senuwee is aangetas: tone voel dood; ervaar gevoel van naalde en spelde. Konsentrasie aangetas.	Geen aanduiding nie.	Baie tevrede met alle inligting ontvang.	Nee Neig na behoefte en raadgewing "Het gesond geëet voor kanker gekry het." Het voldoende inligting van mediese versorgers ontvang. "Dokter het self inligting gegee - het ook webwerwe gegee."
(P8)	Onbekend (Die kankerpatiënt het die tipe kanker nie bekend gemaak nie - nie eksplisiet daarna gevra	8 maande voor onderhoud.	Chemoterapie en radioterapie.	'n Dieper geloof in die Here.	Die pasiënt het die chemoterapie uitaard nie geniet nie, maar het nie spesifieke klagtes genoem nie. Sterk geloof in die Here was haar rugsteun. Daar was geen verdere klagtes nie. Was volgens haar ten volle ingelig gewees. Alles het baie vinnig gebeur.	Baie tevrede met alle inligting ontvang.	Nee Neig na raadgewing en behoefte. "No need - but information gathered from reading."

	nie)						
(P9)	Prostaatkan- ker	Prostaatkanker: 14 jaar terug. Kanker hervat.	Chemoterapie en bestraling ontvang; hormoonbehandeling.	Geen antwoord nie.	Geen antwoord nie.	Ontevrede met inligting ontvang oor newe-effekte en dieet en voeding. Baie tevrede met ander inligting.	Ja Neig na raadgewing en behoefte oor hoe om die kanker te stabiliseer. <i>"Will need something to stabilise the cancer - not progress it."</i>
(P10)	Borskanker	Kanker gediagnoseer op 2 Sept 1976. Kanker nie versprei nie.	Mastektomie.	Positief.	Groot skok.	Baie ontevrede met inligting oor dieet- en voeding en emosie. Geen inligting ontvang oor behandeling nie. Baie tevrede met inligting ontvang oor siektetoestand.	Nee Neig na behoefte aan inligting oor gesonde eetgewoontes. <i>"Eet gesond, rook nie, drink nie en eet baie vrugte."</i>
(P11)	Onbekend. (Die kanker- pasiënt het nie die tipe kanker bekend gemaak nie - nie eksplisiet daarna gevra nie)	Het kanker reeds vir 1 jaar.	Sjirurgie en radioterapie. (Geen aanduiding van watter tipe sjirurgie nie).	Konstipasie.	Gelukkig met die mediese versorging deur die geneeshere.	Slegs tevrede met dieet- en voedingsinligting. Baie tevrede met al die ander inligting.	Ja Neig na behoefte en raadgewing oor hoe om die simptome van kankerbehandeling te hanteer. <i>"How to prevent constipation, pains and diarrhoea."</i>

Tabel 6.17: Mediese versorging van die kankerpatiënt en gepaardgaande emosies

Uit Tabel 6.17 blyk dit dat van die 11 respondente vier met borskanker gediagnoseer is, waarvan een ook met skildklierkanker gediagnoseer is. Een pasiënt het 'n tumor van die farinks gehad, wat met hoë pynvlakke geassosieer word en morfien- en voedingsbuistoediening noodsaak. Twee pasiënte het maagkanker gehad en een kolonkanker. Twee pasiënte het 'n mastektomie gehad. Twee van die respondente wat met kanker gediagnoseer is, se kankersoort is onbekend. Daar is nie in die vraelys eksplisiet gevra watter tipe kanker die pasiënt het nie. Beide het radioterapie ontvang; een het ook chemoterapie ondergaan en die ander een sjirurgiese ingryping. Die gevolg van een van die pasiënte se mediese versorging is nie gespesifiseer nie. Een van die pasiënte wat 'n mastektomie ondergaan het, het die uitkoms as positief beleef, maar die ander een se lewer is beskadig vanweë die chemoterapie, die bestraling het haar vel gebrand het en sy het moegheid ervaar. Die uitkoms van die chemoterapie het gewissel tussen beterskap, naarde en uitermate gewigsverlies van 40 kg. Een pasiënt met kolonkanker se niere, lewer en senuweestelsel is aangetas. Sy konsentrasievermoë het ook afgeneem.

Wat emosionele ervaring betref, het die pasiënt wat gediagnoseer is met maagkanker dit as 'n groot skok beleef en het ook heelwat aggressie ervaar. Drie pasiënte het die kanker as 'n skok beleef. Een wou glad nie hê dat iemand weet dat sy kanker het nie, maar meld wel dat haar vroulike onkoloog haar met deernis behandel het. Die emosionele belewenis van die maagtumor-pasiënt is onbekend. Die pasiënt met kolonkanker het aggressie ervaar. Een pasiënt wat met prostaatkanker gediagnoseer is, se kanker het na 14 jaar hervat. Hy het chemoterapie, bestraling en hormoonbehandeling ontvang. Die nadraai en emosionele belewenis is nie vermeld nie. Die nadraai van die mediese versorging en die emosionele belewenis van die pasiënt met farinkskanker is nie gemeld nie. Een pasiënt het gemeld dat sy dieper geloof in die Here ontwikkel het. Een van laasgenoemde twee pasiënte het gemeld dat die chemoterapie baie nuwe-effekte tot gevolg gehad het, terwyl die ander een gelukkig was met die nadraai van die mediese versorging. Kommentaar op die uitwerking van die mediese versorging het gewissel van die vermelding van fisiese simptome soos konstipasie, moegheid, 'n naalde-en-speldegevoel en moegheid tot fokus op geestelike verryking. Wanneer pasiënte angstig is, is hulle meer geneig om na dieet- en voedingsinligting te soek want die dieet word die enigste beheer wat die pasiënt oor het. Dieet- en voedingsinligting kan aanleiding gee tot gemoedsrus by die pasiënt en dus minder angs. Die pasiënt wil die keuse kan maak watter dieet- en voedingsinligting benut gaan word wat tot minder stres lei. Pasiënte funksioneer beter wanneer hulle goed gevoed is en die nodige relevante dieet- en voedingsinligting ontvang het. (Ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.26 gegee.)

6.6.4 Tevredenheid met inligting wat van mediese versorgers ontvang is

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.18 gegee. Nege uit die 11 respondente (82%) was baie tevrede met die inligting wat hulle van die mediese versorgers ontvang het, terwyl een (9%) ontevrede en nog een (9%) baie ontevrede was. Met die inligting oor die behandeling en die moontlike nuwe-effekte daarvan was sewe (64%) baie tevrede, terwyl net een tevrede en een ontevrede was (9% dus vir elk). Twee respondente (18%) was baie ontevrede met die inligting verskaf rakende die mediese versorging. Rakende die dieet- en voedingsinligtingbehoefte, het vier (36.4%) laat blyk dat hulle baie tevrede was, terwyl drie (27%) tevrede en een (9%) ontevrede was, terwyl drie (27.3%) baie ontevrede was. Die drie respondente wat baie ontevrede was oor die dieet- en voedingsinligting wat hulle van mediese versorgers ontvang het, word direk aangehaal na die beantwoording van vraag 2(f): *“Very little diet and nutrition information - made him angry.”* (P4); *“Dieet- en voedingsinligting is glad nie ontvang nie.”* (P6) en *“Geen dieet- en voedingsinligting is ontvang nie - inderdaad ‘n leemte gewees.”* (P10). Vraag 2(f) het gevra of die respondent meer kan vertel oor die dieet- en voedingsinligting wat hulle van hulle mediese versorgers ontvang het. Slegs een pasiënt (P9) in hierdie studie was ontevrede met die dieet- en voedingsinligting wat ontvang is, asook inligting oor die nuwe-effekte van die mediese versorging. Direkte aanhalings van P9 oor die rede vir die ontevredenheid is: *“I was never referred to someone that gives you advice on nutrition and cancer”*; *“I could not afford to buy food suggested”* en *“Doctors must be open, give the right information - doctors must not be afraid to tell the truth - doctors must let you feel comfortable.”* (P9 was baie tevrede met die inligting oor sy siektetoestand, mediese versorging en emosionele behoeftes.) Wat die hantering van emosionele behoeftes deur die verskaffing van inligting betref, was 45% baie tevrede (vyf respondente), terwyl dié wat tevrede, ontevrede en baie ontevrede was, elk 18% verteenwoordig. Dieet- en voedingsinligting wat verskaf word, kan emosies ontlok by die kankerpatiënt. Die emosionele ervaring, met direkte aanhalings, word gegee in Tabel 6.26.

Uit bogenoemde blyk dit dat dieet- en voedingsinligtingbehoefte nie genoeg aandag kry nie, ook nie die emosionele behoeftes van pasiënte nie. Emosies word ervaar wanneer dieet- en voedingsinligting ontvang word, soos byvoorbeeld skuldgevoel oor hul vorige dieet, angs en tevredenheid of ontevredenheid (Sien Tabel 6.18 en Tabel 6.19). Dit is ook duidelik dat inligting oor die siektetoestand as sodanig deeglik in diepte deur mediese versorgers verskaf word en die inligting daarvoor en oor nuwe-effekte blyk bevredigend te wees. Ondersteunende aanhalings is die volgende: *“I was fully informed*

about what not to eat and what would be helpful in cases of nausea.” (P8) “Tevrede met wenke wat ontvang is van die onkoloog.” (P2) en “Raad oor newe-effekte het gehelp.” (P5)

Die volgende afdeling handel meer spesifiek oor die tevredenheid van die kankerpatiënte met die dieet- en voedingsinligting wat van mediese versorgers ontvang is.

In Tabel 6.18 word die demografiese inligting teenoor die pasiënte se tevredenheid met inligting aangedui. Inligting waaroor hul kommentaar moes lewer, was hul siektetoestand, mediese versorging, newe-effekte, dieet- en voedingsinligtingbehoefte, asook emosionele behoeftes.

Pasiënt-nommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Tevredenheid met inligting byvoorbeeld siektetoestand, behandeling, nuwe-effekte, dieet- en voedingsinligting en emosionele behoeftes	Opmerking
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk; verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Baie tevrede met alle inligting.	"Alles was goed."
(P2)	Graad 10; Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Slegs tevrede met hantering van emosionele behoeftes. Verder baie tevrede met al die ander inligting ontvang.	"Onkoloog het nie spesifiek daarop ingegaan nie - genoem moet gesond eet naamlik vrugte en groente."; "Personeel liefdevol."; "Personeel bemoedigend."; "Kyk vorentoe."; "Groepe bemoedig mekaar."
(P3)	Geen opleiding; werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Baie tevrede met inligting oor siekte en nuwe-effekte. Slegs tevrede met inligting oor mediese versorging, voeding en emosie.	"I was referred to the dietitian who explained the kind of diet to eat."
(P4)	Graad 2; Ongeletterd; voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal); Onderhoud: Eng	Brits	Baie ontevrede met alle inligting ontvang.	"Received very little information - made me angry."
(P5)	Argitek; afgetree; deelydse argitekpraktik	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Slegs tevrede met die voedingsinligting ontvang; Baie tevrede met al die ander inligting ontvang.	"Suster het by my gesit met die chemo terwyl pamflet bespreek is en raad gegee is."
(P6)	MSc Fisiologie Deelydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Baie ontevrede met dieet- en voedingsinligting ontvang. Tevrede met inligting oor nuwe-effekte. Ontevrede met inligting oor siektetoestand, behandeling en emosie.	"Dieet- en voedingsinligting is glad nie ontvang nie."
(P7)	BSc HOD gekombineerd; Onderwys; tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Baie tevrede met alle inligting ontvang.	"Lewenstyl was altyd gesond - was nie 'n groot aanpassing nie."
(P8)	Onderwysdiploma; Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie; was 'n hulpbronbestuurder; nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Baie tevrede met alle inligting ontvang.	"I was fully informed about what to eat and what would be helpful in cases of nausea."
(P9)	Graad 12; pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi-Oos	Ontevrede met inligting ontvang oor nuwe-effekte en dieet en voeding. Baie tevrede met ander inligting.	"Did not get any information about diet and nutrition."
(P10)	Graad 12; opleiding rekenmeester; tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Baie ontevrede met inligting oor dieet- en voeding en emosie. Geen inligting ontvang oor behandeling nie. Baie tevrede met inligting ontvang oor siektetoestand.	"Daar was baie emosies.; ""Geen dieet- en voedingsinligting ontvang - inderdaad 'n leerme gewees."
(P11)	Graad 12; Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Slegs tevrede met dieet- en voedingsinligting. Baie tevrede met al die ander inligting.	"They say I must take a lot of water - I am trying; they say I must avoid lots of fat - I am trying; I must eat lots of fruit and vegetables."

Tabel 6.18: Kankerpatiënte se tevredenheid met inligting wat ontvang is en gepaardgaande opmerkings

6.6.5 Dieet- en voedingsinligting wat van mediese versorgers ontvang is

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.19 gegee. Drie van die respondente het gemeld dat hulle geen dieet- en voedingsinligting ontvang het nie, terwyl twee aangetoon het dat hulle min sodanige inligting ontvang het. Een se reaksie op die beperkte aard en omvang van die inligting wat verskaf is, was aggressief. Dit het veral na vore gekom in stellings soos : *“I am very angry”* (P4) en 'n negatiewe liggaamshouding en -gedrag. Verder het P4 ook genoem dat hy te oningelig is om vrae te kan vra. Nog 'n direkte aanhaling van P4 is: *“He wants general information that he can afford.”* (P4). P4 wou ook weet: *“Eat pap and vleis - is that good?”* Slegs een is verwys na 'n dieetkundige. (P3) Volgens 'n ander een was sy lewenstyl nog altyd gesond. Hy het wel spesifieke raad ontvang van sy mediese versorgers om vrugte en groente te nuttig, spesifiek appel-, peer- en pynappelsap wat geen preserveermiddels bevat nie. Hy drink suiwer water, oefen gereeld (om ontslae te raak van gifstowwe), eet drie maal per dag en neem 'n klein kwota antioksidante. Hy het bygevoeg dat die liggaam volgens hom gereeld uitskeiding nodig het. Nog 'n respondent P5 het genoem dat 'n mediese suster by hom gesit het tydens die chemoterapie terwyl sy vir hom 'n pamflet en dieet- en voedingsinligting gegee het. P5 het aangevoer: *“Die dieet- en voedingsinligting wat verskaf het, het die nuwe-effekte verlig.”* Een respondent wou geen mening lug nie. (P1)

6.6.6 Uitwerking van die dieet- en voedingsinligting

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.19 gegee. Drie uit die 11 respondente (27%) het geen dieet- en voedingsinligting ontvang nie, dus was die vraag nie van toepassing op hulle nie. Vir twee (25%) respondente het die dieet- en voedingsinligting wat ontvang is, beslis nuwe vrae na vore gebring. Twee (25%) het saamgestem dat die inligting nuwe vrae na vore gebring het, twee (25%) het nie saamgestem nie en twee (25%) het glad nie saamgestem nie. Op 'n vraag of hierdie inligting vrees/angs veroorsaak het, het een uit agt respondente (13%) beslis saamgestem, drie (38%) het saamgestem, twee (25%) het nie saamgestem nie en twee (25%) het glad nie saamgestem nie. Op 'n vraag of die inligting vrees/angs verminder het, het twee van die agt (25%) beslis saamgestem, drie (38%) het saamgestem, een (13%) het nie saamgestem nie en twee (25%) het glad nie saamgestem nie. Op 'n vraag of die inligting die hantering van stres verbeter het, het drie uit agt (38%) beslis

saamgestem, een (13%) het saamgestem, twee (25%) het nie saamgestem nie en twee (25%) het glad nie saamgestem nie. Drie uit agt (38%) het beslis saamgestem dat dit onsekerheid opgeklaar het, twee (25%) het saamgestem, een (13%) het nie saamgestem nie en twee (25%) het beslis nie saamgestem nie. Twee uit die agt (25%) het beslis saamgestem dat die inligting onsekerheid vermeerder het, een (13%) het saamgestem, drie (38%) het nie saamgestem nie en twee (25%) het glad nie saamgestem nie.

Uit bogenoemde wil dit voorkom dat soos nuwe vrae by die pasiënt ontstaan het tydens die verskaffing van dieet- en voedingsinligting, onsekerheid wel mettertyd opgeklaar is. Afhangende van pasiënte se unieke verwysingsraamwerk en ervaring, mag hulle aanvanklik vanweë onsekerheid dalk angs beleef of glad nie angs beleef nie. Mettertyd word die stres verlig soos meer dieet- en voedingsinligting verskaf word.

Ondersteunende aanhalings is die volgende: *“Die onkoloog het nie spesifiek op dieet- en voedingsinligting ingegaan nie. Onkoloog het wel genoem van gesond eet: groente en vrugte. Tvrede met wenke wat wel ontvang is vanaf die onkoloog. Stres gaan gou weg - wil vry voel om te maak soos ek wil - vertrou op die Here en berus. Sit agter wat verby is en kyk vorentoe.”* (P2) en *“Gesinslede het goeie samewerking gegee - hul was in die kol - vrae wat gevra is was 90% reg beantwoord vooraf - dit is net meer ingeskerp soos die tyd gevorder het.”* (P7)

In Tabel 6.19 word die demografiese inligting aangedui teenoor die mening oor wat die invloed was van die dieet- en voedingsinligting wat ontvang is. Moontlike uitwerkings was nuwe vrae, meer of minder vrees/angs, beter hantering van stres en meer of minder onsekerheid.

Pasiënt-nommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Uitwerking soos byvoorbeeld nuwe vroe navore gebring, angs opgewek, angs verminder, hantering van stres verbeter, onsekerheid opgeklaar en onsekerheid verminder*	Opmerking
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk, verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Stem beslis saam met alle uitwerkings.	Geen verdere opmerkings nie.
(P2)	Graad 10; klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Stem nie saam met alle uitwerkings nie.	<i>"Ek was rustig."; "Kon vrugte en groente insluit." "Het nie geweet wat mag geeë word of nie."</i>
(P3)	Geen opleiding; werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Stem nie saam dat streshantering verbeter is nie. Stem saam met ander uitwerkings.	Geen opmerking gemaak nie.
(P4)	Graad 2; Ongeletterd; voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Stem beslis saam dat onsekerheid vermeerder is. Stem glad nie saam met ander uitwerkings nie.	<i>"Just angry."</i>
(P5)	Argitek; afgetree; deelydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Stem beslis saam dat angs verminder is, streshantering verbeter is, onsekerheid opgeklaar is. Stem nie saam dat nuwe vroe ontstaan, angs opgewek word of onsekerheid vermeerder is nie.	<i>"Dieet- en voedingsinligting het newe-effekte verlig."</i>
(P6)	MSc Fisiologie; deelydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Glad nie dieet- of voedingsinligting ontvang nie.	Geen verdere opmerking nie.
(P7)	BSc HOD gekombineerd; onderwys; tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Stem beslis saam dat nuwe vroe navore gebring is. Stem glad nie saam met al die ander uitwerkings nie.	<i>"Het meer vleis geeë in die verlede - het meer begin fokus op gesond eet. Het gesond geeë voor kanker - geen sampioene, kafeien en preserveermiddels nie."</i>
(P8)	Onderwysdiploma; Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie; was 'n hulpbronbestuurder; nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Stem beslis saam dat streshantering verbeter is en onsekerheid opgeklaar is. Stem saam dat angs verminder en opgewek is. Stem glad nie saam dat onsekerheid vermeerder is nie.	<i>"Geen verdere opmerking nie."</i>
(P9)	Graad 12; pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal); Onderhoud: Eng	Mamelodi-Oos	Geen dieet- en voedingsinligting is ontvang nie.	Geen verdere opmerking is gemaak nie.
(P10)	Graad 12; opleiding rekenmeester; tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Geen dieet- en voedingsinligting is ontvang nie.	<i>"Groot leemte - geen inligting ontvang nie."</i>
(P11)	Graad 12; universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal); Onderhoud: Eng	Mabopane	Stem saam met alle uitwerkings.	<i>"Sometimes I become constipated, sometimes get diarrhoea - need more information when I am constipated and have diarrhoea."</i>

Tabel 6.19: Demografiese inligting teenoor die mening oor die invloed van dieet- en voedingsinligting wat ontvang is

*Alle uitwerkings verwys telkens na die uitwerkings wat in die kolomopskrif genoem word.

6.6.7 Alternatiewe dieet- en voedingsinligting

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.20 gegee. Onkoloë, geneeshere en dieetkundiges is nie altyd die hoofbron van dieet- en voedingsinligting nie. 'n Onkoloog of geneesheer verwys kankerpatiënte soms na 'n dieetkundige, soos ook blyk uit die bespreking in Afdeling 6.3.2.6. Kankerpatiënte bekom soms dieet- en voedingsinligting van addisionele inligtingbronne. Deur te bepaal waar en waarom addisionele inligtingbronne verkry word, kan onkoloë, geneeshere en dieetkundiges die nodige dieet- en voedingsinligtingbehoefte van die kankerpatiënt bepaal om daaraan te voldoen. Ses uit die 11 respondente (55%) het aangetoon dat hul wel elders dieet- en voedingsinligting bekom het, om die volgende redes (ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.20 gegee):

- **Behoeftte:** Een kankerpatiënt het behoefte gehad aan dieet- en voedingsinligting oor kanker en het pamflette, die internet en 'n mediese suster genader. (P5)
- **Hoë agting vir ander kankerpatiënte se mening:** Twee van die respondente het laat blyk dat hulle dieet- en voedingsinligting ook van ander kankerpatiënte bekom het, veral om nie vetterige kos te nuttig nie. 'n Ondersteunende aanhaling is: *“Dieet- en voedingsinligting is verkry by mense wat ook die kanker het - het kos geëet wat nie vetterig is nie.”* (P1) (P2)
- **Selfstandigheid:** Een dame met 'n fisiologiese agtergrond het self navorsing gedoen oor dieet en voeding en John Hopkins se kankerraad. (P6)
- **Immuniteitsversterking:** Een dame se oogmerk was om haar immuniteit op te bou. Sy het 'n mediese suster van die kankervereniging genader, asook 'n vitamienaanvullingsagent, wat vitamienaanvullings vir die lewer, kalsium en omega-3 voorgestel het. (P6)
- **Beroep:** Een dame het genoem dat terwyl sy werkzaam was by die mediese fakulteit, sy self baie oor chemoterapie geleer het. (P6)
- **Onsekerheid:** Een respondent het gesê: *“Mens is nie seker wat siektetoestand gaan vereis nie; mens vind eers uit as jy reeds op die pad is.”* (P7) P7 raadpleeg boeke om meer op te lees oor dieet, voeding en kanker. Sy vrou het genoem: *“Ek was nog altyd redelik ingelig gewees.”* (F1)

- **Fokusgerigtheid:** Een respondent het genoem: *“My vader was ’n vlieënier, was berader in oorlog, en het my geleer om reg te fokus: emosioneel en met waardes.”* (P7) Die kankerpatiënt, veral nadat hy kanker opgedoen het, het begin fokus op gesond eet. ’n Direkte aanhaling van P7 is: *“Ek het meer vleis geëet in die verlede - het nou meer gefokus op gesond eet, maar ek het ook gesond geëet voor ek kanker gekry het.”* Hy doen ook selfondersoek oor sy emosies in sy dieet- en voedingsinligtinggedrag. ’n Direkte aanhaling van P7 is: *“As jy beter voel, funksioneer jy beter.”* Omdat hy waardes hoog ag, sal hy betroubare dieet- en voedingsinligting vereis.
- **Boeke lees vir verryking:** Die respondent het onder andere boeke gelees, gesondheidsprodukte benut en ’n homeopatiese benadering gevolg vir verdere verryking. (P7)
- **Verwysing na ’n dieetkundige deur ’n algemene geneesheer:** Een respondent het genoem dat sy inligting bekom het van ’n dieetkundige na wie haar algemene geneesheer haar verwys het en ook self gelees het. (P11)

Sommige kankerpatiënte ag onkoloë, geneeshere of dieetkundiges as die hoofbron van dieet- en voedingsinligting, alhoewel mediese personeel hulle nie altyd na ’n dieetkundige verwys nie. Kankerpatiënte maak soms staat op eie vermoëns om addisionele dieet- en voedingsinligting te bekom nadat ’n onkoloog, geneesheer of dieetkundige geskakel is. Vier uit die 11 respondente (36%) het gesê dat hulle om die volgende redes nie elders dieet- en voedingsinligting bekom het nie (ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.20 gegee):

- **Beskikbaarheid van ’n dieet- en voedingsinligtingbron:** Een respondent het genoem dat daar niemand in haar omgewing was van wie sy geweet het wat haar kon inlig oor dieet en voeding nie. Sy het dus normaalweg met haar huidige dieet aangegaan. Dit het meegebring dat sy haarself soms afskeep. (P2)
- **Afwesigheid van advisering:** Een pasiënt beweer dat hy nooit verwys is na iemand om hom advies te gee oor voeding en kanker nie. (P9) ’n Direkte aanhaling is: *“I was never referred to someone that gives you advice on nutrition and cancer.”* (P9)
- **Afwesigheid van verwysing na dieet- en voedingsinligting:** Een respondent het genoem dat hy nooit voedingsinligting ontvang het rakende kanker nie. In 2004 het hy wel by ’n staatshospitaal dieetinligting rakende diabetes ontvang. (P9)

- **Oningeligtheid:** 'n Respondent het te kenne gegee dat hy te oningelig was om enige vrae te vra en nie sy dieet- en voedingsinligtingbehoefte besef het nie. (P4)
- **Verwysing na 'n dieetkundige:** 'n Man het laat blyk dat hy deur 'n gesondheidswerker na 'n dieetkundige verwys is. Hy het geen behoefte gehad om verdere dieet- en voedingsinligting te bekom nie (P3), maar *“I was referred to a dietician by a health worker.”* (P3)
- **Gesondheid was prioriteit:** 'n Volgende respondent het genoem dat sy na haar mening nog altyd gesond geëet het en dus daarom nie aanvanklik opgelees het oor gesonde dieet en voeding nie. Nadat kanker by haar gediagnoseer is, het haar siektetoestand haar eerste prioriteit geword. Daarna het sy vrae begin vra soos: *“Wat moet ek doen om my liggaam te monitor?”* en *“Hoe kan ek die verspreiding van kanker voorkom?”* (P10)

Tabel 6.20 stel demografiese inligting teenoor aanduidings of dieet- en voedingsinligting elders bekom is of nie.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Elders inligting bekom	Opmerkings
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Ja	<i>"By mense wat ook die kanker het."</i>
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Nee	<i>"Niemand rondom my om my in te lig nie - het normaalweg aangegaan."</i>
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonark	Nee	<i>"I was referred to a dietitian by a health worker."</i>
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Nee	Geen rede is verskaf nie
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Ja	<i>"Het 'n behoefte aan inligting oor siektetoestand."</i>
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Ja	<i>"Self opgelees."; "Suster van Kankervereniging het my ingelig."; "Het fisiologiese agtergrond."; "Vitamiënaanvullings benut."; "Lees John Hopkins se berriggewing."</i>
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Ja	<i>"Mens nie seker wat siektetoestand behels nie. Vind uit as reeds op die pad is."; "Vader leer my om reg te fokus."; "Lees boeke."</i>
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Ja	<i>"Have no need - but information gathered from reading."</i>
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi-Oos	Nee	Geen rede is verskaf nie.
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Nee	Geen rede is verskaf nie.
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja	<i>Inligting is van dieetkundige ontvang. "Doctor arrange a dietitian for me and I read books."</i>

Tabel 6.20: Demografiese inligting gestel teenoor opmerkings of dieet- en voedingsinligting elders bekom is of nie

6.6.8 Volg van 'n spesifieke dieetplan

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.21 gegee.

Dieet- en voedingsinligting word voorgelê aan kankerpatiënte in die vorm van 'n dieetplan. 'n Dieetplan kan self opgestel wees of kon voorsien gewees het deur 'n dieetkundige of ander lid van die mediese span. Soms vind 'n kankerpatiënt 'n dieetplan onnodig. Nie alle kankerpatiënte besoek dieetkundiges vir 'n dieetplan nie. Sewe uit die 11 respondente (64%) het laat blyk dat hulle nie 'n spesifieke dieetplan volg nie, om verskillende redes:

- **Gebrek aan behoefte:** Onkunde oor gesonde eetgewoontes mag daartoe lei dat die respondent nie 'n behoefte aan inligting voel nie. (P4)
- **Onwilligheid/beslommernis:** Een dame het genoem dat sy lui is om kos voor te berei en dus nie 'n voorgeskrewe dieetplan volg nie. Sy as enkeldame noem ook dat sy oorskietkos wil vermy. 'n Spesiale, gebalanseerde dieet lei egter nie noodwendig tot groter vermorsing nie en sy het moontlik 'n wanpersepsie oor voedselvermorsing met betrekking tot dieet. 'n Direkte aanhaling is: *“Ek het aangegaan - skeep myself soms af - lui om kos te maak - sien nie kans om 'n voorgeskrewe dieetplan te volg nie.”* (P2)
- **Afwesigheid van voedingsverwante neue-effekte:** Twee respondente het genoem dat omdat hulle nie dieet- en voedingsprobleme ervaar het nie en dat 'n spesiale dieetplan dus nie nodig was nie. 'n Direkte aanhaling is: *“Eet alles - het nie eetprobleme nie.”* (P1)
- **Onverkrygbaarheid van 'n formele kankerverwante dieetplan:** 'n Respondent het beweer dat geen dieetplan aan hom voorsien is nie. Oningeligtheid mag lei tot onbewustheid van gesonde alternatiewe voedsel. In 'n studie deur Sandu (2005) is bepaal dat struikelblokke in die weg van gesondheid veral gepaard gaan met 'n tekort aan gesondheidsorginligting (Sandu, 2005). (P9)
- **Bekostigbaarheid van voedsel:** Spesiale/voorgeskrewe diëte word dikwels met duur voedsel geassosieer. Respondente uit laer inkomstegroepe is dus beperk tot voedsel wat hul kan bekostig, wat minder gesond mag wees. Met behulp van 'n dieetkundige kan so 'n pasiënt 'n meer deurdagte keuse maak. Volgens 'n studie deur Gaynor (2009) is daar 'n betekenisvolle verlaging in liggaamsmassa,

liggaamsmassa-indeks en sistoliese bloeddruk ervaar na die bywoning van 'n "Your choice"-program wat deur dieetkundiges gelei word (Gaynor, 2009: 257-258). 'n Direkte aanhaling van P9 is: "*Because I can't afford to buy the right food.*"

- **Vertroue in kwaliteit van bestaande lewenstyl:** Een respondent het aangevoer dat omdat hy reeds 'n gesonde lewenstyl volg, hy nie 'n dieetplan nodig het nie. (P10)

'n Dieetplan is vir sommige kankerpatiënte nodig. Deur hulle opleiding dra hulle soms kennis van 'n gesonde dieetplan, maar dis nie noodwendig deur 'n dieetkundige voorsien nie. Vier uit die 11 respondente het gemeld dat hulle 'n spesifieke dieetplan volg. Indien hul antwoorde ontleed word, staan die volgende uit:

- **Toewyding aan 'n dieetplan:** 'n Respondent het aangedui dat hy nog steeds die dieetriglyne van 'n dieetkundige volg wat hy in 2004 by 'n staatshospitaal ontvang het vir diabetes. (P9)
- **Persepsie en selfbeoordeling van huidige dieetplan:** Een respondent was van mening dat hy reeds 'n gesonde dieetplan volg. Die waarneming is moontlik selfbeoordeel. Die huidige dieetplan maak dalk nie voorsiening vir komplikasies wat mag voortspruit uit die kanker nie. (P7) P7 se direkte woorde was: "*Ek het gesond geëet voor ek kanker gekry het.*"
- **Bestaande dieetplan volg algemene riglyne:** 'n Dieetplan hoog in vesel en slaai word genuttig. Die dieet mag egter onvoldoende wees indien dit slegs op sekere voedselsoorte fokus. (P7)

Een van die respondente het geen kommentaar gelewer oor die volg van 'n spesifieke dieetplan nie, maar wel aangedui dat so 'n dieetplan gevolg word.

In Tabel 6.21 word die demografiese inligting gestel teenoor aanduidings of 'n dieetplan gevolg word of nie.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Volg spesifieke dieetplan	Opmerking
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk Verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Nee	<i>"Eet alles, het nie eetprobleme nie."</i>
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Nee	<i>"Lui om kos te maak."; "Sien nie kans om voorgeskrewe plan te volg nie"; "Het wenke ontvang by die onkoloog."</i>
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Ja (opgestel deur 'n dieetkundige)	Geen opmerking nie.
(P4)	Graad 2; ongeletterd; voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tshwana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Nee	<i>"Het nie 'n dieetplan ontvang nie, voedsel duur, eet net pap en vleis."</i>
(P5)	Argitek; afgetree; deelydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Nee	<i>"Het nie behoefte aan 'n dieetplan nie" Inligting van ander pasiënte, mediese suster en internet verkry."</i>
(P6)	MSc Fisiologie; deelydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Ja (het nie 'n dieetplan van 'n dieetkundige ontvang nie)	<i>"Eet gesond."; "Het opgelees."</i>
(P7)	BSc HOD gekombineerd; onderwys; tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Ja (opgestel deur 'n dieetkundige)	<i>"Eet baie vesel en baie slaai."</i>
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Nee	<i>"Just eat sensibly - no extra fats or bad fats" "Am not on a diet plan - I eat veggies, lean meat and balanced with fruit and nuts."</i>
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi – Oos	Ja (opgestel deur 'n dieetkundige)	<i>"Could not afford to buy food suggested."</i>
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Nee	<i>"Eet gesond, rook nie, eet baie vrugte."</i>
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja (dieetplan is opgestel deur 'n dieetkundige)	Geen opmerking nie.

Tabel 6.21: Demografiese inligting teenoor die volg van 'n dieetplan

6.6.9 Opstel van 'n dieetplan deur 'n dieetkundige

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Direkte bewoording word gegee in Tabel 6.16 en meer ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.21 gegee.

Dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan wat deur 'n dieetkundige opgestel is, word soms onnodig geag. Sewe uit die 11 respondente (64%) het aangedui dat hul dieetplan nie deur 'n dieetkundige opgestel is nie. Die mediese suster speel veral hier 'n rol. Redes vir respondente se antwoorde kan as volg gekategoriseer word (ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.22 gegee):

- Twee respondente vertrou die advies van mede-pasiënte oor dieet- en voedingsinligting. (P1), (P2)
- Hulle maak staat op ander lede van die gesondheidspan, byvoorbeeld 'n mediese suster. (P5), (P6)
- Hulle volg dieetwenke deur geneeshere. (P2)
- Hulle het geen behoefte om 'n spesifieke dieetplan te volg nie. (P1), (P2)
- Hulle doen self opleeswerk oor 'n gesonde dieetplan. (P6)
- Hulle ervaar nie dieetprobleme nie. (P1)

Vier van die 11 respondente (36%) het aangedui dat hul dieetplan wel deur 'n dieetkundige opgestel is; hulle het vertroue in die dieetkundige se dieetplan, maar kan dit soms om sosio-ekonomiese redes nie volg nie. (P3), (P7), (P9), (P11)

6.6.10 Tevredenheid met dieetplan

Kankerpatiënte volg gewoonlik die gerieflikste dieetplan wat die goedkoopste en die haalbaarste is. Al 11 deelnemende respondente (100%) het aangevoer dat hul tevrede is met hulle dieetplan, om die volgende redes:

- **Verbetering van algehele gesondheid:** Een respondent was positief oor die selfopgestelde dieetplan omdat verbetering in die algehele gesondheid ervaar is. (P6)

- **Bekostigbaarheid van voedsel:** Alhoewel een respondent tevrede is met die dieetplan wat die dieetkundige voorgeskryf het, voel hy dat hy dit nie kan bekostig nie. (P9)
- **Toleransie vir alle voedsel:** 'n Respondent het verduidelik dat alle voedsel genuttig kan word en dat sy geen eetlusprobleme vanweë die chemoterapie ervaar nie. (P1)
- **Akkommodering van die gesinseetplan:** 'n Respondent het verduidelik dat 'n bekostigbare dieetplan wat by die gesin se behoeftes aansluit, gevolg word. (P4) Charlton, Steyn, Levitt, Peer, Jonathan *et al.* (2008) noem dat in die Suid-Afrikaanse konteks 'n hoë mate van voedselinsekuriteit is, waar lae inname van vrugte, groente en suiwelprodukte voorkom. Onder die swart kultuurgroepe in Suid-Afrika is brood een van die prominente stapelvoedsels (Charlton, Steyn, Levitt, Peer, Jonathan *et al.*, 2008: 1397-1406). P4 se direkte stelling: “*Ek eet wat gesinslede eet: pap en vleis.*”
- **Respek vir onkoloog se dieetriglyne:** 'n Respondent het hoë agting uitgespreek vir die dieetriglyne wat die onkoloog verskaf het. Die raad het ingesluit vrugte en groentedrankies (“*smoothies*”) om krag en energie te gee en ook die drink van gedistilleerde water. (P7)
- **Vertroudheid met diëte om gewigsverlies te bevorder:** 'n Dame by wie borskanker gediagnoseer is met geen kankerverspreiding nie, het laat blyk dat sy al baie diëte gevolg het om gewig te verloor. Omdat sy 'n gesonde liggaamsmassa gehandaaf het en dus haar gesondheid handhaaf, is sy tevrede met die dieetplan wat sy volg. (P10)

Drie uit die 11 respondente (27%) was positief oor die dieetplan wat hulle gevolg het, maar het geen verdere motivering verskaf nie. (P3), (P5), (P11) Dit mag wees dat hul van mening was dat die antwoorde op hierdie vraag reeds verskaf is in antwoord op vorige vrae en dat verdere toeligting net 'n herhaling sou wees. Soos reeds genoem aan die begin van die bespreking van die pasiënte-ontleding, wil sommige respondente nie lank gesels oor hul siektetoestand nie, die onderwerp vermy en so gou moontlik die onderhoud agter die rug kry. Okuyama, Endo, Seto, Kato, Seki *et al.* (2009) noem dat kankerpatiënte huiwerig is om hul emosionele bekommernisse met hul spesialis te bespreek en dat nie beduidend bewys kon word dat depressie en angs daartoe aanleiding gee nie. Redes wat in hierdie studie na vore gekom het waarom emosies nie gedeel word nie, was “*fear of the negative impact of emotional disclosure, “my relation*

with the doctor will become poor”, “I do not want to bother my doctor” and “I have no need to disclose emotions” (Okuyama, Endo, Seto, Kato, Seki et al., 2009: 229-233).

6.6.11 Assosiëring van die dieetplan met verbetering in die siektetoestand

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.22.

Dieet- en voedingsinligting in die vorm van 'n dieetplan behoort verbetering in die kankertoestand mee te bring. Nege uit 11 (82%) respondente het te kenne gegee dat hulle wel 'n verbetering ervaar het deur 'n dieetplan te volg. Hulle het beweer (verdere ondersteunende aanhalings in Tabel 6.22):

- Die raad van die mediese suster om die nuwe-effekte van die behandeling te verlig, het gehelp. (P5)
- Met die dieetplan wat een respondent self opgestel het, het sy veral beter gevoel omdat sy nie ingeperk is nie. Daarbenewens noem sy dat sy berus in die feit dat sy kanker het en op God vertrou, wat help om stres te verlig. (P2)
- Een respondent het verbetering ervaar in sy algehele toestand met 'n dieet wat hy kon bekostig (P9).
- Met minder goeie eetgewoontes word meer ongemak en naarheid ervaar. Een respondent het genoem dat hy meer ongemak ervaar wanneer diervette, botter en melk genuttig word. Hy het genoem: *“n Positiewe graadverskil word ervaar wat aan die minimale kant is.”* Hy het dus effens beter gevoel as die dieetplan gevolg is. (P7)
- Een respondent het “smoothies” (vrugte- en groentedrankies) begin nuttig vir krag. Vleis is ook uitgesny en sy kanker is in remissie. (P6)
- Voordat een kankerpatiënt met farinkskanker 'n dieetplan ontvang het, het die voedsel nie deurbeweeg na die maag nie, maar bo na die oppervlakte (vel) van die esofagus beweeg. (P3)
- Een van die respondente het nie gesê of die dieetplan 'n verbetering meegebring het nie. (P9)

Twee uit die 11 respondente (18%) het neutraal gestaan teenoor hierdie vraag. Een het geen rede verskaf nie. (P10) Die ander een het genoem dat hy tevrede is met sy

dieetplan, alhoewel hy dit nie van 'n dieetkundige gekry het nie. Hy is deurgaans honger.
(P4) 'n Ondersteunende aanhaling van P4: *"I am satisfied with my food intake."*

Tabel 6.22 stel die demografiese inligting teenoor die verbetering wat ervaar is met 'n dieetplan.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Volg van spesifieke dieetplan	Verbetering ervaar	Opmerking
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk; verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Nee (Beplan self wat om te eet)	Ja	Geen opmerking nie.
(P2)	Graad 10; klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Nee (Beplan self wat om te eet)	Ja	“Voel beter met eie dieet”; “Wil vry voel om te maak soos ek wil”; “Vertrou op die Here” “Stres - gaan gou weg.”
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonark	Ja (opgestel deur 'n dieetkundige)	Ja	“I use to eat then the food will come out on the wound in my neck.”
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Nee (Beplan self wat om te eet)	Nvt	“Satisfied with food being taken in”; “Bekommerd - bly honger”
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Nee (Beplan self wat om te eet)	Ja	“Raad oor nuwe-effekte het gehelp.”
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde- onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Ja (Het nie 'n dieetplan van 'n dieetkundige ontvang nie)	Ja	“In die begin smoothies geneem vir krag wat afgaan.” “Het vleis uitgesny - dokter het gesê dat dit kanker vererger.”
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Ja (opgestel deur 'n dieetkundige)	Ja	“Positiewe grondverskil aan die minimale kant.” “As verkeerd eet het ek meer ongemak en naaheid.” “Diervette, botter en melk veroorsaak naaheid.”
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Nee (Beplan self wat om te eet)	Ja	“Eating sensibly.” “Have no major problems.”
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho moedertaal Onderhoud: Eng	Mamelodi- Oos	Ja (opgestel deur 'n dieetkundige)	Ja	“I have no emotions.”
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Nee	Nvt	“Het wel gewigsverliesdiëte gevolg om my gewig te kontroleer vir 'n gesonde lewe.”
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja (dieetplan is opgestel deur 'n dieetkundige)	Ja	“I am happy with my diet.”

Tabel 6.22: Demografiese inligting teenoor verbetering wat met die dieetplan ervaar is

6.6.12 Evaluering van alternatiewe vitamieëne en homeopatiese middels

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. Meer ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.23 gegee.

Mediese versorging deur medici is nie altyd omvattend genoeg vir kankerpatiënte nie.

Aanvullende alternatiewe vitamieëne en homeopatiese middels word beproef, soms omdat die enigste beheer is wat vir hulle oorbly. Moegheid, immuunversterking en detoksifisering word ook deur vitamieënaanvullings behandel. 'n Ondersteunende aanhaling uit die literatuur is: *“Future studies should focus on the effectiveness and ineffectiveness of the most common complementary and alternative medicine and potential short and long term consequences in the light of the increasing financial burden of some of these, unproven practices.”* (Abdallah, Xiong, Lancaster & Judson, 2015: 1729).

Vyf uit die 11 respondente (45%) het aangedui dat hulle geen alternatiewe vitamieëne en homeopatiese middels neem nie. Alhoewel vier van die respondente verkies het om geen kommentaar te lewer nie, het een verduidelik dat die onkoloog nie wou hê sy moes vitamieënpille beproef nie (verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.23).

Vyf uit die 11 respondente (45%) het wel alternatiewe vitamieëne en homeopatiese middels geneem. Kommentaar op hul antwoorde sluit die volgende in (verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.23):

- Verskaffing van energie deur alternatiewe vitamieëne. (P9)
- Opbou van die immuunsisteem deur die gebruik van kruie-middels en vitamieënaanvullings. (P6)
- Gebruik van vitamieënaanvullings na chemoterapie vir detoksifisering, maar nie tydens chemoterapie nie. (P7)
- Gebruik van vitamieënaanvullings as voedselaanvulling om die liggaam 'n “hupstoot” te gee. Die respondent beskryf dit as 'n *“vitamin booster.”* (P11)
- Een dame met geen kankerverspreiding nie gebruik vitamieënaanvullings om moegheid teen te werk en kruie vir griep. (P10)

Een uit die 11 respondente (9%) het verkies om neutraal te bly en het dus nie positief of negatief gereageer op die gebruik van aanvullende vitamienes en homeopatiese middels nie. Geen rede is gegee nie.

Tabel 6.23 stel die demografiese inligting teenoor die gebruik van alternatiewe middels.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Beproef alternatiewe middels	Opmerking
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk Verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Geen antwoord nie.	Geen opmerking nie.
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Nee	<i>“Onkoloog wou nie vitamienpille gee nie, wou kyk hoe chemo werk.”</i>
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Nee	Geen opmerking nie.
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tshwana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Nee	Geen opmerking nie.
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Nee	Geen opmerking nie.
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Ja	Gebruik echinacea-vitamieaanvullings en vind uit oor kruie wat immuniteit kan versterk.
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Ja	<i>“Tydens behandeling zero, na behandeling vir detoksifisering.”</i>
(P8)	Onderwys diploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Nee	Geen opmerking nie.
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi – Oos	Ja	<i>“Got energy.”</i>
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Ja	Echinacea en vitamie vir moegheid.
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja	<i>“Booster vitamin.”</i>

Tabel 6.23: Demografiese inligting teenoor aanduiding van evaluasie van alternatiewe middels

6.6.13 Behoefte aan verdere dieet- en voedingsinligting

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die -respondente gegee ter ondersteuning. Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.24 gegee.

Respondente dui soms aan dat hul verdere dieet- en voedingsinligting wil bekom van die onkoloog, geneesheer of dieetkundige. Vyf uit die 11 respondente (45%) in hierdie studie wou dit om die volgende redes hê (verdere ondersteunende aanhalings in Tabel 6.24):

- Behoefte aan inligting oor vitamieaanvullings. (P2), (P6)
- Behoefte aan inligting oor die stabilisering van die kanker deur voeding en dieet. (P9)
- Onsekerheid oor voedselsoorte wat met 'n spesifieke tipe kanker, byvoorbeeld maagkanker, benut kan word. 'n Respondent vra byvoorbeeld: *“May I eat custard and jelly?”* (P4)
- Behoefte aan dieet- en voedingsinligting om die kankerstatus te verbeter. (P3)
- Behoefte aan dieet- en voedingsinligting om die nuwe-effekte van behandeling te hanteer: *“I need information on how to prevent constipation, pains and diarrhoea.”* (P11)

Vyf uit 11 (45%) respondente het aangedui dat geen verdere dieet- en voedingsinligting nodig is nie. Drie uit 11 (27%) het verkies om nie 'n mening te lug oor hoekom hulle nie verdere inligting wil ontvang nie, terwyl een gevoel het dat die inligting wat van medepasiënte ontvang is, voldoende was. Een van die vyf respondente wat geen verdere inligting nodig het nie, het geen antwoord verskaf nie.

Een respondent is neutraal oor die noodsaak vir meer inligting. Met neutraliteit word bedoel dat die respondent nie positief of negatief gereageer het op die vraag nie. Daar is ook nie 'n rede verskaf vir die neutraliteit nie. (P1)

Tabel 6.24 stel demografiese inligting teenoor die noodsaak vir verdere dieet- en voedingsinligting.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Verlang van verdere inligting	Rede
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk; verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Nie 'n antwoord nie.	Geen rede gegee nie.
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Ja	<i>“Verlang inligting rondom vitamienne.”</i>
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Ja	<i>“Continuous information if the status of my condition improves.”</i>
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Ja	<i>“May I eat custard and jelly?”</i>
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Nee	Geen rede verskaf nie.
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderdig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Nee	Geen rede is verskaf nie.
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Nee	Geen rede is verskaf nie.
(P8)	Onderwysdiploma Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Nee	Geen rede is verskaf nie.
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi-Oos	Ja	<i>“Will need something to stabilise cancer - no progress.”</i>
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Nee	Geen rede verskaf nie.
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja	<i>“How to prevent constipation, pains and diarrhoea.”</i>

Tabel 6.24: Demografiese inligting teenoor noodsaak vir dieet- en voedingsinligting

6.6.14 Gesinslede se houding teenoor die pasiënt se spesifieke dieetplan en siektetoestand

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënt-respondente gegee ter ondersteuning. (Verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.25.)

Die gesin is baie nou betrokke by die kankerpatiënt. Die gesin kan die kankerpatiënt help om die dieetplan toe te pas en met voedselvoorbereiding. Respondente is versoek om kommentaar te lewer oor die gesindheid van die gesin rakende 'n spesifieke dieetplan en hul siektetoestand. Dit is belangrik dat die familie se gesindheid positief moet wees sodat die kankerpatiënt positief beïnvloed kan word om te hou by 'n voorgeskrewe dieetplan. Nege uit die 11 respondente (82%) het kommentaar gelewer oor hul gesin se gesindheid rakende hul dieetplan. Hul kommentaar het die volgende ingesluit (verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.25):

- Aanmoediging deur gesinslede om gesonder te eet. 'n Eggenote moedig byvoorbeeld haar man aan om meer slaai te eet. (P5)
- Positiewe ondersteuning deur gesinslede kom in drie gevalle voor. Dit sluit byvoorbeeld in kommer oor die kankerpatiënt wat te hard werk, intense emosionele betrokkenheid by die kankerpatiënt en simpatie. (P6)
- Bewustheid van die spanning wat gesinslede, byvoorbeeld eggenoot, ervaar, maar dat hul ten spyte daarvan steeds probeer om die kankerpatiënt te ondersteun. 'n Respondent noem: *“My wife asked if I am worried, she is very supportive.”* (P9).
- Kommer by gesinslede oor eetlusprobleme en gebrekkige voedselinname. Een van die respondente se gesinslede is besorg omdat hul gesinslid eetlusprobleme het en te min eet. (P4)
- Twee respondente het hul gesinslede se betrokkenheid as samewerkend beskryf. Een respondent beskryf dit so (P7): *“Die samewerking was in die kol. My voeding was 90% reg vooraf. Ek het dit nou net meer ingeskerp”.* (P2)
- Twee respondente het hul gesinslede se gesindheid beskryf as ondersteunend. (P8 en P9)

Twee uit die 11 respondente (18%) het verkies om geen mening te lug oor hulle gesinslede se gesindheid rakende hul siektetoestand en dieet nie.

Tabel 6.25 stel demografiese inligting teenoor gesinslede se gesindheid oor die spesifieke dieetplan en siektetoestand.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Gesinslede se gesindheid
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk; verpleging Tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Geen opmerking nie.
(P2)	Graad 10; klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	<i>“Ondersteun positief”; “Suster kry senuweeëenestorting.”; “Gesin sê ek werk te hard, hul wil nie hê ek moet myself vermoei nie.”</i>
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	<i>“My family is very cooperative and prepared about my diagnosis.”</i>
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Gesin is bekommerd omdat hy te min eet.
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	<i>“My vrou voel ek moet meer slaai eet.”</i>
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	<i>“Positief en ondersteunend.” “My man eet nie alles wat ek eet nie.”</i>
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, ’n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	<i>“Gesinslede gee goeie samewerking. Sy vrou was 90% reg oor dieet vooraf. Het dit nou net meer ingeskerp.”</i>
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was ’n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vrou-lik	Eng	Middelburg	<i>“No problem, only support and understanding.”</i>
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi- Oos	<i>“Wife asked me if I am worried - very supportive.”</i>
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	<i>“My man se positiewe houding teenoor my was uitstekend. Was baie simpatiek teenoor my.”</i>
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	<i>“My family are very supportive.”</i>

Tabel 6.25: Demografiese inligting teenoor gesinslede se gesindheid oor die dieetplan en siektetoestand

6.6.15 Dieet- en voedingsinligting en die gemoedstoestand van kankerpatiënte

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. (Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.26 gegee.) Wanneer 'n kankerpatiënt goed gevoed is, voel hy/sy beter. Dieet- en voedingsinligting kan kankerpatiënte se gemoed ook positief of negatief stem. Sewe uit die 11 respondente (64%) het gesê dat die dieet- en voedingsinligting wat hul ontvang het, wel hul gemoedstoestand verbeter het om die volgende redes (verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.26):

- Een respondent nuttig voedsel waaraan hy 'n behoefte het en voel nie ingeperk nie. (P2)
- Een dame voel vry om te handel soos sy wil met haar dieetplan wat sy self opgestel het. (P2)
- Alhoewel een respondent laat blyk het dat die dieet sy emosies verbeter het, het hy tog genoem dat hy nie eintlik die emosies wat hy ervaar, kan uitstippel of definieer nie. (P9)
- Een respondent het sy toestand voordat dieet- en voedingsinligting ontvang is, as kragteloos en swak beskou. Noudat hy meer energie het, is sy gemoedstoestand ook beter. (P3)
- 'n Respondent het laat blyk dat haar algehele welstand verbeter het met die dieet- en voedingsinligting wat sy ontvang het. (P7)
- Een respondent het gevind dat dieet- en voedingsinligting onsekerheid verminder het en het gevolglik emosionele stabiliteit ervaar. (P10)

Twee uit die 11 respondente (18%) het beweer dat dieet- en voedingsinligting nie hul gemoedstoestand verbeter het nie. (Verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.26):

- Een respondent voel erg aggressief omdat hy nie ingelig is oor dieet en voeding nie. Hierdie respondent is ongeletterd en het gebrekkige onderrig ontvang (Miller, Gibson & Applegate, 2010). (P4)

- Een dame het gesê dat haar gemoedstoestand nie afhang van onder andere dieet- en voedingsinligting nie, maar van haar verhouding met die Here tydens gebed. (P6)

Twee uit die 11 respondente (18%) het neutraal gereageer oor die beïnvloeding van hul emosionele toestand deur dieet- en voedingsinligting.

Tabel 6.26 stel demografiese inligting teenoor die verbetering van die gemoedstoestand deur dieet- en voedingsinligting.

Pasiëntnommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Invloed op emosionele toestand	Opmerking
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk; verpleging; tans afgetree - huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Geen antwoord nie.	Geen opmerking nie.
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Ja	"Voel vry om te doen soos ek wil."
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Ja	"I was powerless weak, now I am having energy and understand my diet."
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tshwana (moedertaal) Onderhoud: Eng	Brits	Nee	"Still feel angry."
(P5)	Argitek Afgetree Deeltyds argitekpraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Ja	"Eet wat die behoefte is."
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderderrig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Nee	"Gemoedstoestand is gebed en die Here."
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Ja	"As jy beter voel, funksioneer jy beter."
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder Nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Ja	"Eating sensibly has kept my weight stable - have neither lost nor gained."
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mamelodi-Oos	Nee	Geen opmerking nie.
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Ja	"My gemoedstoestand het verbeter - emosioneel stabiel."
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moedertaal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Ja	Geen opmerking nie.

Tabel 6.26: Demografiese inligting teenoor verbeterde gemoedstoestand a.g.v. dieet- en voedingsinligting

6.6.16 Deelname aan 'n ondersteuningsgroep

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning (verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.27 gegee.)

Wanneer kankerpatiënte die nodige ondersteuning ontvang, beleef hul die siektetoestand beter; dit mag dalk lewensverwagting beïnvloed (Wang, Zhang, Shen, Yang, Liu *et al.*, 2015). 'n Ondersteuningsgroep kan die kankerpatiënt positief stem om by 'n gesonde dieetplan te volstaan en die nodige inligting daarvoor verskaf.

Twee uit die 11 respondente (18%) het wel aan 'n ondersteuningsgroep behoort. Hulle het bevestig dat hulle baie ondersteuning ontvang by die kerk. Dit blyk dat individue wat in 'n groep dieselfde belangstellings en morele waardes het, tog voel hul behoort êrens. (P5 en P6) (Verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.27.)

Agt uit die 11 respondente (73%) het aangedui dat hul glad nie aan 'n ondersteuningsgroep behoort nie (verdere ondersteunende aanhalings word gegee in Tabel 6.27):

- Twee uit hierdie agt respondente (25%) het aangetoon dat hul geheel en al onbewus is van die bestaan van enige ondersteuningsgroep. Ussher, Kirsten, Butow en Sandoval (2008) voer aan dat die redes vir inskakeling by 'n kankerondersteuningsgroep persoonlik van aard kan wees met betrekking tot weerstand om 'n kankerpatiëntidentiteit ten toon te stel, ondersteuning wat reeds ontvang is, praktiese sake soos vervoer, ligging en tyd, asook styl van streshantering. Groep faktore wat 'n invloed mag hê is die behoefte van die kankerpatiënt, 'n negatiewe beeld van 'n ondersteuningsgroep, moontlike ondersteuningsgroepe wat bestaan, aanvaardingsprobleme en groepfigurering (Ussher, Kirsten, Butow & Sandoval, 2008). (P9), (P11)
- Een uit hierdie agt respondente (13%) het gesê dat sy kankertoestand onlangs gediagnoseer is en dat daar nog baie aspekte is wat verwerk moet word. Sodra hy meer berus het in sy siektetoestand en oor die skok gekom het van die diagnose, sal hy ook meer kan deel met ander en meer ontvanklik wees vir groepsberading. (P3)
- Een uit hierdie agt respondente (13%) het aangedui dat die vraag nie van toepassing is op die konteks waarin sy haar bevind nie. Dit mag wees dat haar gesinslede genoegsame ondersteuning bied. (P2)

- Vier respondente uit hierdie agt (50%) wou geen motivering of antwoord gee oor hoekom hul nie aan 'n ondersteuningsgroep behoort nie. (P1), (P2), (P7), (P8)

Tabel 6.27 stel demografiese inligting teenoor deelname aan 'n ondersteuningsgroep.

Pasiënt-nommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woongebied	Behoort aan 'n ondersteunings-groep	Rede
(P1)	Graad 10; in slaghuis gewerk; verpleging; tans afgetree – huisvrou	>60	Vroulik	Afr	Witbank	Nee	Geen rede gegee nie.
(P2)	Graad 10 Klerklike werk	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Nee	Geen rede is gegee nie.
(P3)	Geen opleiding Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Nee	<i>"I am newly diagnosed."</i>
(P4)	Graad 2 Ongeletterd Voertuigbestuurder	>60	Manlik	Tswana (moeder-taal) Onderhoud: Eng	Brits	Nee	Nie van toepassing nie.
(P5)	Argitek Afgetree Deeltydse argitepraktyk	>60	Manlik	Afr	Sunnyside	Ja	<i>"Kry by kerk ondersteuning."</i>
(P6)	MSc Fisiologie Deeltydse wiskunde-onderdig	>60	Vroulik	Afr	Roodepoort	Ja	<i>"Kerk."</i>
(P7)	BSc HOD gekombineerd Onderwys Tans afgetree, 'n pensionaris en sakeman	>60	Manlik	Afr	Raslouw Centurion	Nee	Geen antwoord gegee nie.
(P8)	Onderwysdiploma. Bybelboek Hebreërs behandel in Bybelstudie Was 'n hulpbronbestuurder, nou afgetree	>60	Vroulik	Eng	Middelburg	Nee	Geen antwoord gegee nie.
(P9)	Graad 12 Pensionaris	>60	Manlik	Suid-Sotho (moeder-taal) Onderhoud: Eng	Mamelodi-Oos	Nee	<i>"Don't know of any support group."</i>
(P10)	Graad 12 Opleiding rekenmeester Tans pensionaris	>60	Vroulik	Afr	Naboomspruit	Nee	Geen rede is gegee nie.
(P11)	Graad 12 Universiteitsdiploma in primêre onderwys	>60	Vroulik	Noord-Sotho (moeder-taal) Onderhoud: Eng	Mabopane	Nee	<i>"I don't know about it." "I want to join a support group near my home."</i>

Tabel 6.27: Demografiese inligting teenoor inskakeling by 'n ondersteuningsgroep

6.6.17 Dieet- en voedingsaspekte wat in die ondersteuningsgroep bespreek is

Temas word hier uitgelig en slegs hier en daar word aanhalings van die pasiënte gegee ter ondersteuning. (Verdere ondersteunende aanhalings word in Tabel 6.27 gegee.)

Dieet- en voedingsaspekte kan by 'n ondersteuningsgroep bespreek word en dit kan as inligtingbron dien. Sowel die voedingstatus as die emosionele toestand van die kankerpatiënt kan daardeur verbeter word en 'n positiewe ingesteldheid teenoor 'n kankerdiëetplan kan bevorder word.

Twee uit die 11 respondente (18%) het bevestig dat dieet- en voedingsaspekte wel in die ondersteuningsgroep bespreek is; een dame, wat aan 'n kerkgroep behoort, ruil dieet-inligting rakende kanker uit met 'n ander dame wat ook aan die kerkgroep behoort. (P5), (P6)

Nege uit die 11 respondente (82%) het aangedui dat hulle nie dieet- en voedingsinligting by 'n ondersteuningsgroep ontvang het nie. Hulle verduidelik (verdere ondersteunende aanhalings in Tabel 6.26):

- Drie uit die nege respondente (44%) behoort aan geen ondersteuningsgroep nie of is onbewus van enige ondersteuningsgroep wat mag bestaan. (P3), (P9), (P11). 'n Ondersteunende aanhaling van P3 is: *"I am a newly diagnosed."* 'n Ondersteunende aanhaling van P9 is: *"Don't know of any support group."* P11 het beweer: *"I don't know about it."*
- Een uit hierdie nege (11%) respondente het aangedui dat die vraag nie van toepassing is op hulle nie, vermoedelik omdat hul nie aan enige ondersteuningsgroep behoort nie. (P4)
- Vyf uit hierdie nege (56%) respondente het verkies om geen mening te lug nie, ook vermoedelik omdat hul nie bewus was van 'n ondersteuningsgroep nie of omdat hulle nie aan 'n ondersteuningsgroep behoort het nie. (P1), (P2), (P7), (P8), (P10)

6.6.18 Addisionele inligting

Die respondente is vervolgens gevra of hulle enige addisionele inligting wil toevoeg tot hul antwoorde in die vraelys. Die volgende is genoem:

- **Alternatiewe ondersteuning:** Alhoewel hul dalk nie deel is van 'n amptelike ondersteuningsgroep nie, geniet hulle tog ondersteuning van mede-pasiënte en die mediese span (P2).
- **Integriteit van geneeshere:** Een respondent het aangedui dat geneeshere openlik moet wees, die regte inligting moet verskaf en nie bang moet wees om die waarheid te praat nie. Die algemene geneeshere versag dalk die siektetoestand omdat hulle bang is om die pasiënt te ontstel of om die pasiënt gemaklik te laat voel. (P9)
- **Toepaslike, bekostigbare dieetplan:** Een respondent het aangetoon dat bekostigbare algemene dieet- en voedingsinligting verskaf behoort te word. (P4)
- **Onlangse diagnose:** Een respondent het gevoel dat sy diagnose so onlangs gemaak is dat hy nog nie insig kan toon om addisionele inligting te verskaf nie. (P3)
- **Fokus op ander aspekte van die lewe:** 'n Respondent meen dat 'n mens wat weg fokus van die kankertoestand tog 'n positiewe lewe kan geniet ondanks die kanker en doen daarom nog deelydse werk. Sy vermy dus doelbewus die emosies rakende die siektetoestand of het die skok reeds oorkom. (P6)
- **Behoeftes aan 'n ondersteuningsgroep:** Een respondent het aangetoon dat sy wel aan 'n ondersteuningsgroep sal wil behoort wat naby haar huis is. (P11)
- **Die ondersteuning van kankerpatiënte het verbeter:** Een respondent met borskanker met geen kankerverspreiding nie is oortuig dat hedendaagse ondersteuning aan borskankerpatiënte uitstekend is teenoor ondersteuning in die sewentigerjare. (P10)

6.7 PUNTE WAT UITSTAAN

- Die pasiënte bevind hulle in 'n sosiale omgewing waar daar wisselwerking met individue in hul omgewing plaasvind in die soeke na dieet- en voedingsinligting.
- Die individue in hul omgewing kan as ondersteuningsbasis optree vir die toepassing van dieet- en voedingsinligting deur die pasiënt asook vir emosionele ondersteuning.
- Die pasiënte se behoefte aan dieet- en voedingsinligting word bepaal deur die toepaslikheid van die inligting op hul unieke situasies.

Tabel 6.28: Punt wat uitstaan by pasiënte

6.8 DATA-ONTLEDING VIR GESINSLEDE

6.8.1 Profiel van die respondente

Sewe gesinslede van kankerpatiënte is geraadpleeg tussen Junie 2010 en Augustus 2010 met behulp van gerieflikheidsteekproeftrekking waarvan een uit die sewe respondente in Oktober 2011 geraadpleeg is. Ses uit die sewe vraelyste is deur die navorser self voltooi tydens onderhoude met die gesinslede. Ses uit die sewe gesinslede behoort tot die gesinne van die pasiënte in hierdie studie, d.w.s. gesinslede van die pasiënte-respondente het aan hierdie studie deelgeneem. Een respondent is 'n gesinslid van 'n dieetkundige wat deelgeneem het aan hierdie studie. Slegs een gesinslid per pasiënt is by die studie betrek omdat die pasiënte-respondente ouer was en slegs die eggenoot/eggenote van die pasiënt beskikbaar was by die onderhoud. Dit stem ooreen met die werk gedoen deur Yamagishi, Morita, Miyashita, Sato, Tsuneto *et al.*, (2010). Persoonlike kontakte en verwysings is benut. Gesinslede- vind dit moeilik om oor die siektetoestand te gesels. Gesinslede- is dalk huiwerig of nie in staat om hul presiese ervarings aangaande kanker as siektetoestand te verwoord nie. Wanneer kanker baie jare gelede reeds gediagnoseer is met 'n positiewe uitkoms, kan die emosionele belewenis van destyds in die vergetelheid begin raak (met betrekking tot ander, vorige ervaring met kanker).

'n Formaat soortgelyk aan die terugrapportering vir pasiënte word gebruik vir die rapportering van response van die gesinslede. Respondente is genommer met F. Omdat die letter G al gebruik is vir geneeshere, word die letter F hier gebruik. F is die afkorting vir "*family*" in Engels.

Die gesin se insette word vervolgens bespreek met betrekking tot:

- Die belewenis van die gesinslede.

- Betrekking van gesinslede deur mediese versorgers.
- Tevredenheid met die inligting wat die gesinslid ontvang het.
- Die ontvangs van spesifieke dieet- en voedingsinligting.
- 'n Dieetplan wat opgestel is deur 'n dieetkundige.
- Verbetering in die pasiënt se siektetoestand terwyl die dieetplan gevolg is.
- Tevredenheid met die dieetplan van die pasiënt.
- Verkryging van dieet- en voedingsinligting elders.
- Persepsie van die pasiënt se gesindheid rakende sy/haar spesifieke dieet- en voedingsinligtingbehoefte.
- Die pasiënt se persoonlike gemoedstoestand en dieet- en voedingsinligting.
- Deelname aan enige ondersteuningsgroep.
- Voedingsaspekte wat in ondersteuningsgroepe bespreek word.
- Addisionele inligting.

In Tabel 6.29 word die gesinslede se verwantskap met die kankerpatiënt en navorser uiteengesit:

Gesinslidnommer	Gesinslid se verwantskap met pasiënt	Verwantskap met navorser
F1	Eggenote	Gemeentelid in navorser se kerk.
F2	Eggenote	Gemeentelid in navorser se gewese kerk.
F3	Eggenote	Gemeentelid in navorser se gewese kerk.
F4	Eggenoot	Oom van navorser.
F5	Eggenoot	'n Kennis van die navorser.
F6	Broer	Pasiënt by Themba-hospitaal se gesinslid het die vraelys voltooi. Ken die gesinslid wat die vraelys voltooi het nie persoonlik nie.
F7	Eggenote	Dieetkundige se suster (die dieetkundige is 'n kennis van die navorser).

Tabel 6.29: Gesinslid se verwantskap met die kankerpatiënt en navorser

6.8.2 Invloed van demografiese faktore

Die demografiese faktore wat ingesluit is ten opsigte van die gesinslede in hierdie studie is ouderdom, geslag, woonarea en beroep.

Volgens vyf van die sewe geraadpleegde gesinslede (71%) het hul demografiese faktore geen invloed op hul voedingsinligtingbehoefte en -gedrag nie. Hul demografiese faktore funksioneer onafhanklik:

- **Ingeligtheid:** Een van hulle laat blyk : *“Ek was altyd nog redelik ingelig gewees.”* (F1)
- **Eetgewoontes:** 'n Ander een sê weer: *“Probeer gesond eet, al eet hul soms wat hul nie moet eet nie.”* (F5)

- **Geen behoefte aan voedingsinligting nie:** Een respondent voel dat die demografiese faktore nie 'n invloed op haar voedingsbehoefte het nie omdat sy nie in dieet- en voedingsinligting belangstel nie. (F3)

Een respondent (14%) (besig met haar meestersgraad) het aangevoer dat haar demografiese faktore (haar opvoeding) wel 'n invloed gehad het op haar behoefte aan inligting oor dieet. Haar rede is dat sekere kosse (soos suur kosse) goed of sleg kan wees ten opsigte van kanker. (F7)

In Tabel 6.30 word die demografiese inligting van die gesinslede weergegee.

Gesinslid-nommer	Kwalifikasie/Beroep	Ouderdom	Geslag	Taal	Woonadres	Geloof-impak	Mening oor invloed van demografie
F1 (Eggenote)	B-graad HOD Het eie bed-en ontbytbesigheid	>60	Vroulik	Afr	Raslouw	Nee	Nee, "Ek was altyd redelik ingelig gewees."
F2 (Eggenote)	Graad 10 Rekenaartikster (hoof dame)	>60	Vroulik	Afr	Pretoria-Wes	Nee	Nee, sonder verdere kommentaar
F3 (Eggenote)	Maatskaplike werker Afgetree Help by hospitaal om kanker-pasiënte se behoeftes te bepaal.	>60	Vroulik	Afr	Sunnyside (Pretoria)	Nee	Nee, "Het nie behoefte aan voedingsinligting" nie."
F4 (Eggenoot)	BA Publieke Administrasie en Staatsleer	>60	Manlik	Afr	Naboomspruit	Nee	Nee, geen rede is verskaf nie.
F5 (Eggenoot)	Bcom Rekeningkunde Pensionaris Bankbestuurder (kliënte-diens)	>60	Manlik	Afr	Roodepoort	Nee	Nee, "Probeer gesond eet al eet ek soms wat ek nie moet eet nie."
F6 (Broer)	Graad 7 Werkloos	50-59	Manlik	Eng	Kemptonpark	Nee	Ja, geen verdere inligting is verskaf nie.
F7 (Eggenote)	Gegradueerd Besig met meestersgraad Deeltydse dosent en kelnerin	20-29	Vroulik	Afr	Roodepoort	Nee	Ja, "Ek glo dat sekere kosse sleg kan wees t.o.v. kanker bv. blykbaar moet jy nie suur kosse eet nie."

Tabel 6.30: Demografiese inligting van gesinslede

6.8.3 Belewenis van die gesinslede

Die gesinslede wat nou betrokke is by 'n kankerpatiënt ervaar elkeen 'n unieke belewenis, wat positief of negatief instem op die verwerking van die kankertoestand deur die kankerpatiënt asook die ondersteuning wat die gesin as geheel gaan verskaf. Die spektrum van belewenisse van gesinslede is bepaal deur 'n oop vraag. Die verwoording van hul belewenisse weerspieël filosofiese en godsdienstige perspektiewe, emosionele ontsteltenis, diepe bekommernis en desperaatheid:

- **Filosofies:** Filosofies-opvoedkundige bemagtiging sedert kleintyd in die hantering van situasies, sowel as ondervinding met kanker, kan help om kanker betekenisvol te hanteer. (F1)
- **Godsdienstig** (F2 en F5): Godsdienste speel by twee respondente 'n beduidende rol: om 'n gelowige (kind van die Here) te wees help hulle om die stres te hanteer, veral wanneer dit gepaard gaan met ondersteuning deur medegelowiges. *“Laat mens dink. Dink partykeer dit gebeur net met ander mense. Swaar vir die metgesel wat wegval - wat gaan mens dan doen? Baie gaan deur mense se gedagtes. Om 'n kind van die Here te wees help om die stres wat die siektetoestand meebring te hanteer.”*

In die beskrywing van hul belewenisse het respondente die volgende uitgelig (meestal met betrekking tot hul kanker-ervaring):

- **Emosionele ontsteltenis:** Wanneer emosionele ontsteltenis ervaar word as gevolg van 'n vorige ervaring met kanker, word die ervaring soms in die onderbewusyn geberg. In een geval het die kerk goeie ondersteuning aangebied, met niks spesifiek oor godsdienste en inligting nie. (F4)
- **Diepe bekommernis:** As gevolg van genetiese gepredisponering.
- **Desperaatheid:** Ten spyte van toegewyde ondersteuning aan pasiënt kan desperaatheid ervaar word: *“Ek kan dit nie hanteer dat die dokters hom vol gif pomp en sieker maak as wat die kanker hom maak nie.”* (F7)

6.8.4 Betrekking van gesinslede deur mediese versorgers

Dit is nodig dat die familie betrek moet word deur die mediese versorgers. Wanneer die familie betrek word, kan die kankerpatiënt meer positief gestem word om te hou by die

nodige dieet- en voedingsinligting wat verskaf word in die vorm van 'n dieetplan.

Wanneer die gesin nie betrek word nie, ontbreek die nodige ondersteuning wat hulle aan die kankerpatiënt kan bied. Dit kan negatief inwerk op die emosionele toestand en voedingstatus van die kankerpatiënt.

Slegs twee uit die sewe respondente (29%) is deur die mediese versorgers betrek. Hulle beklemtoon die volgende:

- **Inklusiwiteit:** Geleentheid vir deelname aan konsuleringsgesprekke (insluitend die lug van menings). (F1)
- **Meelewing deur lede van die mediese span:** In een geval (F6) het 'n mediese suster aan die gesinslid die diagnose en fase van sy broer se siekte verduidelik. (F6)

Vyf uit die sewe respondente (71%) is nie deur die mediese versorgers betrek nie:

- Een uit hierdie vyf (20%) respondente het wel aangedui dat hy meegedeel is dat sy vrou nie weer mag swanger raak nie. (F4)
- Een uit hierdie vyf (20%) voel dat onkoloë meer sielkundige opleiding behoort te ontvang. Sy merk op: *“Verpleegpersoneel is uitstekend. Hulle verduidelik als so mooi.”* (F7)

6.8.5 Tevredenheid met inligting wat die gesinslid ontvang het

Dieet- en voedingsinligting is nie die enigste inligting wat medici verskaf nie. Die gesin is baie nou betrokke by die kankerpatiënt en behoort ook ondersteuning te ontvang van die mediese versorgers. Die nodige inligting kan die algehele gesondheidstoestand van die kankerpatiënt positief stem. Die ondersteuning van die gesin deur relevante inligting kan ook die kankerpatiënt se emosies positief stem en dus 'n positiewe ingesteldheid tot gevolg hê. Die gesin se tevredenheid of ontevredenheid met die inligting wat van die mediese versorgers ontvang is, kan bepaal of hul elders inligting gaan bekom of nie. Drie uit die sewe respondente (43%) was baie ontevrede met die inligting wat hulle ontvang het:

- **Ontevredenheid met verskaffing/voorsiening van inligting:** Een respondent was ontevrede oor die geneeshere se houding van hopeloosheid in die situasie. Sy het die opmerking dat sy haar man maar moet huis toe neem en dat hulle nie meer iets vir hom kan doen nie, as gevoelloos beskou. (F2)

- **Gevoelloosheid:** Die ontevredenheid van 'n ander respondent het veral gesentreer op die gevoelloosheid van die sjirurg. (F2)
- **Onkoloë se behepthed met chemoterapie:** Een respondent het genoem dat die onkoloë slegs begaan is oor chemoterapie: *“Hulle wil nie eers die moontlikheid oorweeg dat daar ander vorme van mediese versorging is nie. Hulle waarsku jou nie oor die moontlike nuwe-effekte nie. Hulle verstaan nie dat so 'n siek pasiënt spesiale aanvullings moet gebruik om die liggaam te help herstel nie. Hulle dink chemoterapie is die antwoord op alles.”* (F7)

Die orige vier uit sewe respondente (57%) se positiewe reaksies word soos volg gemotiveer:

- **Die motivering van die onkoloog om self inligting te soek:** Die onkoloog het een respondent aangespoor om op die internet te kyk vir die nodige inligting. (F1)
- **Tevredenheid en ontevredenheid:** Een respondent het genoem dat sy wel ontevrede is met die tipe inligting oor voeding en emosionele ondersteuning. (F2)
'n Ander respondent het genoem dat hy tevrede is met die inligting en emosionele ondersteuning wat ontvang is van 'n mediese suster. (F5)
- **Goeie advies:** Die betrokke respondent meld dat die mediese versorgers goeie advies gegee het en baie ondersteunend opgetree het. Die suster by die hospitaal het selfs by haar man gesit terwyl hy chemoterapie ontvang het en was heelyd ondersteunend betrokke. (F3)
- **Kalmerend:** Die sobere voedingsinligting wat ontvang is, het 'n kalmerende uitwerking gehad. (F2)
- **Hoë werkslading (pasiënt-gevalle) van geneeshere:** Een respondent (gade) breek wel 'n lamsie vir die mediese versorgers; hy meen dat hulle botheid te doene het met 'n baie hoë gevalle-lading. (F5)
- **Ervaring van tevredenheid:** Een respondent het wel haar tevredenheid uitgespreek met die optrede van die personeel van die Kankervereniging ('n verpleegster), asook die palliatiewe sorgteenheid, waar sy goed ingelig is en emosionele ondersteuning ontvang het. (F2)

6.8.6 Verkryging van spesifieke dieet- en voedingsinligting

Gesinslede verkry die nodige relevante dieet- en voedingsinligting met behulp van inligtingsoektogte en navrae in hul nabye omgewing. Die dieet- en voedingsinligting word verskaf deur inligtingbronne wat beskikbaar is en relevant is volgens die gesinslede se verwysingsraamwerk.

Vier uit die sewe respondente (57%) het laat blyk dat hulle nie spesifieke dieet- en voedingsinligting by die mediese versorgers ontvang het nie. Hulle verduidelik:

- **Selfstandigheid:** *“Het alles van die internet afgetrek, het so riglyne verkry vir nuwe-effekte.”* (F1)
- **Gesonde dieet is reeds gevolg:** Die voorgestelde dieetriglyne was in ooreenstemming met die gesonde lewenstyl wat sy en haar man reeds beoefen. (F1)
- **Mediese agtergrond:** Nog ’n respondent se vrou as kankerpatiënt lees graag self op en het ook ervaring van fisiologie. Daarom het die gesinslid nie ’n behoefte aan spesifieke dieet- en voedingsinligting soos deur die mediese versorgers verskaf word nie. Die dieet- en voedingsinligting wat verskaf word deur die respondent se vrou is dus betroubaar genoeg vir die respondent (F5)
- **Geen motivering:** Een van die respondente wat wel spesifieke dieet- en voedingsinligting ontvang het, het niks verder vermeld nie. (F4)
- **Belangrikheid van dieet word ontken:** Een respondent het genoem dat die onkoloog nie dieet as belangrik beskou in die mediese versorging van ’n kankerpatiënt nie. (F7)

Wat die orige drie uit sewe respondente (43%) betref, is spesifieke dieet- en voedingsinligting soos volg ontvang:

- **Inligting van dieetkundige:** Een respondent het inligting van hoë gehalte direk van ’n dieetkundige verkry. Wat die gerigtheid van hierdie inligting betref, meld hy die volgende: *“that my brother will be able [to] pick up and have strength and energy.”* (F6)
- **Inligting van mediese suster en dieetkundige:** Twee respondente (F3 en F5) het inligting van ’n mediese suster ontvang. Nog ’n respondent is indirek

bemagtig met inligting oor afwisselende voedselsoorte. (F2) 'n Ander respondent het ook die internet geraadpleeg vir verdere inligting. (F1)

6.8.7 'n Dieetplan opgestel deur 'n dieetkundige

'n Dieetplan behoort deur 'n dieetkundige opgestel te word. Nie alle gesinslede en kankerpatiënte nader 'n dieetkundige vir 'n kankerdieetplan nie. Die gesin en kankerpatiënte ag 'n dieetplan van 'n dieetkundige dalk nie nodig nie of word dalk nie verwys na 'n dieetkundige nie, alhoewel 'n kankerdieetplan nodig is om die voedingstatus van 'n kankerpatiënt te behou.

Vier uit die sewe gesinslede (57%) wat aan hierdie studie deelgeneem het, het pertinent “nee” geantwoord op die vraag of hulle as gesin 'n dieetplan gevolg het wat deur 'n dieetkundige opgestel is. Die beweegredes daarvoor is soos volg verwoord:

- *“Kennis wat al die jare opgedoen is, is benut.”* (Dit sluit in die voedingsinligting bekom uit ervaring van haar moeder se kanker en eie studie.) (F1)
- *“Self opgelees.”* (F5)
- Die derde het nooit 'n dieetplan ontvang nie. (F4)
- *“Niemand het 'n dieetplan opgestel nie. My suster, wat ook 'n dieetkundige is, het gehelp.”* (F7)
- *“In die hospitaal het jy nie veel van 'n keuse oor watter kos jy bedien word nie. Ek het self met my sus se hulp spesiale aanvullings gekoop.”* (F7)

Een uit die sewe (14%) gesinslede het direk hoë gehalte dieet- en voedingsinligting van 'n dieetkundige ontvang. Twee uit sewe (29%) respondente het dieet- en voedingsinligting in die vorm van riglyne ontvang van 'n mediese suster en 'n dieetplan van 'n dieetkundige. Vier uit die sewe (57%) respondente het nie spesifieke dieet- en voedingsinligting van mediese versorgers ontvang nie.

6.8.8 Verbetering in siektetoestand terwyl 'n dieetplan gevolg is

'n Dieetplan is nodig om die gesondheidstoestand van die kankerpatiënt te verbeter. Die gesin merk nie altyd 'n verbetering op in die gesondheidstoestand van 'n kankerpatiënt deur 'n dieetplan nie, anders sal daar by die plan gehou word.

Slegs twee uit die sewe respondente (29%) het positief geantwoord op die vraag of verbetering ervaar is in die siektetoestand terwyl 'n dieetplan gevolg is: *“although my brother is slightly confused at intervals, but since he started the diet, he is moving around.”* (F6) Een respondent het gesê dat haar man se toestand verbeter het nadat hy 'n spesiale voedingsaanvulling begin gebruik het. (F7)

Van dié wat “nee” geantwoord het, het die volgende genoem:

- **Onveranderde siektetoestand:** Die dieet het ondanks geen verbetering in die siektetoestand dieselfde gebly. (F2)
- **Voedingsaanvullings:** In 'n ander geval is vermeld dat voedingsaanvullings die pasiënt beter laat voel het en meer nutriënte gegee het om te help om siektes te voorkom. (F5)
- **Verspreiding van kanker ondanks dieetplan:** Nog 'n gesinslid het gemeld dat sy geen verbetering ervaar het in haar man se siektetoestand met die dieetplan wat gevolg is nie en dat die kanker voortdurend versprei het. (F2)

6.8.9 Tevredenheid met die pasiënt se dieetplan

Die gesin in hul noue betrokkenheid behoort tevrede te wees met die dieetplan wat voorsien is. Die gesin funksioneer saam in 'n eenheid wat voedselaankope en voedselvoorbereiding betref.

Drie uit die sewe gesinslede (43%) het hul tevredenheid laat blyk met die dieetplan wat hul gesinslid - die pasiënt - moes volg. Die volgende redes is gegee:

- **Geen verduideliking nie:** Ofskoon een reaksie wel “ja” was, het die betrokke gesinslid geen verduideliking gegee nie.
- **Onveranderde dieet:** 'n Ander een was tevrede omdat die dieet deurgaans dieselfde gebly het. (F1)
- **Soberheid van dieet:** Nog een was tevrede oor die soberheid van die dieetplan deurdat hy baie geëet het wat sy vrou as pasiënt ook moes eet. (F5)
- **Bekostigbaarheid van dieet:** Uit bogenoemde reaksies blyk dit dat gesinslede stellig oorhoofs tevrede was met die bekostigbaarheidsvlak van die betrokke dieetplan.

6.8.10 Verkryging van dieet- en voedingsinligting elders

Die gesin beskou nie altyd 'n dieetkundige as die hoofbron van dieet- en voedingsinligting nie. Die onkoloog of geneesheer verskaf dalk die nodige dieet- en voedingsinligting. Die gesinslede ken dalk ander kontakte (of na hul mening betroubare bronne) by wie dieet- en voedingsinligting verkry kan word of 'n dieetkundige is te duur. Vier uit die sewe gesinslede (57%) het laat blyk dat hulle dieet- en voedingsinligting verkry het anders as van 'n dieetkundige af. Die volgende inligtingbronne buiten die dieetkundige is benut:

- **Internet:** Die internet word in twee gevalle pertinent genoem. Die ontwikkelingsvlak met betrekking tot rekenaarvaardigheid het 'n besliste invloed op die raadpleging van die internet en ander wetenskaplike bronne wat dieet en voedingsinligting betref. (F1 en F3).
- **Mediese suster en kankervereniging:** 'n Mediese suster van die kankervereniging is ook benut. (F5)
- **Geneeshere:** 'n Gesinslid meld dat sy nie behoefte gehad het aan inligting oor dieet of voeding nie omdat 'n onkoloog die nodige inligting verskaf het, wat hul gemoedstoestand verbeter het. (F1)
- **Wetenskaplike bronne:** Wetenskaplike bronne is ook deur een van die gesinslede benut om die betrokke pasiënt as gesinslid by te staan. (F5)
- **Naby familie:** In 'n ander geval is die suster van die gesinslid, wat ook 'n huishoudkundige is, se advies ingewin. Die skoonouers van een respondente het "*Barley Green*" as aanvulling vir haar man voorgestel. (F1)
- **Ander kankerpatiënte en vriende:** Voedingsinligting is ook elders bekom deur in gesprek te tree met ander kankerpatiënte en vriende. (F2)

Een uit die sewe respondente (14%) het genoem dat tydens die siektetoestand van haar man sy nie behoefte gehad het aan inligting oor dieet of voeding nie. Die respondente het self gewig verloor omdat sy nie voor haar man wou eet nie en sleg gevoel het omdat hy nie kon eet nie. (F2)

Een uit die sewe respondente (14%) wat aangedui het dat sy nie elders dieet- en voedingsinligting bekom het nie, het haar nie verder uitgelaat oor die beweegrede daarvoor nie. (F3)

6.8.11 Persepsies van pasiënte se gesindheid rakende hulle spesifieke dieetplan en dieet- en voedingsinligtingbehoefte

Omdat die gesin as 'n eenheid funksioneer, is dit nodig dat almal positief moet wees teenoor die dieetplan. Indien almal positief ingestem is, sal almal in die familie moontlik hou by die spesifieke dieetplan (Bozzetti, 2013). Die gesin kan 'n voorbeeld stel vir die pasiënt om 'n kankerdiëetplan te volg.

Vier uit die sewe (57%) gesinslede het aangedui dat die pasiënte oor die algemeen positief is rakende hulle spesifieke dieetplan en hul dieet- en voedingsinligtingbehoefte:

- **Gesonde eetgewoontes:** Minstens drie gesinslede het die indruk gelaat dat hulle reeds bewus was van selfbeoordeelde gesonde eetgewoontes. (F1, F3 & F5)
- **Positief oor die dieetplan wat gevolg word:** Almal wat 'n dieetplan volg, was positief daarvoor; vir drie was dit bloot die voortsetting van 'n selfbeoordeelde gesonde lewenstyl met geringe aanpassings. Hierdie stelling moet in die lig gesien word daarvan dat 'n dieetkundige in hierdie gevalle nie genader is nie. Een respondente het genoem dat haar man baie positief is en *“veg om te oorleef”*. Dit is egter *“baie moeilik om te bly veg”* teen die kanker. (F3)
- **Spesiale dieetterapie:** Die behoefte aan spesiale dieetterapie en voeding kom in twee gevalle duidelik na vore. (F6 en F2)
- **Behoeftes aan meer inligting:** Een van die respondente het laat blyk dat sy vrou, ofskoon sy nie 'n spesifieke dieetplan volg nie, tog inligting daarvoor sou wou bekom. (F4)

Drie uit die sewe respondente (43%) was meer negatief oor die voeding- en dieetinligting wat hulle ontvang het. Dit sluit ook die inligting deur massa- en openbare media in:

- **Toksiese stowwe in voedsel:** Inligting oor toksiese stowwe (soos in skyfies, kleurstowwe en plastiekhouders wat gevries word) moet toenemend deurgegee word aan die publiek. (F5)
- **Nuwe-effekte en voedingsaanvullings:** Vanweë nuwe-effekte soos naarheid of pyn met verswakke voedselinname, word voedingsaanvullings in die vorm van gesondheidsdrankies aanbeveel. (F1)

- **Pyn en verlaagde apyty:** Een van die geraadpleegde gesinslede het gesê: *“My brother understands the importance of the nutrition, but because of the pain he may lose appetite.”* (F6)

6.8.12 Persoonlike gemoedstoestand en dieet- en voedingsinligting

Twee uit die sewe (29%) respondente het 'n verband tussen hulle persoonlike gemoedstoestand en dieet- en voedingsinligting ontken om die volgende redes:

- Hulle *“laat hulle nie onderkry nie.”* (F1)
- *“Dieet- en voedingsinligting het nie 'n effek nie - kan moeilik daarop uitbrei.”* (F5)

Drie uit die sewe (43%) respondente het gevoel dat daar wel 'n verband is tussen die persoonlike gemoedstoestand en dieet- en voedingsinligting:

- Een respondent verwoord sy eie gemoedstoestand soos volg : *“I feel more emotionally encouraged because the nutrition enable[s] my brother to gain energy.”* (F6)
- Nog 'n famielid het positief gereageer, maar geen kommentaar gelewer nie. (F3)
- Een respondent was egter bekommerd omdat haar man gesukkel het om te eet, maar het meer gerus gevoel omdat sy geweet het hy kry die nodige voedingstowwe in. (F7)

6.8.13 Deelname aan ondersteuningsgroep

Die gesinslede behoort ondersteuning te ontvang tydens die siekte van die pasiënt om ondersteuning te kan bied aan die kankerpatiënt.

Vier uit die sewe (57%) respondente het aan ondersteuningsgroepe behoort:

- In drie gevalle is verwys na die kerk as geloofsgemeenskap waar lidmate vir mekaar omgee. By een kerklike omgegroepe het twee vrouelidmate wat altwee kanker gehad het, telefonies met mekaar kontak gemaak. Die uitkoms vir een was 'n positiewe ingesteldheid teenoor die hantering van die siektetoestand. (F2, F5 en F3).
- In twee van die kerklike omgegroepe word voeding en dieet nie bespreek nie. (F2 en F3).

- 'n Manlike gesinslid het die waarde van die ondersteuningsgroep (nie-kerklik) waarby hy betrokke was, soos volg verwoord: *“the support group helps me to understand how to decrease chances of being a victim of cancer through counselling.”* (F6)

Ondersteuningsgroepe is nie vir alle gesinslede belangrik nie. Sekere gesinslede vind ondersteuning en streshanteringsmeganismes elders as deur 'n ondersteuningsgroep. Drie gesinslede het om verskeie redes nie aan 'n ondersteuningsgroep behoort nie:

- *“Almal ‘cope’ self”*. Hulle is self by magte om die situasie te hanteer. (F1)
- *“Ons lees wyd”*. Hulle is genoegsaam belese. (F1)
- *“'n Ondersteuningsgroep is onnodig, het destyds ook nie bestaan nie.”* Daar is nie ondersteuningsgroepe beskikbaar nie. (F4)
- Een respondent het aangevoer dat omsien na haar man al haar tyd in beslag neem en dat sy dus afgeslote was. (F7)

6.8.14 Voedingsaspekte wat in die ondersteuningsgroep hanteer is

Oor die hantering van voedingsaspekte in die ondersteuningsgroep het slegs twee (29%) uit sewe respondente positief gereageer:

- In een kerklike opset is inligting uitgeruil oor dieet en kanker. (F5)
- 'n Ondersteuningsgroep het 'n respondent gewaarsku om dwelms, alkoholmisbruik en rook te vermy. Relevante betrokkenheid en inligtingverskaffing deur 'n ondersteuningsgroep kan kanker help voorkom. (F6)

6.8.15 Verdere punte van belang

Slegs een uit sewe gesinslede (14%) was bereid om die vraag oor addisionele inligting te antwoord: *“The best way to survive cancer is early treatment and regular check-ups at the nearest hospital clinic.”* Vroegtydige opsporing van kanker en mediese versorging, asook gereelde en vroegtydige mediese ondersoeke, bevorder dus oorlewing. (F6)

6.9 PUNTE WAT UITSTAAN

- Die gesinslede is baie nou betrokke by die kankerpatiënt en het ook dieet- en voedingsinligting nodig.
- Die gesinslede bied emosionele ondersteuning aan die kankerpatiënt wanneer dieet- en voedingsinligting ontvang word.
- Die gesinslede help die kankerpatiënt om te hou by die dieet- en voedingsinligting wat ontvang is in die vorm van 'n dieetplan.
- Die kankerpatiënt se gesondheidstoestand het 'n impak op die emosionele toestand van die gesinslede.

Tabel 6.31: Punte wat uitstaan by die gesinslede

6.10 VERGELYKING VAN DATA VAN PASIËNTE EN GESINSLEDE

6.10.1 Vergelyking van die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van die pasiënte teenoor die gesinslede

Die pasiënte en gesinslede se dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag toon verskille en ooreenkomste. In Tabel 6.32 word die die verskille en ooreenkomste aangedui. Die vergelykingspunte word in vetdruk gedruk.



Pasiënte	Gesinslede
<p>Selfstandigheid: Soek self dieet- en voedingsinligting in vakliteratuur met kennis oor byvoorbeeld fisiologie. Kennis oor dieet, voeding en kanker hang af van die tipe opleiding en beroep waarin die pasiënt staan.</p>	<p>Selfstandigheid: Gesinslid soek self dieet- en voedingsinligting op die internet. <i>“Lees self.”</i> Lees self wyd. <i>“Cope self.”</i> Laat hulleself nie onderkry nie.</p>
<p>Behoeftes aan inligting oor kanker dieet en voeding word hanteer deur die benutting van pamflette, boeke, wetenskaplike inligtingbronne (afhangende van tipe beroep en opvoeding), die internet, mediese suster, omgegroepe by die kerk en ander kankerpatiënte, asook ’n dieetkundige.</p>	<p>Behoeftes aan inligting oor kanker, dieet en voeding word bevredig deur die benutting van die internet, wetenskaplike inligtingbronne (afhangende van beroep en opvoeding), omgegroepe by die kerk en ander gesinslede se mening, asook ’n dieetkundige. Indien die pasiënt genoeg lees, lees die gesinslid nie verder op nie.</p>
<p>Inligtingbehoefte: Benodig dieet- en voedingsinligting oor immuunversterking, moegheid, toksiese stowwe, newe-effekte van die behandeling, beskikbaarheid en bekostigbaarheid van die dieetplan.</p>	<p>Inligtingbehoefte: Benodig dieet- en voedingsinligting oor dieet- en voedingsaanvullings, verlaagde aptyt, pyn en toksiese stowwe en newe-effekte van die behandeling.</p>

Tabel 6.32: Vergelyking van die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van die pasiënte teenoor die gesinslede

6.10.2 Vergelyking van demografiese data van pasiënte en gesinslede

In Tabel 6.33 word die verskille aangedui ten opsigte van die demografiese data van die pasiënte en gesinslede:



Pasiënte	Gesinslede
<p>Sewe uit 11 pasiënte (64%) se demografiese inligting het wel volgens hulle 'n invloed op hul dieet- en voedingsinligtingbehoefte. Demografiese inligting wat 'n rol speel, is die sosiale omgewing, armoede, beroep (waar geneesheer met pasiënt op 'n ander vlak gesels) en ouderdom (gee ag op bloeddruk, hoë cholesterol en osteoporose).</p> <p>Vier uit 11 pasiënte (36%) is wel van mening dat hul demografiese inligting geen invloed het op hul behoefte aan inligting oor dieet, voeding en kanker het nie.</p>	<p>Twee uit sewe (29%) gesinslede se demografiese inligting het wel 'n invloed gehad op hul behoefte aan dieet, voeding en kanker. 'n Antwoord wat verskaf is, is dat sekere kosse sleg mag wees, byvoorbeeld iemand met kanker moet blykbaar nie suur kosse eet nie (F7).</p> <p>Vyf uit sewe gesinslede (71%) voel hul demografiese inligting het geen invloed op hul dieet- en voedingsinligtingbehoefte nie. 'n Rede wat gegee is, is: "<i>Probeer gesond eet al eet ek soms wat ek nie moet eet nie.</i>" (F5)</p>
<p>By vier uit 11 (36%) pasiënte het geloof geen impak op hul behoefte aan inligting oor dieet, voeding en kanker nie. 'n Pasiënt beweer dat sy onvermoë om te vergewe (ondanks die feit dat sy geloof volgens hom geen invloed het nie) kon lei tot kolonkanker (P7). Hy het altyd vroeër gesond geëet. Het baie stres in sy werk. Sy pa het ook kolonkanker gehad.</p> <p>By ses uit 11 (55%) pasiënte het geloof wel 'n impak op hul behoefte aan inligting oor dieet, voeding en kanker. Redes vir die invloed van geloof is nie verskaf nie.</p> <p>Een uit 11 (9%) pasiënte het geen antwoord verskaf nie.</p>	<p>Al sewe pasiënte het geloof na hul mening geen impak gehad op hul behoefte aan inligting oor dieet, voeding en kanker nie.</p>

Tabel 6.33: Vergelyking van die impak van die demografiese data van pasiënte en gesinslede

6.11 GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk is die data uiteengesit rakende die onkoloë, geneeshere, dieetkundiges, kankerpatiënte en gesinslede in 'n konteks waar dieet- en

voedingsinligting ter sprake is. Pasiënte staan sentraal as diegene van wie die meeste gewag gemaak word omdat hulle die teikengroep is wat behandeling ontvang en om wie se lewenskwaliteit dit gaan. Die volgorde waarin dit aangebied is, was onkoloë, geneeshere en dieetkundiges, omdat hul die diagnose meedeel, behandeling bepaal, inligting deel en in die geval van onkoloë en geneeshere ook die verwysings na dieetkundiges en byvoorbeeld internetbronne kan doen. Al vier rolspelers het dieet- en voedingsinligting rakende die simptomeverligting van kankerbehandeling nodig. Al vier rolspelers maak gebruik van sosiale bate asook ander inligtingbronne soos die internet om dieet- en voedingsinligting te bekom. Elke respondentgroep ervaar die kankertoestand anders vanweë hulle verskillende verwysingsraamwerke en ervarings. Dit is uiters kompleks, in 'n mate onvoorspelbaar (selfs in groot mate), maar terselfdertyd ook nie onvoorspelbaar nie. Die geheelbeeld tydens dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag kan nou beter verstaan word. In hoofstuk 1 is 'n probleemstelling opgestel wat nou op verkennende wyse beantwoord kan word. In hoofstuk 7 gaan die data meer intensief ontleed word.

HOOFSTUK 7

BEVINDINGE VAN STUDIE IN OORLEG MET DIE INLIGTINGGEDRAGMODELLE

7.1 INLEIDING

In hoofstuk 6 is die data wat ingesamel is uiteengesit. In hoofstuk 7 gaan die bevindinge nou in oorleg met die inligtinggedragmodelle (insluitende inligtingsoekgedrag modelle²) beskryf word. Daar is nie slegs een inligtinggedragmodel wat die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in die kankerkonteks kan help beskryf of as raamwerk dien vir empiriese studie nie. Verskeie inligtinggedragmodelle, soos uiteengesit in hoofstuk 4 is benut naamlik Dervin (2005a, 2005b), Johnson (1997a), Lazarus (1992), Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996), Savolainen (2005) en Wilson (1981, 1996). Die modelle onder bespreking kan nie in isolasie gesien word nie, maar vorm almal saam 'n holistiese raamwerk vanuit verskillende invalshoeke om dieet- en voedingsbehoefte en gedrag by verskillende rolspelers in 'n kankerkonteks te bestudeer. Johnson (1997a) en Lazarus (1992) se modelle is wel al in 'n kankerkonteks benut deur ander navorsers. In hierdie hoofstuk word die bevindinge uit hoofstuk 6 en die literatuur (hoofstukke 2 en 3) geprojekteer teenoor die modelle van inligtinggedrag en inligtingsoekgedrag. Aangesien hierdie as verkennende studie aangepak is, word volstaan by die waarde wat die modelle het vir die bepaalde konteks en rolspelers asook hoe dit in oorleg met die bevindinge van die studie verder benut en ontwikkel kan word.

7.2 BEVINDINGE IN VERWANTSKAP MET INLIGTINGSOEK-GEDRAGMODELLE

Die rolspelers naamlik onkoloë, geneeshere, dieetkundiges, pasiënte en gesinslede met hul individuele eienskappe bevind hulself in 'n unieke omgewing en verwysings-raamwerk. Die rolspelers tree in interaksie met mekaar in 'n kankerkonteks deur middel van kommunikasie. Inligtingbronne word ook benut tot meerdere of mindere mate en wissel baie. Elke rolspeler het sy eie unieke probleemsituasie wat lei tot 'n unieke inligtingbehoefte en inligtinggedrag van elkeen (elke groep) in die dieet- en

² Om die vloeï van bespreking te vergemaklik sal deurgaans slegs die meer omvattende term "inligtinggedragmodelle) gebruik word met aanvaarding dat dit inligtingsoekgedrag insluit.

voedingsinligtingkonteks. Tog is daar algemene ooreenstemmende punte wat uitstaan. Elke rolspeler se eie unieke eienskappe maak dat elkeen op 'n eiesoortige wyse inligting gaan bekom. Die inligtinggedragmodelle gaan in oorleg met die data beskryf word in die volgorde van die meeste benut tot die minste benut (soos bespreek in hoofstuk 4). Na die bespreking van die modelle, sal die verkennende waarde van die studie uitgestip word.

7.2.1 Johnson (1997) se model

Die eerste model onder bespreking is die Johnson (1997a) model. Die doel van Johnson (1997a) se model is om inligtinggedrag te beskryf waar antesedente faktore en eienskappe van inligtingdraers (i.e. "*ethical, scientific, non-scientific, factual, social capital and network forming*") bydra tot die aksie van inligtingsoeke.

Die komponente van Johnson (1997a) se model sluit in die:

- Antesedente faktore naamlik demografiese faktore, ervaring, opvallendheid en geloofsoortuiging. Demografiese inligting is byvoorbeeld soos ouderdom, geslag, beroep, opleiding en gesondheid.
- Inligtingsdraers soos vakliteratuurboeke en mediese tydskrifte wat tydens kommunikasie met hul unieke eienskappe benut word.
- Die aksies van inligtingsoeke.

In hierdie studie het die volgende opgeval in die rol van die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesinslid:

Dieetkundiges se **ervaring** kan staan in 'n professionele of persoonlike hoedanigheid waar intense betrokkenheid benodig word. Wanneer dieetkundiges intens betrokke is soos wanneer hulle self kanker het of iemand in hul gesin met kanker gediagnoseer is, is hul ervaring in so 'n mate dat kankerpatiënte meer omvattend gehelp kan word. . Een dieetkundige in hierdie studie het met 'n **intense persoonlike betrokkenheid** begin wegstroom om pasiënte met kanker te help. Indien sy pasiënte met kanker sou help, sal dit meer die vorm van sielkundige berading aanneem. Oor die onkoloë en geneeshere se **persoonlike ervaring** is nie navraag gedoen nie omdat hulle meer klinies gerig is op die siektetoestand van kanker. Vorige ervarings van pasiënte onder behandeling mag 'n beduidende rol speel. Die pasiënt en gesin kan ook al **vorige ervarings** (wat akademiese ervaring insluit) gehad het wat hul meer toegerus maak vir 'n kankersituasie waarin hulle hulself bevind. Pasiënte met **tersiële opleiding** (veral in die wetenskapveld) was meer toegerus om dieet en voeding in 'n kankerkonteks beter te

kan verstaan. Elke rolspeler het sy eie unieke **persepsie** gehad voordat hy/sy 'n kankerkonteks betree het. Hul **ervaring** word verbreed soos hul belewenisse gevorder het in 'n kankerkonteks. Onkoloë en geneeshere raadpleeg inligtingbronne soos boeke en joernale.

Opvallendheid by rolspelers bepaal ook hoe en watter inligtingbronne benut gaan word. Dit is opvallend dat een onkoloog aangevoer het uit ervaring dat joernale vir haar bitter min te sê het oor dieet, voeding en kanker. Dit is opvallend dat dieetkundiges organisasies nader vir meer inligting oor dieet, voeding en kanker. Pasiënte het ook verder vertrou in verpleegsuster, ander verpleegpersoneel as inligtingbron asook supplementkonsultante. Geloofsoortuigings, ervaring, beroep en opleiding het ook 'n invloed. Die antesedente faktore naamlik demografie, ervaring en geloofsoortuiging gaan dus bepaal hoe die inligtingdraers benut gaan word wanneer inligtingsoeke na dieet en voeding in 'n kankerkonteks plaasvind.

Inligtingdraers of inligtingbronne is die volgende komponent van Johnson (1997a) se model. Deur middel van inligtingbronne word inligting oorgedra aan die betrokke rolspelers. Die inligtingbronne beskik oor verskillende formate. Onkoloë en geneeshere gebruik hoofsaaklik handboeke, joernale, voedselgidse en inligtingsblaadjies. Inligtingbronne wat hoofsaaklik benut word deur dieetkundiges is organisasies, bemarkers en vakkundiges. Pasiënte benut weer inligtingbronne soos pamflette, die internet, boeke en mede-pasiënte. Inligtingbronne wat weer hoofsaaklik deur die gesinslede benut word is die internet, vriende, onkoloë en geneeshere. Die antesedente faktore speel 'n rol in die bepaling van die nut van inligtingbronne. Rolspelers kan ook as 'n inligtingbron optree. Indien onkoloë en geneeshere vertrou het in die vermoë van 'n dieetkundige, sal die pasiënt en gesin na dieetkundiges verwys word. Indien onkoloë en geneeshere voel hulle beskik oor die nodige kennis oor dieet en voeding, dat pasiënte nie addisionele siektetoestande soos diabetes het nie, word pasiënte soms nie verwys na 'n dieetkundige nie. Rolspelers benut inligtingbronne in hul onmiddellike omgewing asook inligtingbronne wat aan hul voorsien word soos inligtingsblaadjies. Pasiënte word soms deur onkoloë en dieetkundiges aanbeveel om self op die internet naslaanwerk te doen. Nuwe vrae kom voortdurend voor by die pasiënt as gevolg van die chemo- of radioterapie se uitwerking. Die tipe probleem of nuwe-effekte wat tydens die behandeling ervaar word, sal bepaal watter tipe inligtingbron genader gaan word. Uit die data is afgelei dat die geografiese ligging van die inligtingbron gaan bepaal of 'n inligtingbron benut gaan word of nie. Pasiënte en gesinslede benut nie noodwendig die inligting wat verskaf is deur die inligtingbron nie. Die inligting word geëvalueer volgens relevantheid in hul omstandighede. 'n Probleemsituasie ontstaan waar 'n gebrek aan

inligting ervaar word. Die antesedente faktore word dus gebruik om te bepaal of 'n inligtingbron nuttig is in die soeke na relevante dieet- en voedingsinligting en of dit die gebrek aanspreek. Johnson (1997) se model word in Figuur 7.1 aangepas (Afdeling 7.4.1) en verder toegelig met bevindinge uit die studie.

7.2.2 Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model

Die tweede model onder bespreking is die model van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996). Die doel van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model is om die inligtingsoeke te beskryf ten opsigte van take wat binne 'n beroep plaasvind. Terugvoerkringlope ontstaan waar die ontvanger van die inligting se gedrag 'n rol speel om te bepaal of inligting wat ontvang is, relevant is of nie en die inligtingsoektogte herhaal of aangepas word.

Die komponente van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model is:

- Werk of beroep wat beoefen word met 'n spesifieke werksrol.
- Take wat verrig word in die tipe beroep (d.w.s. "*interpretation of role and work, specifically role and treatment, cancer prevention through diet and nutrition, determine information needs through problem situation.*")
- Eienskappe van die inligting wat benodig word (d.w.s. "*factual, concise, advisory, scientific and explanatory.*")
- Inligtingbronne (d.w.s. "*specifically recognition of a dietitian.*")
- Gewaarwording van inligting wat beskikbaar is.
- Die proses van inligtingsoeke.
- Uitkoms van die inligtingsoeke na inligting.
- Terugvoerkringlope waar die relevantheid van die inligtingbronne wat gevind word, bepaal word.

In hierdie studie het die volgende opgeval in die rol van die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesinslid:

Die werk of beroep en take is van die eerste komponente van die model van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996). Onkoloë, geneeshere en dieetkundiges benodig inligting om hul take as medici te kan verrig. Die eienskappe van die inligting, die inligtingbron, bewustheid van inligtingbronne beskikbaar en inligtingsoeke is verdere komponente. Die probleem wat ervaar word bepaal wat die eienskappe van die inligting wat benodig word sal wees. Die tipe probleem wat ervaar word op 'n spesifieke tydstip by die pasiënt, sal bepaal waar en hoe inligting bekom gaan word. Inligtingbronne waarvan die onkoloë,

geneeshere en dieetkundiges bewus is, sal benut word. Inligtingbronne is byvoorbeeld die dieetgeskiedenis, mede-kollegas, joernale en handboeke. Daar word afgelei uit die data dat patologiese toetsuitslae ook as 'n inligtingbron kan dien. Die uitkoms en terugvoer tydens inligtingsoeke is verdere komponente van die model. Of die probleem genoegsaam aangespreek is sal bepaal of inligting benut gaan word of nie. Onkoloë, geneeshere en dieetkundiges moet ook inligting deel. Pasiënte en gesinslede is die ontvangers van inligting. Pasiënte en gesinslede soek ook self inligting en is geneig om ander individue in dieselfde situasie te nader vir meer inligting. Dit gaan hier nie net oor toeganklikheid nie, maar ook oor die vertroue in die spesifieke inligtingbron. Die unieke verwysingsraamwerkeienskappe verbonde aan pasiënte en gesinslede bepaal die inligting wat benodig word, of hul die inligting wat ontvang is gaan gebruik of verstaan al dan nie. Geletterdheid en kennis van die onderwerp speel 'n belangrike rol. Al die rolspelers is bewus van inligtingbronne binne hul omgewing. Dieet- en voedingsinligting word gegee in die vorm van 'n dieetplan deur dieetkundiges. Die dieetplan word soms aangepas na gelang van pasiënt se eie inligtingbehoefte. Dieetkundiges benut inligting vanaf pasiënte verkry soos byvoorbeeld die dieetgeskiedenis om 'n dieetplan mee op te stel. Dieetkundiges verskaf addisionele inligtingbronne soos dieetriglyne, relevante webwerwe in die dieet- en voedingsberadingsproses. Die komponente van Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model word dus benut om inligtingsoeke te beskryf in beroepsituasies in die algemeen of in beroepsituasies in 'n kankerkonteks. Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model word in Figuur 7.2 aangepas en verder toegelig met bevindinge uit hierdie studie (Afdeling 7.4.2).

7.2.3 Wilson (1981, 1996) se modelle

Die derde model onder bespreking is dié van Wilson (1981). Die doel van Wilson (1981) se model is om inligtingsoeke in die konteks van die omgewing, sosiale milieu en persoonlike eienskappe te beskryf waar die struikelblokke van persoonlike eienskappe, rolverwantheid en omgewing die vind van relevante inligting kan beïnvloed. Wilson (1981) se model word in Figuur 7.3 aangepas (Afdeling 7.4.3) en verder toegelig met bevindinge uit hierdie studie.

Die komponente van Wilson (1981) se model is:

- Omgewing waarin die inligtingsoeker homself/haarself bevind (d.w.s. "*socio economic*").
- Sosiale milieu van die inligtingsoeker (d.w.s. "*social capital*").
- Persoonlike eienskappe van die inligtingsoeker.
- Struikelblokke van inligtingsoekgedrag.

Verder is daar die 1996 Wilson model (Wilson, 1996). Die doel van Wilson (1996) se model is om inligtingsoeke in 'n konteks te beskryf waar streshantering met persoonlike eienskappe 'n spesifieke selfvermoë uitbeeld. Inligtingsoeke kan op 'n aktiewe of passiewe manier plaasvind. Wilson (1996) se model in Figuur 7.4 (Afdeling 7.7.7) aangepas en verder toegelig met bevindinge uit hierdie studie.

Die komponente van Wilson (1996) se model onder bespreking is:

- Streshantering in die persoonlike konteks waar emosie en kognisie betrokke is.
- Aktiveringsfaktore soos selfvermoë (d.w.s. "*coping and finding relevant information.*")
- Inligtingsoekgedrag wat passief (d.w.s. "*subconsciously and selective listening*") of aktief (d.w.s. "*reading of textbooks and medical magazines*") kan wees.
- Die prosessering en gebruik van inligting wat gemik is op probleemoplossing.

In hierdie studie het die volgende opgeval in die twee modelle met betrekking tot die rol van die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesinslid:

Die eerste komponent van Wilson (1981) se model is die omgewing. Die omgewing en konteks waarin die rolspeler homself/haarself bevind, bepaal watter tipe inligting gesoek gaan word. Al die onkoloë wat genader is, was werksaam in 'n hospitaalopset. Die nuwe-effekte van die behandeling wat plaasvind in die hospitaal word as maatstaf geneem oor watter tipe inligting benodig word of nie. Die tweede komponent van Wilson se model (1981) is die sosiale milieu. In 'n hospitaalopset kan ander lede van die mediese span ook genader word. Die sosiale milieu kan as struikelblok dien wanneer mites oor dieet, voeding en kanker gevolg word wat nie wetenskaplik gegrond is nie. Mites en nie-wetenskaplike inligtingbronne kan ontvang word vanaf vriende en mede-pasiënte. Pasiënte en gesinslede met 'n lae sosio-ekonomiese status kan dalk nie oor die nodige opleiding beskik om geletterd te wees nie. Pasiënte het soms ook nie genoeg geld om 'n dieetplan te volg nie en wil ook nie voedsel vermors nie. Taalvaardigheid kan hier ook 'n rol speel. Swak geletterde individue sukkel om inligtingbronne te lees en te vertolk (interpreteer). Individue sonder die nodige fondse sukkel om te hou by die dieet- en voedingsinligting wat ontvang is in die vorm van 'n dieetplan. Persoonlike eienskappe is 'n derde komponent van Wilson (1981) se model en kan ook as struikelblok tot inligtingsoeke dien. Persoonlike eienskappe sluit die emosie van die inligtingsoeker in. Een geneesheer het gewag gemaak daarvan dat inligting wat gevind is, deurgegee word

aan pasiënte as die emosionele toestand van die kankerpatiënt dit toelaat. Pasiënte met meer energie se gemoedstoestand verbeter ook. Een pasiënt het gewag daarvan gemaak dat hy sy emosies nie kan verwoord nie en dink nie aan emosies in sy alledaagse bestaan nie. Om stres beter te hanteer kan 'n hoofmotief wees in die soeke na inligting. Nie alle streshanteringsgedrag lei tot inligtingsoeke nie. Pasiënte met min opleiding mag aggressie ervaar indien inligting nie ontvang is nie. Dieet- en voedingsinligting kan in hierdie geval op 'n informele wyse bekom word. Nuwe inligting kan nuwe vrae navore bring of nie afhangend van die pasiënt se persoonlike eienskappe, verwysingsraamwerk en konteks. Indien inligting steurend is, kan dit stres verhoog. Die omgewing, sosiale milieu en persoonlike eienskappe speel dus 'n rol in inligtingsoeke.

'n Komponent van Wilson (1996) se model is die passiewe en aktiewe soeke na inligting. Pasiënte en gesinslede kan ook op 'n passiewe wyse inligting bekom soos tydens interaksie met mede-pasiënte en lede van 'n geloofsgemeenskap (omgeegroep) by die kerk. Pasiënte en gesinslede toon ook die selfvermoë om na dieet- en voedingsinligting te soek op die internet. Dieet- en voedingsinligting word aktief ontvang deur pasiënte wanneer pamflette gelees word en vrae gevra word aan die medici. Onkoloë, geneeshere en dieetkundiges kan aktief soek na inligting deur die benutting van wetenskaplike materiaal soos joernaalartikels en akademiese boeke. Nie alle pasiënte ontvang die nodige dieet- en voedingsinligting nie. 'n Verdere komponent van Wilson (1996) se model is selfvermoë. Dieetkundiges toon byvoorbeeld vertroue in hul vermoë om na dieet- en voedingsinligting te soek. Dieetkundiges voel ook goed vertrouwd met die tegnologie en 'n omvattende reeks van inligtingbronne. Passiewe inligtingsoeke, aktiewe inligtingsoeke en selfvermoë vorm deel van die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van verskillende rolspelers.

7.2.4 Lazarus (1992) se teorieë

Die vyfde model onder bespreking is die van Lazarus (1992). Die doel van Lazarus (1992) se model is om streshantering wat gepaard gaan met inligtingsoeke tydens siektetoestande te bespreek. Lazarus (1992) se model word in Figuur 7.5 aangepas en verder toegelig met bevindinge uit die studie.

Die komponente van Lazarus (1992) se model is:

- Waarneming en konseptuele kategorisering van inligting (d.w.s. inligting vanaf medici en inligting wat van pasiënte en gesinslede ontvang is).

- Primêre beoordeling in terme van vorige ondervinding (d.w.s. verwerking van inligtingbron byvoorbeeld dieetkundige en persepsie van eetgewoontes en dieetplan voor diagnose).
- Emosionele opwekking tydens stres (d.w.s. angs en vrees).
- Sekondêre beoordeling van inligting verkry (d.w.s. stresverliggende inligting en inligting verbeter gemoedstoestand d.w.s voedingstatus).
- Hanteringstrategie van stres (d.w.s. aanvaar stresverliggende en wetenskaplike inligting en soek na nuwe inligting soos nuwe probleme ontstaan).

In hierdie studie het die volgende opgeval in die rol van die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesinslid:

Die eerste komponent van Lazarus se model (1992) is die waarneming en konseptuele kategorisering van inligting. Wanneer pasiënte inligting ontvang, word dit vergelyk met inligting uit hul vorige verwysingsraamwerk. Die tweede komponent van die model is die primêre beoordeling in terme van vorige ondervinding. Hul vorige ervaring en verwysingsraamwerk, sal bepaal hoe die stres in hierdie kanker konteks hanteer gaan word. Die derde komponent is die emosie wat ontstaan tydens stres. Stres mag ontstaan by die gesin en pasiënt indien die voedingstatus van die pasiënt verswak. Indien die voedingstatus verhoog word, kan dit lei tot 'n meer emosionele stabiliteit by die pasiënt. Die vierde komponent van die model is die sekondêre beoordeling van die inligting wat verkry is. Die inligting vanaf onkoloë, geneeshere en dieetkundiges of 'n ander inligtingbron word geëvalueer wat tot 'n spesifieke besluit aanleiding gee tot hoe die huidige situasies hanteer gaan word. Die betroubaarheid van die onkoloog, geneesheer en dieetkundiges as inligtingbronne is van kardinale belang wanneer angstige pasiënte meer geneig is om vrae te vra. Die vyfde komponent is die hanteringstrategie van stres tydens die siektetoestand. Die gesinslede met hul unieke verwysingsraamwerk se stres word verlig indien hul betrek word om besluite te neem rondom inligting wat ontvang is. Die vier komponente van Lazarus (1992) se model (soos in Figuur 7.5) (Afdeling 7.4.5) is nodig om stres doeltreffend te kan hanteer in die soeke na dieet- en voedingsinligting.

7.2.5 Dervin (2005a, 2005b) se model

Die sesde model onder bespreking is van Dervin (2005a, 2005b). Die doel van Dervin (2005a, 2005b) se model is om uit te wys dat die gapingsituasie ontstaan waarna inligtingsoeke plaasvind en singewing ervaar word as uitkoms. Dervin (2005a, 2005b) se

model word in Figuur 7.6 (Afdeling 7.4.6) aangepas en verder toegelig met bevindinge uit die studie.

Die komponente van Dervin (2005a, 2005b) se model is:

- Die situasie waarin die inligtingsoeker homself/haarself bevind.
- Die gaping in kennis oor in 'n probleemsituasie.
- Die uitkoms van inligtingsoeke waar singemaak word van 'n situasie.

In hierdie studie het die volgende opgeval in die rol van die onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesinslede:

Die eerste komponent is die situasie waarin die inligtingsoeker homself of haarself bevind. Al die rolspelers wil sin maak in 'n kankerkonteks. Inligting word benodig om sin te maak. Die tweede komponent is die gaping in kennis wat ervaar word. Onkoloë en geneeshere benodig nie net inligting om die diagnose te maak nie, maar dit is ook nodig om die gesondheids- en voedingstatus van die pasiënt te bepaal en te behou. Dieet- en voedingsinligting word benodig vir esofagus en kolonkanker soos byvoorbeeld vir hoë kalorie en proteien diëte asook smaaklike ligte diëte. Die derde komponent is die uitkoms van inligtingsoeke. Dieetkundiges moet sin maak deur die dieetgeskiedenis oor die voedingstatus van die pasiënte te bestudeer. Pasiënte moet kwellinge (soos byvoorbeeld die onvermoë om te sluk en kou) kan oplos deur inligting wat ontvang is. Die gesin moet die pasiënt ondersteun met die nuwe dieetplan en ook terugvoer kan gee oor newe-effekte van die behandeling sodat die dieetplan aangepas kan word om die voedingstatus van die pasiënt te behou. Die gesinslede moet byvoorbeeld ook help met die voedselvoorbereiding en die pasiënt help om gesonder te eet. Hulle kan ook terugvoer gee aan die dieetkundige oor die dieetplan wat gevolg word van die pasiënt. In die verskillende situasies in 'n kankerkonteks is daar gapings in kennis by al die rolspelers opgemerk. Om die gapings te vul en sin te maak van die probleemsituasies, soek hulle na inligting.

7.2.6 Savolainen (2005) se model

Die sewende model onder bespreking is die van Savolainen (2005). Die doel van Savolainen (2005) se model is om na alledaagse aktiwiteite te kyk en aan te dui watter faktore 'n rol kan speel in die bemeesting van die lewe. Die bemeesting van die lewe is om sin te maak in 'n probleemsituasie. Die faktore betrokke is sosiaal, intellektueel en

ekonomies van aard. Savolainen (2005) se model word in Figuur 7.7 (Afdeling 7.4.7) aangepas en verder toegelig met bevindinge uit die studie.

Die komponente van Savolainen (2005) se model is:

- Die probleemsituasie in die alledaagse lewe met spesifieke inligtingsoekgedrag.
- Sosiale bate (kollektiewe geheue van 'n werks- of onderwerpsgroep binne 'n bepaalde situasie: sosiale milieu) as inligtingbron.
- Intellektuele begrip van die inligtingsoeker.
- Ekonomiese faktore van die inligtingsoeker.
- Bemeestering van die lewe om sin te maak in 'n inligtingsoeke-situasie.

In die lig van die komponente van Savolainen (2005) se model gaan die dieet- en voedingsinligtingbehoefte - en gedrag bespreek word met betrekking tot afleidings in sommige gevalle van die rolspelers.

Die probleemsituasie in die alledaagse lewe is die eerste komponent. Kankerpatiënte bevind hulself in 'n situasie waar inligting benodig word wat hul gesondheidsituasie en en nuwe-effekte van die tipe kankerbehandeling insluit. Die tweede komponent is die sosiale bate van die inligtingbron. Inligting word uitgeruil in die vorm van 'n netwerk in die alledaagse lewe. Inligtingbronne is hier ter sprake. Dieetkundiges is byvoorbeeld mede-kollegas en ander lede van die mediese span. Daar is verskillende sosiale situasies met 'n unieke kultuur. Voorbeelde van 'n unieke kultuur in sosiale situasies is byvoorbeeld in die kerklike opset en besprekings tydens chemoterapiesessies waar pasiënte saam gegroep is. Pasiënte bevind hulself dus in 'n spesifieke sosiale milieu van mede-pasiënte, medici en gesinslede in 'n alledaagse konteks. Onkoloë, geneeshere en dieetkundiges het kontak met mede-kollegas wat as inligtingbron kan dien. Die ekonomiese faktore is die derde komponent van die model. Pasiënte bevind hulself in 'n spesifieke sosio-ekonomiese konteks wat kan bepaal of hul sal hou by 'n spesifieke dieetplan. Die vierde komponent van die model is die intellektuele faktore wat 'n rol speel in die inligtingsoekgedrag. Die kognitiewe begrip van byvoorbeeld onkoloë, geneeshere en dieetkundiges word beïnvloed deur vorige ervarings en hul akademiese opleiding en werksituasie. Vorige ervarings kan die toekomstige optrede in 'n situasie bepaal waar inligting gedeel word en die betroubaarheid van 'n inligtingbron bepaal gaan word. Indien 'n dieetkundige betroubaar is vir 'n onkoloog as inligtingbron, sal die mening van 'n dieetkundige waarin die onkoloog vertrou het benut word. Negatiewe ervarings met byvoorbeeld inligting wat vanaf 'n onkoloog ontvang is, kan lei tot die toenadering van 'n alternatiewe inligtingbron soos 'n palliatiewe versorgingsorganisasie of die raadpleging van 'n ander onkoloog van 'n spesifieke geslag. Onkoloë het 'n besige program en kan

pasiënte slegs gedurende konsultasiesessies inlig. Die vyfde komponent is die bemeesting van die lewe deur sin te maak in 'n kankersituasie. Pasiënte wil graag relevante inligting ontvang vanaf onkoloë, geneeshere en dieetkundiges wat fokus op die sin maak van hul kankersituasie. Die vier komponente van Savolainen (2005) se model fokus dus op die bemeesting van die lewe deur sin te maak in 'n probleemssituasie en is dus van belang in 'n kanker konteks.

7.3 BENUTTING VAN INLIGTINGSOEKGEDRAG EN -GEDRAGMODELLE VIR STUDIES VAN INLIGTINGSOEKGEDRAG IN 'N KANKERKONTEKS – VEELVULDIGE ROLSPELERS

Soos in die voorafgaande afdelings aangedui is, is elke inligtingsoekgedrag en -gedragmodel met 'n unieke invalshoek modelle wat klem lê op spesifieke aspekte in inligtinggedrag en ook inligtingsoekgedrag. Aspekte in dieet- en voedingsinligtinggedrag wat mag voorkom is inligtingsoordrag deur kommunikasie, die inligtingbron en inligtingsbehoefte; maar daar is ook meer. Die studie het waarde van insette uit meerdere modelle getoon.

In Tabel 7.1 word aangedui watter inligtinggedragmodel die doeltreffendste funksioneer in 'n kanker konteks (met die fokus op dieet, voeding, inligting en advies) waar spesifieke rolspelers ter sprake is. Die effektiwiteit en gepastheid van die inligtingsoekgedrag en -gedragmodelle gaan aangedui word. Hierdie gradering berus subjektief op die navorser se oordeel. Dit gebruik frases soos “Goeie effektiwiteit”, “Baie gepas” en “Mees gepaste” om geringe graadsverskille in die waarde van die modelle vir 'n studie soos hierdie aan te dui. Verder gaan ook aangedui word watter inligtingsoekgedrag en -gedragmodel die beste werk vir inligtingsoordrag asook inligtingbron en inligtingbehoefte waar dieet en voeding in 'n kanker konteks ter sprake is. Die inligtingsoekgedragmodelle word in Tabel 7.1 in alfabetiese volgorde bespreek.

	Rolspelers			
Inligtinggedragmodel ³	Onkoloë en geneeshere	Dieetkundiges	Pasiënte	Gesinslede
Dervin (2005a, 2005b) Singewing deur die gaping in kennis te vul in 'n spesifieke problemsituasie. Klem van inligtinggedragmodel: Inligtingbehoefes wat deur singewing aangespreek word.	Goeie effektiwiteit in 'n kankerkonteks. Beskik alreeds oor kennis van dieet, voeding en kanker. Voel soms dat kennis slegs minimaal aangevul kan word. Hulle fokus op hul singewing.	Goeie effektiwiteit in 'n kankerkonteks. Beskik alreeds oor kennis van dieet, voeding en kanker. Kennis hoef slegs minimaal aangevul te word. Alhoewel hul kennis het van dieet en voeding, het hul nie noodwendig kennis oor kanker nie.	Baie gepaste model in 'n kankerkonteks. Kennis oor dieet, voeding en kanker kan aangevul word. Die behoefte aan om sin te maak wissel en word beïnvloed deur antesedente faktore en geloof.	Baie gepaste model in 'n kankerkonteks. Kennis oor dieet, voeding en kanker kan aangevul word. Die behoefte aan om sin te maak wissel en word beïnvloed deur antesedente faktore en geloof.
Johnson (1997a) <ul style="list-style-type: none"> Antesedente faktore. Demografiese faktore. Inligtingdraers. Aksie van inligtingsoeke. Klem van inligtinggedragmodel: Inligtingsoordrag deur kommunikasie en inligtingbronne.	Baie geskik in 'n kankerkonteks. Nie sprake van 'n werksrol in hierdie model nie. Wel sprake van 'n tipe beroep wat beoefen kan word. Onkoloë en geneeshere word beïnvloed deur die antesedente faktore en demografiese inligting wat 'n invloed het op die pasiënt en gesin se inligtinggedrag. Die ervaring van die onkoloog of geneesheer bepaal watter behandelingstrategie benut gaan word.	Baie gepaste model in 'n kankerkonteks. Nie sprake van 'n werksrol in hierdie model nie. Wel sprake van 'n beroep wat beoefen kan word. Dieetkundiges word beïnvloed deur die antesedente faktore en demografiese inligting wat 'n invloed het op die pasiënt en gesin se inligtinggedrag. Dieetkundiges se ervaring kan persoonlik of professioneel van aard wees.	Mees gepaste model in 'n kankerkonteks. Die pasiënt met sy/haar unieke antesedente faktore en demografiese inligting benodig die nodige relevante inligtingdraers in 'n kankerkonteks. Pasiënte skoei soms hul inligtingsoeke op geloofsoortuigings wat soms nie wetenskaplik van aard mag wees nie.	Mees gepaste model in 'n kankerkonteks. Die gesinslede in 'n ondersteunende hoedanigheid met hulle unieke antesedente faktore, demografiese inligting benodig die nodige relevante inligtingdraers in 'n kankerkonteks. Gesin se geloofsoortuigings is soms nie wetenskaplik van aard nie.
Lazarus (1992) <ul style="list-style-type: none"> Waarneming en konseptuele kategorisering van inligting. Primêre beoordeling in terme 	Baie gepaste model in 'n kankerkonteks. Onkoloë en geneeshere moet kennis dra van stres tydens	Baie gepaste model in 'n kankerkonteks. Dieetkundiges moet kennis dra van stres tydens	Mees gepaste in 'n kankerkonteks. Pasiënt wat die kanker onderlede het moet baie stres	Mees gepaste in 'n kankerkonteks. Gesin wat die pasiënt ondersteun ervaar baie stres in inligtingsoeke om probleme rondom voeding,

³ Dit word as omvattende term gebruik om ook inligtingsoekgedragmodelle in te sluit.

<p>van vorige ondervinding.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emosie en psigologiese opwekking tydens stresshantering. • Sekondêre beoordeling van inligting verkry. • Hanteringsstrategie van stres. <p>Klem van inligtinggedragmodel: Die inligtingbehoefte van die gebruiker wat aangespreek word.</p>	<p>probleemsituasies in die soeke na inligting.</p>	<p>probleemsituasies in die soeke na inligting.</p>	<p>hanteer om probleme met inligtingsoeke op te los.</p>	<p>dieet en kanker op te los.</p>
<p>Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werk of beroep wat beoefen word met 'n spesifieke werksrol. • Take wat verrig word in die tipe beroep. • Eienskappe van inligting wat benodig word. • Inligtingbronne. • Gewaarwording van inligting wat beskikbaar is. • Die proses van inligtingsoeke. • Uitkoms van die inligtingsoeke na inligting. • Terugvoerkringlope waar die relevantheid van die inligtingbronne wat gevind word, bepaal word. <p>Klem van inligtinggedragmodel: Inligtingbronne wat benut word tydens</p>	<p>Mees gepaste model in 'n kankerkonteks. Sprake van 'n werksrol, take en 'n beroep in 'n kankerkonteks.</p>	<p>Mees gepaste model in 'n kankerkonteks. Sprake van 'n werksrol, take en 'n beroep in 'n kankerkonteks.</p>	<p>Goeie effektiwiteit in 'n kankerkonteks. Die werksrol, take en beroep van die medici beïnvloed die inligtinggedrag van die pasiënt.</p>	<p>Goeie effektiwiteit in 'n kankerkonteks. Die werksrol, take en beroep van die medici beïnvloed die inligtinggedrag van die gesin.</p>

inligtingsoeke met 'n spesifieke werksrol.				
<p>Savolainen (2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleemsituasie. • Sosiale milieu. • Intellektuele bate. • Ekonomiese faktore. • Bemeestering van die lewe deur sin te maak uit 'n probleemsituasie. <p>Klem van inligtinggedragmodel: Inligtingbehoefes word aangespreek deur die oplossing van 'n probleem in alledaagse situasies van waar inligting oorgedra word deur 'n inligtingbron.</p>	<p>Goeie effektiwiteit in 'n kanker-konteks.</p> <p>Onkoloë en geneeshere moet oor die nodige intellektuele bate beskik om pasiënte en gesin te kan ondersteun met inligtinggebruik.</p>	<p>Goeie effektiwiteit in 'n kanker-konteks.</p> <p>Dieetkundiges moet oor die nodige intellektuele bate beskik om pasiënte en gesin te kan ondersteun met inligtinggebruik.</p>	<p>Mees geskik in 'n kanker-konteks.</p> <p>Pasiënte ervaar baie stres rondom faktore wat inligtingsoeke en inligtinggebruik beïnvloed as gevolg van ekonomiese, persoonlike en sosiale faktore.</p>	<p>Mees geskik in 'n kanker-konteks.</p> <p>Gesin ervaar baie stres rondom faktore wat inligtingsoeke en inligtinggebruik beïnvloed as gevolg van ekonomiese, persoonlike en sosiale faktore.</p>
<p>Wilson (1981)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omgewing waarin die inligtingsoeker homself /haarself bevind. • Sosiale milieu van die inligtingsoeker. • Persoonlike eienskappe van die inligtingsoeker. • Struikelblokke van inligtingsoekgedrag. <p>Klem van inligtinggedragmodel: Inligtingbehoefes wat aangespreek word tydens inligtingsoeke en faktore wat inligtingbehoefes beïnvloed.</p>	<p>Goeie effektiwiteit in 'n kanker-konteks.</p> <p>Minder struikelblokke in inligtingsoeke kom voor omdat alreeds kennis gedra word van dieet, voeding en kanker. Het professionele ervaring met kennis, dieet en kanker. Deel kennis met ander lede van die mediese span.</p>	<p>Goeie effektiwiteit in 'n kanker-konteks.</p> <p>Minder struikelblokke in inligtingsoeke kom voor omdat alreeds kennis gedra word van dieet, voeding en kanker. Het professionele ervaring met kennis, dieet en kanker. Deel inligting aan ander lede van die mediese span.</p>	<p>Mees gepaste model in 'n kanker-konteks.</p> <p>Pasiënte ruil inligting uit in die vorm van 'n netwerk in 'n sosiale milieu. Pasiënte ervaar baie struikelblokke in die soeke na inligting.</p>	<p>Mees gepaste model in 'n kanker-konteks.</p> <p>Gesin moet in die verhouding met die pasiënt inligting uitruil met hul spesifieke persoonlike eienskappe. Gesin ervaar baie struikelblokke in die soeke na inligting.</p>
Wilson (1996)	Goeie effektiwiteit in 'n	Goeie effektiwiteit in 'n kanker-	Mees gepaste model in 'n	Mees gepaste model in 'n kanker-

<ul style="list-style-type: none"> • Streshantering in die persoonlike konteks waar emosie en kognisie betrokke is. • Aktiveringsfaktore soos selfvermoë. • Inligtingsoekgedrag wat passief of aktief kan wees. • Die prosessering en gebruik van inligting wat gemik is op probleemoplossing. <p>Klem van model: Die inligtingbehoefes van die gebruiker wat aangespreek word tydens inligtingsoeke.</p>	<p>kankerkonteks.</p> <p>Onkoloë en geneeshere kan help om die stres van pasiënte en gesin te verlig.</p>	<p>konteks.</p> <p>Dieetkundiges verskaf inligting oor dieet en voeding om die stres van pasiënt te verlig.</p>	<p>kankerkonteks.</p> <p>Die pasiënt is persoonlik intens betrokke in 'n kankerkonteks om inligting te soek om stres te verlig.</p> <p>Inligtingsoeke kan passief of aktief wees.</p>	<p>konteks.</p> <p>Die familie speel 'n ondersteunende rol om die pasiënt se stres te verlig in die soeke na die nodige inligting. Inligtingsoeke kan passief of aktief wees.</p>
--	---	---	---	---

Tabel 7.1: Inligtinggedragmodelle se effektiewe werking in 'n kankerkonteks (met dieet en voeding) waar spesifieke rolspelers ter sprake is

Lazarus (1992) en Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se modelle is deur die navorser as die mees geskikste ervaar vir die gebruik onder medici en dieetkundiges. Johnson (1997a), Lazarus (1992) se kognitiewe beoordelingsteorie en model, Savolainen (2005) en Wilson (1981, 1996) is deur die navorser ervaar as die mees geskikste om te gebruik onder pasiënte en gesinslede in 'n kankerkonteks. Dervin (2005a, 2005b) se model is baie gepas om gebruik te word soos ervaar deur die navorser met betrekking tot gesinslede en pasiënte.

7.4 VOORSTELLE VIR DIE AANPASSING VAN DIE MODELLE

Die inligtingsoekgedrag en -gedragmodelle moet aangepas word om die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in 'n kankerkonteks te weerspieël en om verdere ondersoeke te steun. In die proses kan die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in 'n kankerkonteks beter verstaan en verder verken word. Die teks van die Figure word behou in Engels omdat die teks van die Figure in hoofstuk 4 ook in Engels is. Die aangepaste modelle verskyn in Figure 7.1 tot Figuur 7.7. Slegs die belangrikste word uitgelig. Slegs kernbevindinge word bespreek om die waarde van die aangepaste inligtingsoekgedrag- en gedragmodelle vir die studie te toon.

7.4.1 Aangepaste Johnson (1997) model

In Figuur 7.1 is die antesedente faktore van kognisie, stres en konteks bygevoeg. Vervolgens word bevindinge relevant tot die model bespreek as agtergrond tot die aanpassing van die model. Die eienskappe van die inligtingdraers wat gevind is as resultaat van die data-ontleding is die etiese aanvaarbaarheid daarvan, wetenskaplikheid, nie-wetenskaplikheid, feitlike ondersteuning daarvan, sosiale bate en netwerkvorming.

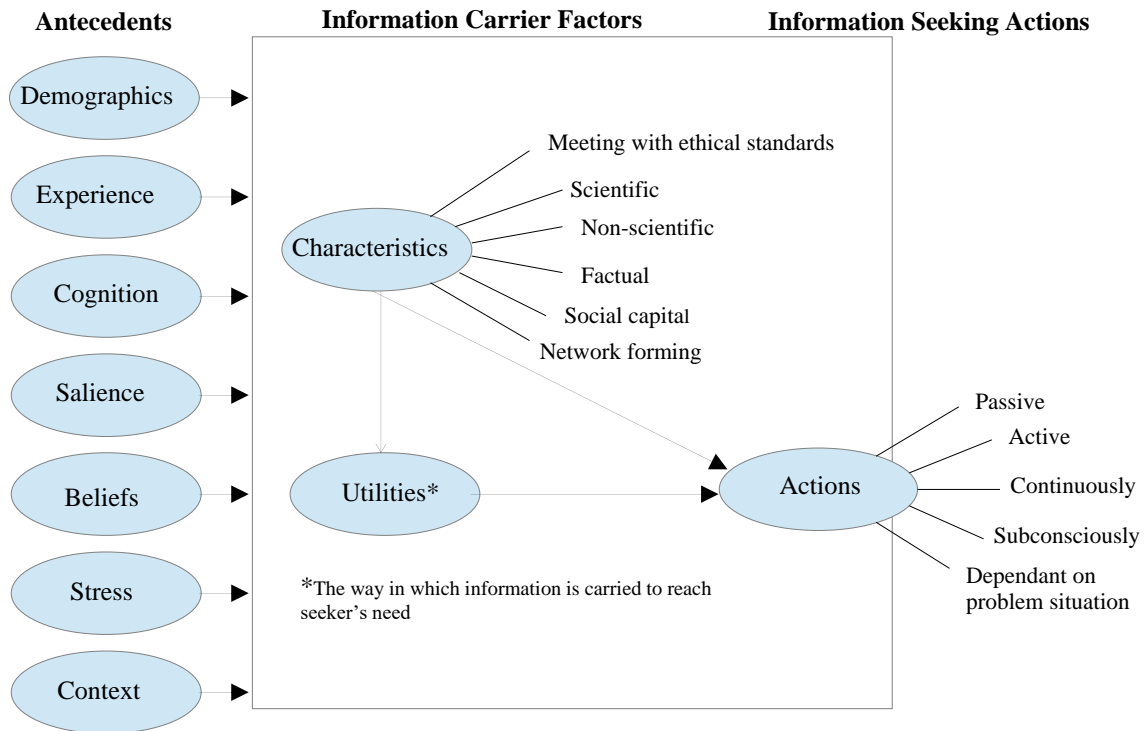
“Utilities” word gesien as die manier hoe inligting oorgedra word om aan die inligtingsoeker se dieet- en voedingsinligtingsbehoefte te voldoen. Dieet- en voedingsinligting word oorgedra deur kommunikasie-kanale.

Die eienskappe van die aksies wat opgemerk is met data-ontleding is passiewe, aktiewe, deurlopende soeke, vermyding, onbewustelike soeke en afhanklikheid van die probleemsituasie.

Onkoloë en geneeshere ontvang dieet- en voedingsverwante inligting passief gedurende saalrondtes en toevallige ontmoetinge met dieetkundiges. Inligtingbehoefte tydens saalrondtes kan onbewustelik ontwikkel na en tydens interaksie. Onkoloë en geneeshere soek inligting aktief deur spesifiek na dieet- en voedingsinligting te soek in vakliteratuurhandboeke en mediese tydskrifte om aan hul dieet- en voedingsinligtingbehoefte te voldoen nadat 'n probleemsituasie ervaar is. Dieetkundiges word ook genader. Onkoloë en geneeshere soek inligting deurlopend soos die dieet- en voedingsinligtingbehoefte van die pasiënt varieër. Dieet- en voedingsinligting wat ontvang word, word vermy indien dit nie relevant is met betrekking tot hul agtergrondskennis nie en ook wanneer hulle in oorleg met hul verpligtinge teenoor die pasiënt nie 'n behoefte daaraan het nie. Wetenskaplike feitelike inligting word verkies.

Dieetkundiges ontvang inligting passief deur byvoorbeeld die bywoning van deurlopende voorgesette opleidingsessies waar sake oor dieet en voeding aangespreek word asook saalrondtes. In die proses kan dieet- en voedingsinligting onbewustelik verkry word. Dieetkundiges soek aktief na dieet- en voedingsinligting wat spesifiek aan die vereistes van 'n pasiënt se siektetoestand voldoen in 'n probleemsituasie. Dieet- en voedingsinligting word deurlopend gesoek deur voortgesette opleidingsessies en -aktiwiteite. Dieet- en voedingsinligting mag vermy word vanweë die nabye ervaring van kanker van 'n gesinslid.

Pasiënte en gesinslede kan passief inligting bekom deur netwerkvorming met vriende en ander pasiënte. In die proses kan dieet- en voedingsinligting onbewustelik verkry word. Pasiënte en gesinslede soek aktief na dieet- en voedingsinligting soos dieet- en voedingsprobleme ervaar word met die chemo- en radioterapie asook die fase van kanker. Dieetkundiges, onkoloë en geneeshere word geraadpleeg wanneer daar aktief gesoek word na dieet- en voedingsinligting. Pasiënte en gesinslede soek deurlopend na dieet- en voedingsinligting soos nuwe dieet- en voedingsprobleme navore tree met kankerbehandeling. Pasiënte en gesinslede vermy dieet- en voedingsinligting wat byvoorbeeld nie tot 'n finansieël volhoubare dieet kan bydra nie en nie in hul kultuuroopset aangewend word nie. Etiese aanvaarbare inligting word verkies.



Figuur 7.1: Aangepaste Johnson (1997a) model

7.4.2 Aangepaste Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) model

In Figuur 7.2 is Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model aangepas vir die konteks van dieet, voeding en kanker.

In die werksrolverband moet die onkoloë, geneeshere, pasiënte en gesinslede dit nodig ag om aan mekaar terugvoer te verskaf oor hul dieet- en voedingsinligtingsbehoefte en -soekgedrag.

Van die take wat geïnterpreteer moet word deur die medici is as volg:

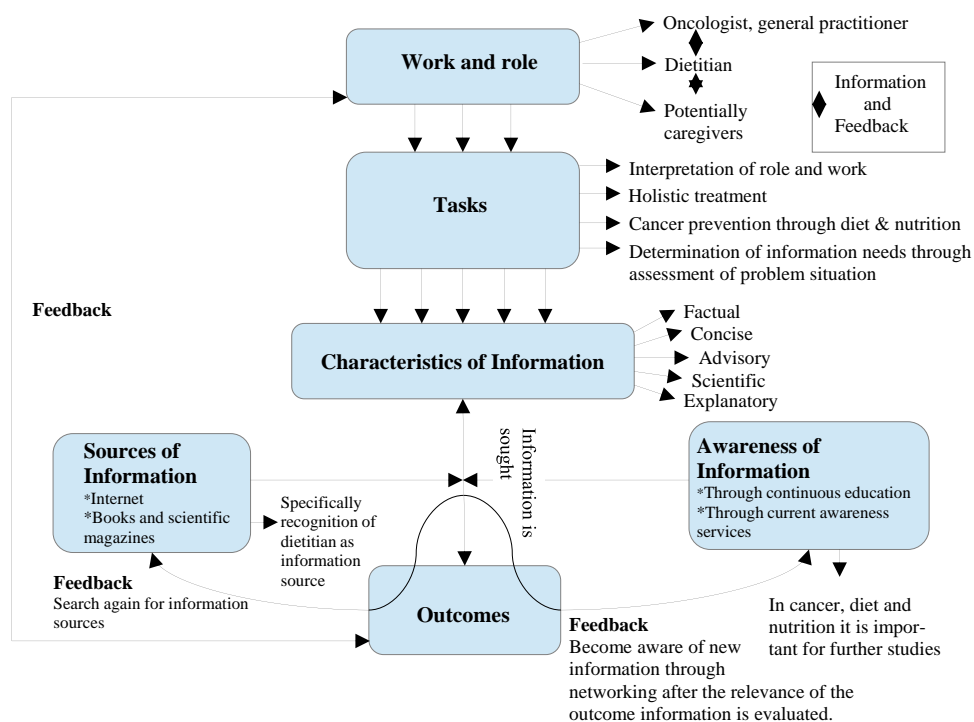
- Interpretasie van rol en werk.
- Holistiese behandeling.
- Kankervoorkoming deur dieet en voeding.
- Die bepaling van die inligtingbehoefte deur die oorweging van die probleemsituasie.

Die eienskappe van inligting vir al vier rolspelers is feitelike, bondige, adviesgewende, wetenskaplike en verduidelikende inligting.

Daar is terugvoer tussen die uitkoms van die inligtingsoekgedrag en die tipe werksrol wat verrig word. Indien inligting deur die medici ontvang is, moet dit vergelyk word met die werksrol om te bepaal of dit nog steeds relevant gaan wees met 'n werksrol wat dalk kon verander het.

Daar word spesifiek verwys na 'n dieetkundige as dieet- en -voedingsinligtingbron. Die internet, boeke en wetenskaplike tydskrifte word ook benut.

Dit is belangrik om verder na te vors oor die bewuswees van dieet- en voedingsinligting en -inligtingbronne wat beskikbaar is in die kanker konteks. Bewuswees van dieet- en voedingsinligting kan geskied deur volgehoue onderrig en inligtingsaktualiteitsdienste.



Figuur 7.2: Aangepaste Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) model

7.4.3 Aangepaste Wilson (1981) model

In Figuur 7.3 word die Wilson (1981) model aangepas vir 'n studie in die konteks van dieet, voeding en kanker.

Elke rolspeler bevind homself/haarself in 'n unieke omgewing. 'n Voorbeeld van 'n tipe omgewing is 'n sosio-ekonomiese omgewing. Sosiale bate speel ook 'n rol in die unieke sosiale dimensie van die rolspeler. Ander sosiale rolle is sosialisering, netwerkvorming, kommunikasie en dieet- en voedingsberading. Die persoonlike dimensie is aangepas om

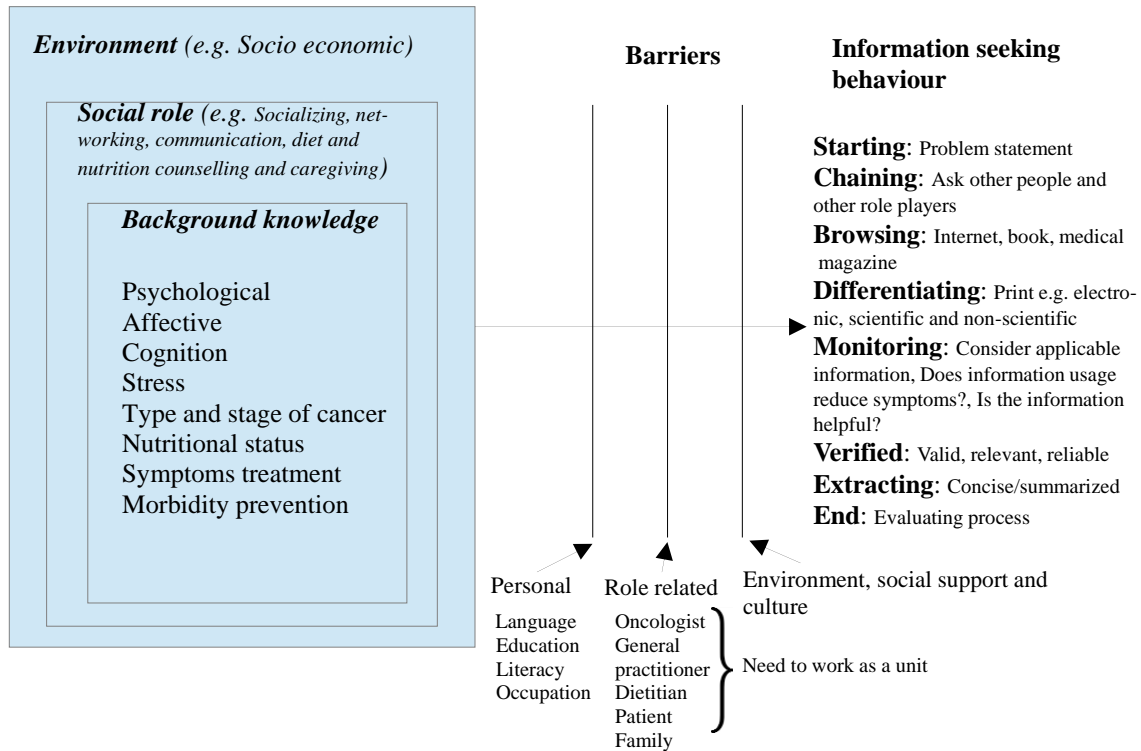
te voorsien vir die agtergrondskennis van die pasiënt. Dit sluit in die sielkunde, emosie, begrip, stres, tipe en fase van kanker, voedingstatus, simptome-bestuur en siektevoorkoming.

Die struikelblokke wat voorkom kan persoonlik, rol- en omgewingsverwant wees. Persoonlike aspekte is byvoorbeeld taal, opvoeding, geletterdheid en beroep. Die rolverwante faktore is byvoorbeeld die vier rolspelers se vermoë om in 'n eenheid saam te funksioneer. Aspekte in die omgewing is byvoorbeeld sosiale ondersteuning en kultuur.

Met betrekking tot dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag is die volgende van belang:

- Begin (“*Starting*”) - Tydens die aanvang van die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag word die probleemstelling gebruik om die proses te begin.
- Kettingreaksie (“*Chaining*”) - Al vier rolspelers vra in die vorm van 'n sosiale netwerk inligting van mekaar om hul probleemstelling aan te spreek.
- Snuffel (“*Browsing*”) - Al vier rolspelers maak gebruik van die internet en boeke om in te snuffel vir inligting. Medici maak gebruik van mediese tydskrifte om in te snuffel.
- Onderskeidmaking (“*Differentiating*”) - Al vier rolspelers maak onderskeid tussen elektroniese en nie-elektroniese inligtingbronne. Medici maak onderskeid tussen wetenskaplike en nie-wetenskaplike inligting. Daar is egter nie spesifiek terugvoer oor hoe hul in terme van inligting in die verband handel nie.
- Monitering (“*Monitoring*”) - Al vier rolspelers wil graag op hoogte bly van toepaslike, geverifieerde, geldige, relevante en betroubare dieet- en voedingsinligting wat nuttig is in die voorkoming van simptome tydens chemo- en radioterapie. Dit is nie duidelik uit die terugvoer tot watter mate hul op hoogte bly nie.
- Uithaal van die kern (“*Extracting*”) - Medici verskaf bondige en opgesomde samevattinge van dieet- en voedingsinligting aan pasiënte omdat hul aandagspan dalk laag mag wees byvoorbeeld na die skok met die diagnose van kanker. Daar is nie in meer diepte hierop opgevolg nie.
- Verifiëring (“*Verified*”) – Dieet- en voedingsinligting wat ontvang is word geverifieer volgens 'n kriterium om vas te stel of die inligting geldig, relevant en betroubaar is.

- Einde (“End”) - Aan die einde van die soeke na dieet- en voedingsinligting tydens die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag word die proses geëvalueer volgens ‘n kriterium waar die relevantheid van die inligting bepaal word.



Figuur 7.3: Aangepaste Wilson (1981) model

7.4.4 Aangepaste Wilson (1996) model

In Figuur 7.4 word die Wilson (1996) model aangepas vir dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag en kanker.

Die persoon in konteks word verder beskryf deur faktore by te voeg naamlik geletterdheid, kultuur, beroep, opvoeding, tipe kanker, fase van kanker en ouderdom.

Die streshanteringsteorie word aangevul deur die byvoegings van opgeloste probleme, stresverligting, deurlopende soek van inligting en sosiale ondersteuning.

Die tussenin veranderlikes word soos volg aangevul:

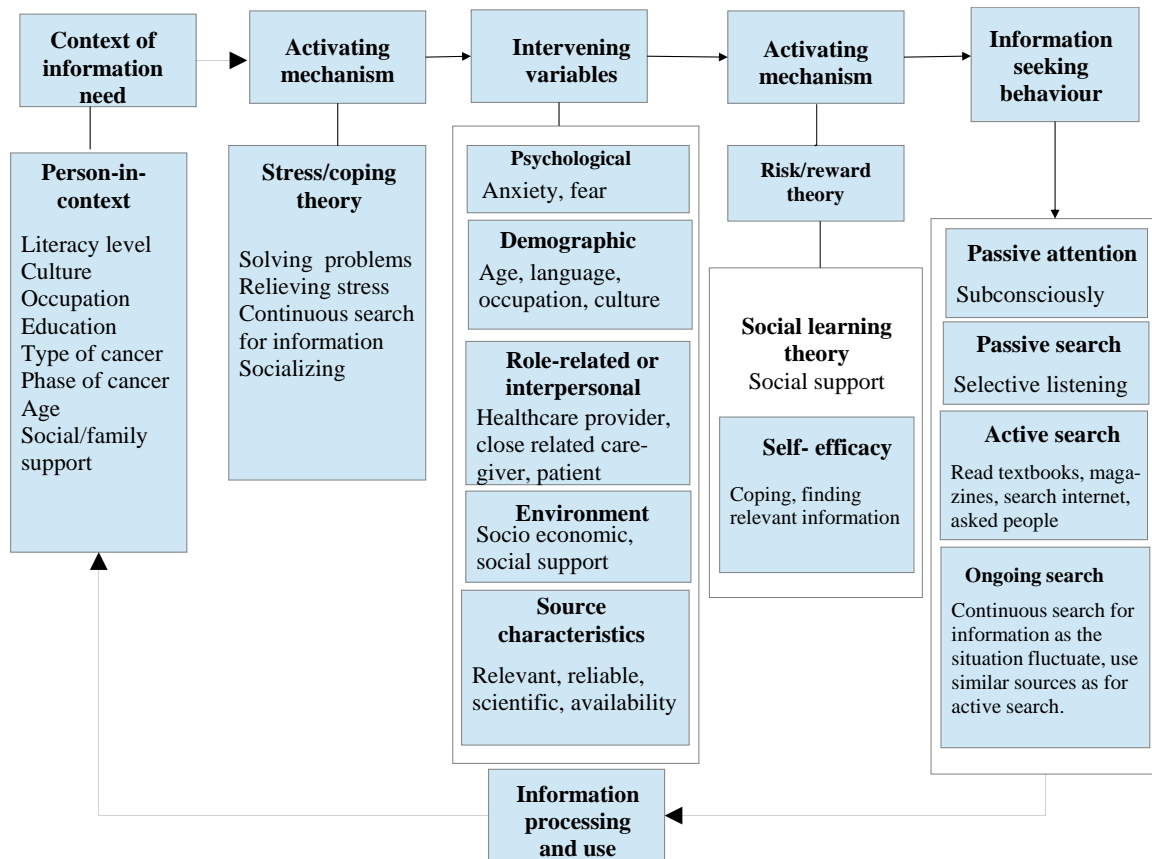
- Sielkundig: Angs en vrees.
- Demografiese eienskappe: Ouderdom, taal en beroep.

- Rolverwante of interpersoonlike eienskappe: Gesondheidswerkers, versorgers en pasiënte.
- Omgewing: Sosio ekonomie en sosiale ondersteuning.
- Eienskappe van inligtingbron: Relevant, betroubaar, wetenskaplik en toepaslik.

By die sosiale leerteorie wat deel vorm van die aktiveringsmeganismes word die konsepte van sosiale ondersteuning en selfdoeltreffendheid bygevoeg. Selfdoeltreffendheid word aangevul deur die byvoeging van verhoogde streshantering en die vind van relevante inligting.

Die tipes inligtingsoekgedrag word soos volg aangevul:

- Passiewe aandag: Onderbewustelike aandag soos byvoorbeeld gedurende informele bymekaarkomsessies van chemoterapie-toediening en groepbyeenkomste by die kerk.
- Passiewe soektog: Selektiewe luister soos byvoorbeeld tydens besoeke aan die onkoloog en raad wat ontvang word van die verpleegsuster.
- Aktiewe soektog: Die lees van handboeke, tydskrifte en soektogte op die internet vind plaas. Ander mense word ook gevra vir dieet- en voedingsinligting.
- Voortdurende soektogte: Die voortdurende soek van inligting soos die situasie verander. Gebruik soortgelyke inligtingbronne as by die aktiewe soektog.



Figuur 7.4: Aangepaste Wilson (1996) model

7.4.5 Aangepaste Lazarus (1992) model

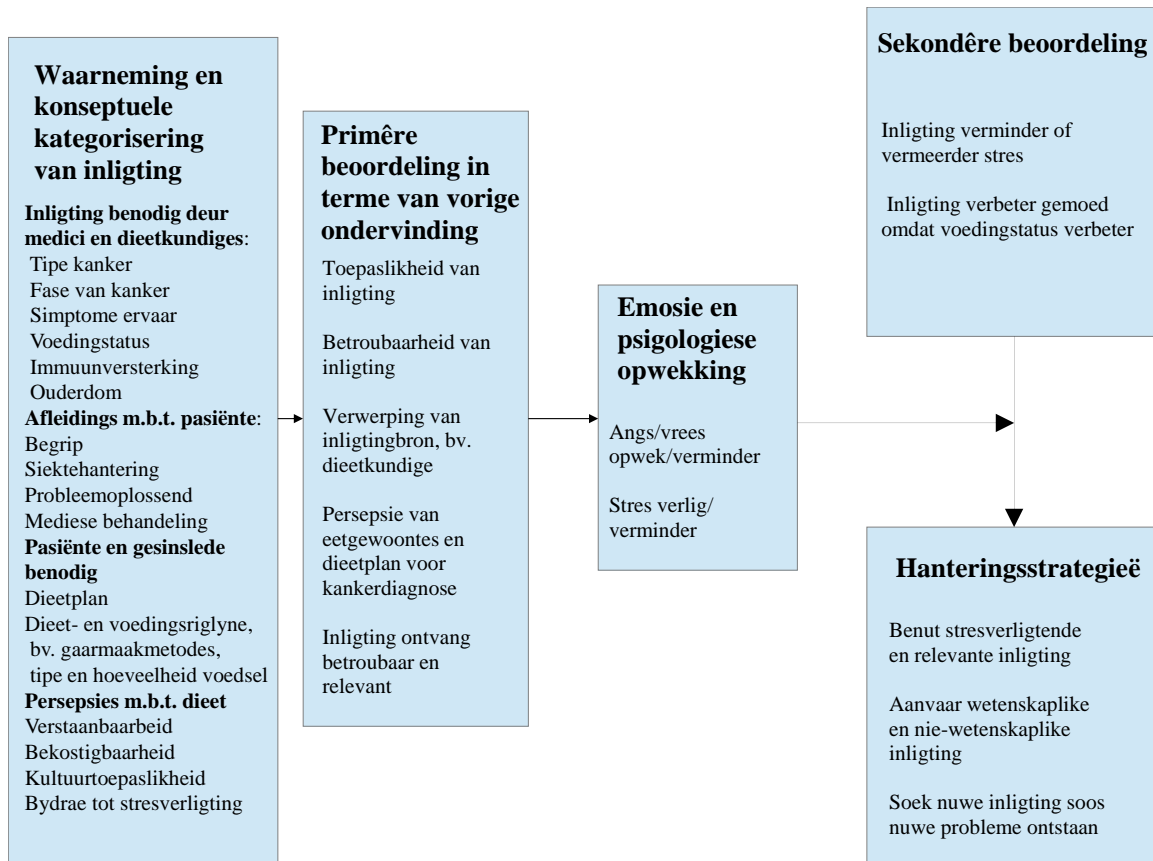
In Figuur 7.5 word Lazarus (1992) se model aangepas vir studies van inligtingsoekgedrag in die konteks van dieet, voeding en kanker. (Die aangepaste model word in Afrikaans weergegee omdat die oorspronklike model in Hoofstuk 4 ook in Afrikaans is).

Lazarus (1992) se model word aangepas vir die vier rolspelers binne 'n kanker konteks van dieet en voeding deur die byvoeging van die volgende:

- Waarneming en konseptuele kategorisering: Mediese inligting word aan medici verskaf om 'n diagnose te maak en inligting word aan pasiënte en gesinslede verskaf deur die medici as deel van die kankerbehandeling. Die diagnose dien as maatstaf om te bepaal watter tipe inligting benodig gaan word om die algehele gesondheid van die pasiënte te verbeter. Inligting wat aan die medici verskaf word is byvoorbeeld tipe kanker, fase van kanker, simptome ervaar, voedingstatus, immuunversterking en ouderdom. Afleidings met betrekking tot die pasiënte is begrip van die agtergrond van die siektetoestand. Met die

agtergrondskennis van die siektetoestand is daar ook beter begrip oor hoe om die siekte te hanteer, kan daar probleemoplossend opgetree word en die mees geskikste mediese behandeling kan gegee word. Inligting wat ontvang word deur die pasiënt en gesinslid is byvoorbeeld die dieetplan, dieet- en voedingsriglyne soos gaarmaakmetodes en tipe voedsel. Persepsies met betrekking tot die dieet is byvoorbeeld of dit verstaanbaar, bekostigbaar, kultuurtoepaslik en stresverliggend is.

- Primêre beoordeling in terme van vorige ondervinding: Al vier rolspelers evalueer die relevansie van inligting wat ontvang is deur waar te neem of die inligting toepaslik is. Daar word ook waargeneem of die inligting betroubaar is deur die betroubaarheid van die inligtingbron te evalueer. Die toepaslikheid van die inligtingbron word ook waargeneem. Indien 'n inligtingbron nie betroubaar is nie word die dienste van byvoorbeeld 'n dieetkundige vermy. Persepsie van eetgewoontes en dieetplan voor diagnose word ook primêr beoordeel as gevolg van vorige ondervinding. Inligting rondom die kankertoestand word dus vergelyk met wat in die persoon se interne kennis (geheue) bestaan.
- Emosie en psigologiese opwekking: Dieet- en voedingsinligting wat ontvang word deur pasiënte en gesinslede kan angs en vrees opwek of verminder. Dieet- en voedingsinligting wat ontvang word deur pasiënte en gesinslede kan ook stres verlig of verminder.
- Sekondêre beoordeling: Die dieet- en voedingsinligting wat ontvang is deur die pasiënt en gesinslede kan stres verminder of verhoog. Dit kan ook die gemoed verbeter omdat die voedingstatus van die pasiënt verbeter.
- Hanteringsstrategieë: Stresverliggende inligting word deur die pasiënt en gesinslid benut. Wetenskaplike en nie-wetenskaplike inligting word aanvaar. Daar word na nuwe inligting deur die pasiënt en gesinslede gesoek soos wat nuwe probleme ontstaan.



Figuur 7.5: Aangepaste Lazarus (1992) model

7.4.6 Aangepaste Dervin (2005a, 2005b) model

In Figuur 7.6 word Dervin (2005a, 2005b) se model aangepas vir die konteks met betrekking tot. dieet, voeding en kanker.

Die eienskappe van die probleemsituasie waaruit sin gemaak moet word vir dieet, voeding en 'n kanker konteks is stres, onsekerheid, wisselvalligheid, uniekheid vir elke pasiënt, vervlegtheid van moeilike oplosbare probleme en doelgerigtheid. Die doel van die proses is om probleemoplossend te wees deur sin te maak uit die situasie as die gaping in kennis gevul word.

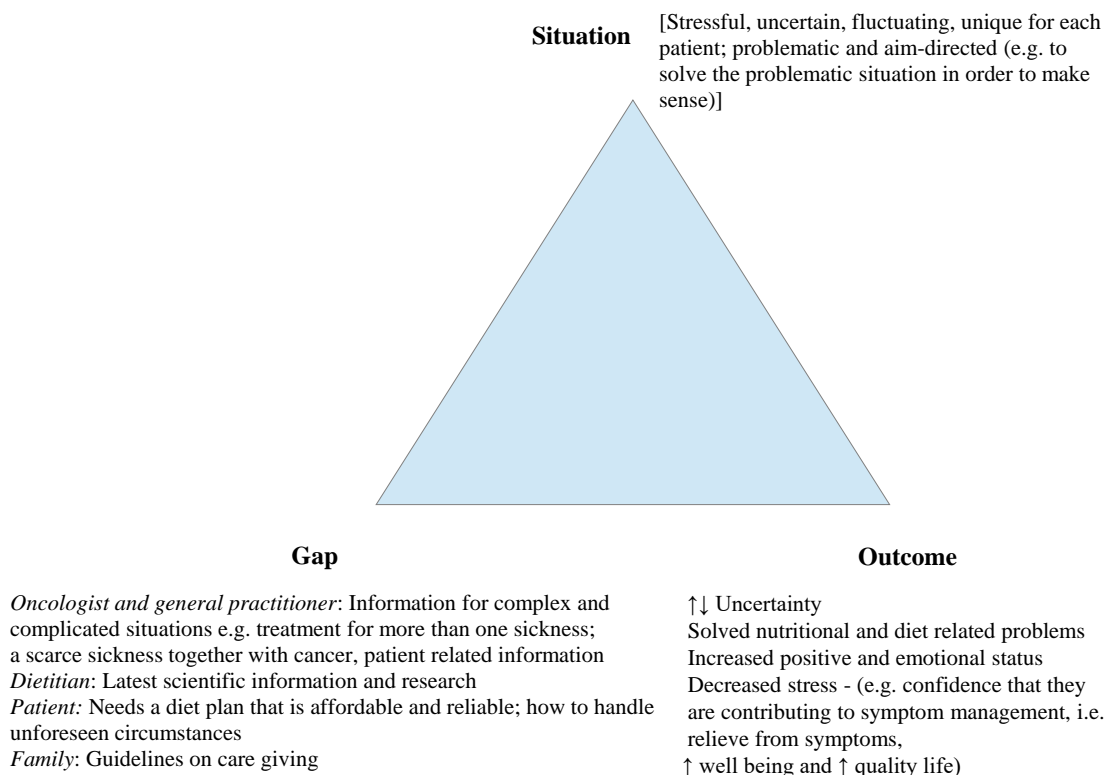
Die gaping in kennis vir die verskillende rolspelers is as volg:

- Onkoloë en geneeshere benodig komplekse inligting vir gekompliseerde situasies waar daar byvoorbeeld by 'n pasiënt meer as een siektetoestand teenwoordig is en ook by die voorkoms van skaars siektetoestande saam met kanker. Onkoloë en geneeshere benodig ook pasiëntverwante inligting.

- Dieetkundiges benodig die nuutste dieet- en voedingsinligting in die vorm van navorsing.
- Pasiënte benodig inligting wat bekostigbaar en betroubaar is en hoe om onvoorsiene situasies te hanteer. Inligting word ook benodig om onsekerheid, angs en stres te verlig.
- Gesinslede benodig inligting rakende die versorging van pasiënte ten opsigte van dieet en voeding

Die uitkoms van die singewingsproses is as volg:

- Onsekerheid kan verhoog of verminder word vir pasiënte en gesinslede afhange van hoe hul probleemsituasie opgelos word.
- Die oplossing van dieet- en voedingsverwante probleme by pasiënte.
- Die verlaging van stres by pasiënte en gesinslede.
- Die selfvertroue van medici dat hulle 'n bydrae kan lewer tot die bestuur van simptome van pasiënte waar simptoombetraging plaasvind, die gesondheidstatus verhoog word en die lewenskwaliteit verhoog word.



Figuur 7.6: Aangepaste Dervin (2005a, 2005b) model

7.4.7 Aangepaste Savolainen (2005) model

Savolainen (2005) se model is aangepas vir die vier rolspelers naamlik onkoloë, geneeshere, dieetkundiges, pasiënte en gesinslede. Die aangepaste model van Savolainen (2005) word gegee in Figuur 7.7 (Afdeling 7.4.7).

Vanuit 'n sake oogpunt het kapitaal met bates te doen. In Savolainen (1995: 269) verduidelik hy sy vergelyking van materiële, sosiale en kognitiewe kapitaal (bates). Dit is egter problematies in die inligtingkundige vaktaal aangesien inligting nie 'n bate is wat opgebruik kan word nie. Die woord “gebruik” word dus eerder benut as die woord verbruik.

Die alledaagse lewenswyse is aangepas onder die hoofde van beplanning van werkstyd en vryetydsbesteding.,. Die bevindinge is aan die ingesamelde data ontleen en is nie slegs afleidings nie.

Die eerste wyse van lewe is beplanning van werkstyd en vryetydsbesteding tydsbegroting:

- Onkoloog en geneesheer: Tydens spreekure is daar min tyd om inligting te verskaf aan pasiënte.
- Dieetkundige: Spanningsdruk by 'n pasiënt veroorsaak 'n lae konsentrasievermoë en bondige inligting word benodig.
- Pasiënt: Pasiënte lees meer op oor kanker, dieet en voeding in hul vrye tyd.
- Gesinslede: Tyd saam is kwaliteittyd om ondersteunend te wees.

Die tweede wyse van lewe is gebruikersmodelle:

- Onkoloog en geneesheer: Werkverwante inligtinggebruik.
- Dieetkundige: Nuwe inligtinggebruik – volgehoue onderwys.
- Pasiënt: Internet en netwerkgebruik.
- Gesinslid: Praktiese inligtinggebruik van ondersteuningsstelsels.

Savolainen verwys na die aard van vryetydsbesteding as die derde wyse van lewe.

Toegepas op die kankerkonteks is waargeneem dat die groepe rolspelers die volgende doen :

- Onkoloog en geneesheer: Die deurwerk van dieet- en voedingsriglyne in vrye tyd.
- Dieetkundige: Beproof nuwe gesonde resepte om aan pasiënte te verskaf.
- Pasiënt: Netwerkvorming by die kerk en gedurende chemoterapiesessies.

- Gesinslid: Die lees van 'n wye verskeidenheid van dieet- en voedingsinligting-bronne en netwerkvorming by die kerk.

Die dryfvere wat die alledaagse lewe se inligtingsoekgedrag beïnvloed word aangevul in Figuur 7.7 onder die hoofde van waardes, houdings, materiële bate, sosiale bate, kulturele en kognitiewe bate en aktuele lewensomstandighede deur die benutting van die vier rolspelers:

Waardes en houdings is die eerste dryfveer:

- Onkoloë en geneeshere: Heg waarde aan wetenskaplike dieet- en voedingsinligting.
- Dieetkundige: Etiese gedrag in praktyk is belangrik. Heg waarde aan wetenskaplike dieet- en voedingsinligting.
- Pasiënt: Heg waarde aan etiese dieet- en voedingsinligting.
- Gesinslede: Gebruik betroubare dieet- en voedingsinligting.

Materiële bate is die tweede dryfveer:

- Onkoloë en geneeshere: Die koste van wetenskaplike dieet- en voedingsinligting.
- Dieetkundige: Die koste van volgehoue onderrig.
- Pasiënt: Benodig 'n bekostigbare dieetplan.
- Gesinslede: Die koste van 'n dieetplan vir die gesin en pasiënt saam.

Sosiale bate is die derde dryfveer:

- Onkoloë en geneeshere: Netwerkvorming met ander lede van die mediese span.
- Dieetkundige: Netwerkvorming met kollegas.
- Pasiënt: Netwerkvorming met vriende en ander pasiënte.
- Gesinslede: Maak gebruik van menings van ander lede van die gesin en gemeentelede van die kerk.

Kulturele en kognitiewe vermoëns is die vierde bate:

- Onkoloë en geneeshere: Bevind hulself in 'n werkskultuur.
- Dieetkundige: Neem die kultuur van pasiënte in ag wanneer 'n dieet opgestel word.
- Pasiënt: Die pasiënt bevind hulself in 'n spesifieke gesinskultuur.
- Gesinslede: Die gesin vorm deel saam met die pasiënt aan 'n spesifieke gesinskultuur.

Huidige lewensituasies is die vyfde bate:

- Onkoloë en geneeshere: Probleme word ervaar in 'n werkskonteks.
- Dieetkundige: Die gesondheidstatus van die pasiënt word geëvalueer om die voedingstatus te verhoog.
- Pasiënt: Elke pasiënt het 'n spesifieke taal, vlak van geletterdheid en 'n finansiële status.
- Gesinslede: Hulle vervul 'n ondersteunende en versorgende rol.

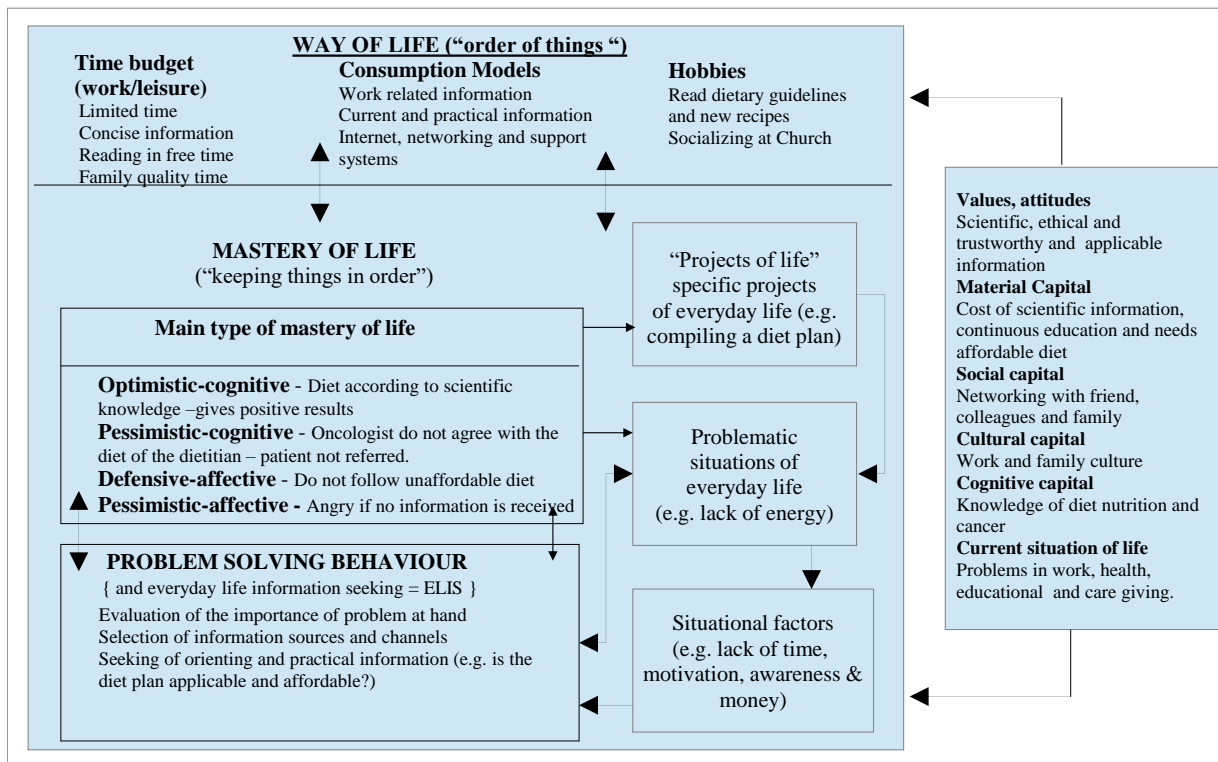
Die hooftipes van die bemeesting van die lewe word aangepas deur die byvoeging van die volgende:

- Positiewe begrip: 'n Dieetplan volgens wetenskaplike kennis gee positiewe resultate van 'n hoër voedingstatus.
- Pessimistiese begrip: Indien 'n onkoloog nie saamstem met 'n dieetplan van 'n dieetkundige nie, word 'n pasiënt nie verwys na die spesifieke dieetkundige nie.
- Emosionele verdediging: Wanneer die dieetplan nie bekostigbaar is nie, word die dieetplan nie gevolg nie wat tot 'n laer voedingstatus en emosionele status kan lei.
- Negatiewe emosies: Indien 'n pasiënt nie die nodige dieet- en voedingsinligting ontvang nie, kan aggressie ontstaan.

Alledaagse gebeure om die inligtingsoekgedrag te bemeester vind plaas deur nuwe betekenis te skep wanneer orde gehandhaaf wil word. Deur kreatiwiteit word nuwe betekenis en geleenthede op 'n kreatiewe wyse raakgesien.

Basic components of the study of ELIS In the Context of Way of Life

EVERYDAY LIFE – see new meanings, creativity and sense making



Figuur 7.7: Aangepaste Savolainen (2005) model

7.5 GEVOLGTREKKING

In hoofstuk 7 is die bevindinge in oorleg met die inligtinggedragmodelle en –soekgedragmodelle uiteengesit. Inligtinggedragmodelle kan suksesvol benut word om dieet- en voedingsinligtingbehoefte en -soekgedrag in ‘n kanker konteks te beskryf. Al die rolspelers is interafhanklik van mekaar en ervaar hulself elkeen in ‘n unieke sosiale omgewing met ‘n unieke probleem en eie verwysingsraamwerk. Die dieetkundige as fasiliteerder word nie in alle gevalle benut nie. Pasiënte en gesin word soms verwys na addisionele inligtingbronne. Hoofstuk 8 sal die bevindinge, aanbevelings en voorstelle vir verdere navorsing en praktiese toepassings beskryf.

HOOFSTUK 8

FINALE GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

8.1 INLEIDING

Vervolgens sal die finale gevolgtrekkings en aanbevelings in hierdie hoofstuk beskryf word. Die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag- en inligtingbehoefte asook behoeftes vir raadgewing in 'n kankerkonteks vir die rolspelers onkoloë, geneeshere, dieetkundiges, pasiënte en gesinslede sal uitgelig word. Die bevindinge vir elke sub-probleem van die oorhoofse navorsingsprobleem sal kortliks saamgevat word. Daar sal aanbevelings vir die teorie en die praktyk gemaak word asook vir verdere navorsing. Daar sal dus 'n gevolgtrekking gemaak word op grond van die literatuurstudie en die resultate van die empiriese ondersoek.

8.2 OPSOMMING VAN DIE UITVOER VAN DIE STUDIE

Met die datainsameling is waargeneem dat die hoeveelheid deelnemende respondente en datum van deelname deur respondente kan verskil. Daar word dus afgelei dat dit in sommige gevalle moeiliker is om respondente te vind. Verder is daar konsekwent gebruik gemaak van dieselfde navorsingsbenaderings en data-ontledingsmetodes sodat die resultate daarvan geldig met mekaar inverband gebring kan word.

In Tabel 8.1 gaan daar dus 'n opsomming gegee word van die uitvoer van die studie wat die hoeveelheid deelnemende respondente, datum van deelname, tipe navorsingbenadering en data-ontledingsmetodes aandui.

Deelnemende respondent	Datum van deelname	Navorsingsbenadering	Data-ontledingsmetodes
5 onkoloë en 2 geneeshere	Junie-Julie 2010	Gekombineerde kwan- titatiewe en kwalitatiewe benadering	Begronde teorie Tematiese ontleding
12 dieetkundiges	Junie-Julie 2010	Gekombineerde kwan- titatiewe en kwalitatiewe benadering	Begronde teorie Tematiese ontleding
11 pasiënte	Junie-Oktober 2010	Gekombineerde kwan- titatiewe en kwalitatiewe benadering	Begronde teorie Tematiese ontleding
7 gesinslede	Junie-Oktober 2010	Gekombineerde kwan- titatiewe en kwalitatiewe benadering	Begronde teorie Tematiese ontleding

Tabel 8.1: Opsomming van die uitvoer van die studie

8.3 ANTWOORDE OP PROBLEEMSTELLING EN SUB-PROBLEME

Die probleemstelling was as volg:

Wat is die genoemde rolspelers se dieet- en voedingsinligtingbehoefte en hulle dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag met betrekking tot die verkryging van dieet- en voedingsinligting en ook dieet- en voedingsraadgewing in 'n kankerkonteks?

Die sub-probleme is as volg:

- Wat is die *inligtingbehoefte* van kankerpatiënte, gesinslede, (onkologie-) dieetkundiges en onkoloë (en ander geneeshere) tot dieet en voeding? (soos bespreek in 8.3.1)
- Wat is die *inligtingsoekgedrag* van kankerpatiënte, gesinslede, (onkologie-) dieetkundiges en onkoloë (en ander geneeshere) met betrekking tot dieet en voeding? (soos bespreek in 8.3.2)
- Watter modelle kan gebruik word om die inligtingbehoefte, inligtingsoekgedrag en streshantering met betrekking tot dieet- en voedingsinligting en raadgewing te bestudeer? (soos bespreek in 8.3.3)
- Hoe kan bestaande modelle aangepas word om die inligtingbehoefte, inligtingsoekgedrag en streshantering van verskillende rolspelers met betrekking tot dieet en voeding in 'n kankerkonteks te reflekteer? (soos bespreek in 8.3.3 en 8.3.4)

8.3.1 Dieet- en voedingsinligtingbehoefte van kankerpatiënte, gesinslede, dieetkundiges en onkoloë

Inligtingbehoefte in 'n kankerkonteks is kompleks, en alhoewel daar algemene tendense is, is dit ook wyduiteenlopend en individueel. 'n Probleemsituasie ontstaan in die kankerkonteks op 'n spesifieke tydstip met betrekking tot dieet en voeding. Aan die dieet- en voedingsinligtingbehoefte word voorsien wanneer hierdie gaping gevul is en antwoorde verkry is op kwelvrae. Daar moet sin gemaak word van 'n situasie. 'n Dieet- en voedingsinligtingbehoefte ontstaan dus as gevolg van 'n gaping in kennis. Dit word egter nie altyd so verwoord deur die rolspelers nie omdat die betrokke rolspelers nie noodwendig hierdie inligtingbehoefte duidelik besef (versinnebeeld) nie. 'n Spesifieke doel om in inligtingsbehoefte te beantwoord word in die proses van inligtingsoeke bereik.

Onkoloë en geneeshere kry soms te make met 'n komplekse situasie waar ander siektetoestande tesame met kanker voorkom. Daar is ook verskeie kankertipes en -fases wat verskillende benaderings benodig. Om die pasiënt omvattend medies te versorg ten opsigte van dieet en voeding, moet holisties gekyk word na al die faktore wat 'n rol speel in die maak van 'n diagnose deur onkoloë en geneeshere. Dieet- en voedingsinligting ten opsigte van al die faktore wat 'n rol speel in die holistiese benadering word benodig deur onkoloë en geneeshere. Onkoloë en geneeshere verskaf nie dieet- en voedingsinligting in alle gevalle nie. Pasiënte word verwys na 'n dieetkundige in komplekse gevalle. Dieetkundiges word ook gekonsulteer vir raad in komplekse gevalle. Daar moet dus samewerking wees tussen medici en dieetkundiges in 'n holistiese benadering tot dieet- en voedingsinligting.

Dieetkundiges benodig die nuutste dieet- en voedingsinligting rakende spesifieke probleemsituasies van pasiënte in 'n kankerkonteks. Die probleemsituasies en kwelvrae van die pasiënt en gesinslede bepaal na watter dieet- en voedingsinligting die dieetkundige gaan soek. Dieet- en voedingsinligting kan verkry word in die vorm van wetenskaplike dieet- en voedingsriglyne en in die vorm van 'n dieetgeskiedenis vanaf die pasiënt.

Pasiënte ervaar probleme rondom die newe-effekte van die kanker, chemo- en radioterapie. Hierdie newe-effekte noodsaak behoeftes aan relevante inligting rondom dieet en voeding. Van die probleme is soos naarheid, diarree en moegheid. Verder ervaar die pasiënte en gesinslede ook emosionele probleme vir streshantering. Die dieet en voeding word die mate van beheer wat die pasiënte oor die kankertoestand kan hê. Voedselaanvullings word gebruik om veral moegheid teen te werk en die immuunstelsel te versterk. Pasiënte soek ook inligting oor supplemente, tipe kossoorte wat genuttig kan word en voedselvoorbereidingstegnieke. Ondersteuning kan ook verkry word by ondersteuningsgroepe rakende dieet- en voedingsaangeleenthede.

Gesinslede moet die pasiënt ondersteun en bystaan tydens die voorbereiding en inname van voedsel. Daarvoor word dieet- en voedingsinligting benodig. 'n Dieet- en voedingsinligtingbron en soms raadgewing is nodig om aan die dieet- en voedingsinligtingbehoefte te voldoen. Elke rolspeler kan dieet- en voedingsinligting ontvang en verskaf.

Dieet- en voedingsinligting word dus 'n behoefte deur rolspelers vir die vul van 'n gaping in kennis asook om sin te maak van 'n stresvolle situasie. Die uiteinde is die oplossing of

gedeeltelike oplossing van 'n probleem in 'n kanker konteks en die vermindering van angs. Medici in hul opleiding het kennis opgedoen oor die nodige dieet en voeding in 'n kanker konteks. Soos medici ervaring opdoen word hulle gekonfronteer met nuwe probleme en hul kennis moet aangevul word. Soos nuwe probleme ontstaan, word nuwe inligting benodig. Bestaande kennis kan help om 'n gaping in kennis vas te stel. Onkoloë en geneeshere kom af op unieke gevalle. Dieetkundiges het 'n intensiewe opleiding gehad in dieet en voeding en moet voortdurend hul kennis uitbrei met die nuutste inligting wat beskikbaar is. Soos die tyd vorder word meer aspekte rondom siektes en dieet nagevors. Pasiënte en gesin wil graag hul stres verlig in 'n kanker konteks. Dieet- en voedingsinligting help daarmee. Soos die tyd vorder in 'n kanker konteks ontstaan meer vrae wat beantwoord moet word. Dieet- en voedingsinligting maak dat 'n pasiënt 'n beter voedingstatus het en die kanker en behandeling meer doeltreffend kan hanteer. Met die nodige kennis kan die gesin help met voedselvoorbereiding en keuses van voedsel vir die nuwe-effekte van die behandeling. 'n Opgeloste of gedeeltelike opgeloste probleem kan dus die verskeie rolspelers help om 'n kankersituasie sinvol te hanteer. Die kompleksiteit en die uiteenlopendheid van behoeftes moet besef word en die dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag in 'n kanker konteks moet verstaan word sodat relevante dieet- en voedingsinligting die kwaliteit van die lewe van kanker pasiënte kan verbeter, en hul gesinslede kan ondersteun en sodoende die pasiënte.

8.3.2 Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag van kanker pasiënte, gesinslede, dieetkundiges en onkoloë

Dieet- en voedingsbehoefte, angs, stres en pogings tot singewing gee aanleiding tot behoeftes vir kennisverbreding en die oplossing of gedeeltelike oplossing van probleme deur die ontvangs van relevante dieet- en voedingsinligting. Dieet- en voedingsinligtingsoekgedrag is onderliggend hieraan in 'n kanker konteks. Net soos inligtingbehoefte is die inligtingsoekgedrag van die verskillende rolspelers ook kompleks en uiteenlopend. Die tipe dieet- en voedingsinligtingbronne wat benut gaan word hang af van die tipe opleiding, die blootstelling aan inligtingbronne, die doeltreffendheid van die tipe inligtingbron en die tipe probleem wat ervaar word.

Onkoloë en geneeshere benut graag wetenskaplike joernale en wetenskaplike boeke asook dieetkundiges en ander lede van die mediese span. Onkoloë en geneeshere verskaf soms dieet- en voedingsinligting in die vorm van inligtingsblaaie en dieet- en voedselgidse aan pasiënte. Soms bespreek verpleegsters dieet- en voedingsinligting met pasiënte tydens behandelingsessies.

Dieetkundiges benut 'n wye reeks van dieet- en voedingsinligtingbronne. Hulle maak gebruik van die internet, mede-kollegas, wetenskaplike bronne, boeke en professionele dieet- en voedingsinligtingsorganisasies. Pasiënte maak weer gebruik van dieet- en voedingsinligtingbronne waaraan hul blootgestel is soos vriende, mede-pasiënte, inligtingsblaadjies, medici asook die internet. Pasiënte met tersiêre opleiding gebruik soms ook wetenskaplike bronne en gebruik kennis wat opgedoen is tydens hul studiejare (waar relevant). Dieet- en voedingsinligting kan passief of aktief verkry word byvoorbeeld op 'n passiewe wyse tydens netwerkvorming met chemoterapiesessies. Pasiënte behoort nie noodwendig aan 'n kankerondersteuningsgroep waar dieet- en voedingsinligting verskaf kan word nie; sommige het nie 'n behoefte aan so 'n ondersteuningsgroep nie. Ondersteuningsnetwerke vorm by kerkinstanties. Pasiënte kan ook aan medici dieet- en voedingsinligting verskaf in die vorm van 'n dieetgeskiedenis. Die gesin maak gebruik van vriende, ander gesinslede en medici om dieet- en voedingsinligting te verkry. Elke rolspeler het sy/haar eie (onderliggende) kriteria in die keuse van 'n dieet- en voedingsinligtingbron.

Onkoloë en geneeshere wil graag dieet- en voedingsinligting bekom om hul algehele benadering van mediese versorging aan te vul en vir inligtingoorgedrag aan die pasiënt en gesin. Dieetkundiges en ander lede van die mediese span word soms genader. Dieetkundiges word nie in alle gevalle genader deur onkoloë en geneeshere nie, maar word wel soms nodig geag.

Dieetkundiges weer benodig dieet- en voedingsinligting vir die dieet- en voedingsberadingsproses. Dieetkundiges kontak mede-kollegas vir die nodige dieet- en voedingsinligting. Hulle voorsien soms pasiënte van dieetplane en raadgewing.

Pasiënte vra ook raad by mede-pasiënte, lede van 'n geloofsgemeenskap en by lede van 'n mediese span. Die keuse van dieet- en voedingsinligtingbronne kan beïnvloed word deur toegang, geletterdheidsvlakke, opvoeding, opleiding asook sosio-ekonomiese toestande.

Elke individu as rolspeler het sy eie unieke verwysingsraamwerk tydens die soeke na dieet- en voedingsinligting. Dit is as gevolg van hoe die individu sy of haar omgewing in die verlede beleef het en ook verskeie ander faktore. Ervaring word in die proses opgedoen. Die ervaring van die dieetkundige bepaal hoe 'n probleem aangespreek gaan

word tydens die dieet- en voedingsberadingsproses waar dieet- en voedingsinligting oorgedra word. 'n Meer praktiese en 'n stresverliggende aanslag met inligtingoordrag mag voorkom indien 'n dieetkundige 'n nabyervaring van kanker gehad het. 'n Dieetkundige kan ook wegstroom van die verskaffing van dieet- en voedingsberading (en fokus op emosionele ondersteuning) met die nabyervaring van kanker waar byvoorbeeld ouers betrokke was. Indien 'n dieetkundige 'n hele aantal jare al spesialiseer in kankervoeding, kan meer volledige dieet- en voedingsinligting oorgedra word.

Die gesin wil graag ingesluit wees in die dieet- en voedingsberadingsproses. Die pasiënt en gesin wil graag dieet- en voedingsinligting oordra en ontvang soos dit voorkom binne hulle verwysingsraamwerk. Die individu as rolspeler se ervaring in sy/haar unieke verwysingsraamwerk lei dus tot 'n spesifieke wyse waarop inligting verkry en oorgedra gaan word in dieet- en voedingsinligtinggedrag.

Uiteenlopende faktore van sowel die kankerkonteks en die persoonlike konteks van die onderskeie rolspelers bepaal in 'n groot mate hul inligtingsoekgedrag.

8.3.3 Eklektiese gebruik van modelle om dieet- en voedingsinligtingbehoefte- en inligtingsoekgedrag in stresvolle konteks te bestudeer

Die aspekte wat in oorleg met die literatuurstudie die mees gepaste gelyk het is geneem uit die geselekteerde inligtinggedragmodelle om inligtingbehoefte en -soekgedrag in die konteks van 'n stresvolle situasie te beskryf naamlik kanker.

Kernaspekte wat geneem is uit die modelle sluit in:

- Vorige ervarings en aksies van inligtingsoeke in die kankerkonteks soos uit Johnson (1997a) se model.
- Emosies en kognitiewe beoordeling asook stres soos uit Lazarus (1992) se model.
- Eienskappe van inligting, bronne van inligting en uitkoms van inligting soos uit Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model.
- Omgewing, sosiale rol en begrip soos uit Wilson (1981, 1996) se modelle.
- Die vul van die gaping in kennis soos uit Dervin (2005a, 2005b) se model.
- Probleemoplossende gedrag, begrip, emosie en sosiale bate soos uit Savolainen (2005) se model.

Stres word ervaar tydens die siektetoestand van kanker waar 'n gaping in kennis gevul moet word [soos uit Dervin (2005a, 2005b) se model]. Dieet- en voedingsinligting is een van die aspekte waarna gesoek word om stres beter te hanteer [probleemoplossende gedrag soos uit die model van Savolainen (2005)]. Stres kan veroorsaak word deur vrese en onsekerheid vanweë vorige ervarings [vrese en onsekerheid soos uit Lazarus (1992) se model en vorige ervarings soos uit die model van Johnson (1997a)]. Dieet- en voedingsinligting kan 'n rol speel in die stres hantering van die pasiënt omdat dit 'n positiewe effek kan hê op die voedingstatus van die pasiënt. 'n Pasiënt met 'n goeie voedingstatus kan die nuwe-effekte van die kanker en kankerbehandeling beter hanteer asook die stres wat daarmee gepaard gaan (die uitkoms van inligtingsoeke soos uit Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model). In 'n kanker konteks as stressituasie word die stressituasie vergelyk met vorige stressituasies (soos uit Lazarus (1992) se kognitiewe beoordelingsteorie). Indien die soeke na inligting 'n metode was van stresverligting, sal die metode weer toegepas word (vorige ervarings soos uit Johnson (1997a) se model). Medici is een van die dieet- en voedingsinligtingbronne [inligtingbronne en eienskappe van inligting soos uit Leckie, Pettigrew en Sylvain (1996) se model]. Pasiënte word ook deur medici verwys na addisionele dieet- en voedingsinligtingbronne. Die verskaffing van dieet- en voedingsinligting kan ook vrese en onsekerheid vermeerder en kan lei tot meer stres. Die stres wat veroorsaak word deur die dieet- en voedingsinligting wat verskaf is, is afhanklik van die unieke verwysingsraamwerk van elke pasiënt [soos emosie en kognisie uit Lazarus (1992) en Savolainen (2005) se modelle]. Aspekte wat vir die een pasiënt stres veroorsaak, veroorsaak nie noodwendig stres vir 'n ander pasiënt nie. Elke pasiënt het sy unieke omgewing (soos uit Savolainen (2005) se model). Pasiënte hanteer ook stres deur die benutting van sosiale bate van vriende asook mede-pasiënte wat 'n ondersteuningsnetwerk vorm (soos uit Savolainen 2005 se model).

Emosionele aspekte is ook geneem soos uit die kognitiewe beoordelingsteorie van Lazarus (1992) en Savolainen (2005) se model. Emosie word gekoppel aan dieet- en voedingsinligtingbehoefte. Onkoloë en geneeshere mag ongevoelig of met deernis voorkom met dieet- en voedingsinligtingsoordrag. Aggressie kan ontstaan by pasiënte met dieet- en voedingsinligting weerhouding.

8.3.4 Metodes wat gebruik kan word om data in te samel

Gerieflikheidsteekproeftrekking en sneeubaleffeksteekproeftrekking bly die eenvoudigste benaderings om in diepte data in te samel in 'n situasie waar respondente nie maklik genader kan word nie. Redes hiervoor is: respondente se tyd is beperk, pasiënte en gesinslede gesels nie maklik oor kanker nie, medici gee nie noodwendig verwysings na respondente nie, en nie almal wat genader word is bereid om 'n vraelys te voltooi nie, of deel te neem aan 'n onderhoud nie.

8.3.5 Voorgestelde aanpassings vir 'n inligtingsoekgedragmodel vir studies in stresvolle kanker kontekste

Hierdie ondersoek het bewys dat die geselekteerde inligtinggedragmodelle aangepas kan word vir studies in 'n kanker konteks. Soos bevestig in hoofstuk 7 bied verskeie modelle verskeie moontlikhede. Aanpassings wat aanbeveel word is as volg:

- Die inbring van die stres- en stres hanteringsfaktor in 'n inligtinggedrag- en inligtingsoekgedragmodel.
- Die erkenning van die nuwe-effekte van kanker en die behandeling daarvan op inligtingbehoefte.
- Die kognitiewe beoordeling wat 'n effek kan hê op die emosie van 'n rolspeler.
- Redes en kriteria waarom dieet- en voedingsinligting ingesamel word.
- Die kwessie van die verwysing na addisionele inligtingbronne deur medici en ander rolspelers.
- Netwerkvorming se effek op dieet- en voedingsinligtingsverskaffing.
- Die rede waarom 'n sekere tipe inligtingbron *benut* word; dus nie slegs die rede vir die soek van inligting nie.
- Probleme wat kanker pasiënte mag ervaar in hul keuse van dieet- en voedingsinligting, en dan die gebruik daarvan om hul dieet te beïnvloed.

8.4 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Beperkings van die studie sluit die volgende in:

- Dit is slegs 'n verkennende studie
- Die rol van die verpleegsuster is nie ingesluit in die studie nie.

- Die vind van respondente om deel te neem aan hierdie studie was moeilik – nie almal praat maklik oor die onderwerp van kanker nie. Alhoewel die aantal deelnemers nie verteenwoordigend is van die rolspelers nie, is dit in ooreenstemming met getalle wat ook in ander kwalitatiewe studies gebruik is.

8.5 MATE WAARTOE DIE STUDIEDOELWIT BEREIK IS

Die navorsingsprobleem en sub-probleme van hierdie studie is aangespreek, die kompleksiteit van inligtingbehoefte en -soekgedrag in 'n kanker konteks is uitgewys en in-diepte data-insameling is verkry deur die benutting van verskeie modelle in die insameling en ontleding van data. Alhoewel die bevindinge nie as verteenwoordigend van die rolspelergroepe voorgehou kan word nie, slaag dit wel in die doelwit van 'n verkennende studie waar sake wat in inligtingvoorsiening in gedagte gehou moet word, na vore gebring word.

8.6 AANBEVELINGS

Aanbevelings vir verdere studie is nodig om die navorsing van kanker, dieet en voeding en inligtingsoekgedrag, inligtingbehoefte en ook raadgewing verder te ontwikkel.. Teoretiese en praktiese aanbevelings word gemaak.

8.6.1 Teoretiese aanbevelings

Teoretiese aanbevelings neem die aspekte in ag soos waargeneem uit die beginsels wat vervat is in die inligtingsoekgedragmodelle. Dit sluit in:

- Ondersoeke na stres en emosie in teoretiese raamwerke (modelle) wat die navorsing toelig.
- Ondersoeke na sosiale bate, netwerkvorming en ondersteuning in 'n kanker konteks [sosiale bate soos uit Savolainen (2005) se model].
- Ondersoeke na dieet- en voedingsinligtingverspreiding wat in 'n noue verband behoort te staan tot finansiële en geletterdeidsaspekte [omstandighedsredes soos uit Savolainen (2005) se model].
- Dit is nodig dat daar verdere ondersoeke geloods moet word oor die invloed van geloof, spiritualiteit en positivisme tydens die hantering van kanker en die soeke na dieet- en voedingsinligting [byvoorbeeld met geloof soos uit Johnson (1997a) se model].

8.6.2 Praktiese aanbevelings

Praktiese aanbevelings is aanbevelings wat gemaak word om handeling vir toekomstige navorsing te vergemaklik en om handeling, dienste en ondersteuning in die praktyk toe te lig. Hierdie studie bied riglyne vir gesondheidsorg sowel as biblioteek- en inligtingsdienste.

Praktiese aanbevelings wat gemaak word is:

- Pasiënte en gesinslede kan meer aangemoedig word om by kanker-ondersteuningsorganisasies en -groepe aan te sluit wat fokus op dieet en voeding vir sosiale bate-doeleindes.
- Kankerondersteuningsgroepe kan beter bekendgestel word.
- Die inligtingsoekgedrag van die rolspelers kan ontwikkel word deur gesondheidsinligtinggeletterdheidskursusse aan te bied. Meer relevante inligting kan lei tot minder stres en angs.
- Inligtingsdienste kan bemark word wat relevante dieet- en voedingsinligting verskaf.
- Die nuwe tegnologie en disseminasie van inligting moet in aanmerking geneem word wanneer kankerondersteuningsgroepe gestig word soos byvoorbeeld met sosiale netwerke.
- Kankerondersteuningsgroepe moet fokus op die behoefte van die kankerpatiënt en gesin soos byvoorbeeld die fisiese bereikbare en toeganklike geografiese ligging van die kankerondersteuningsgroepe en hoe webwerwe en toepassings vir selfone benut kan word om sodanige geografiese hindernisse te oorkom.
- Verdere ondersoek is nodig oor die ondersteuning van die gesin en nie net met behandeling nie, maar ook wanneer sterfte mag intree [omstandighedsredes en netwerkvorming vir die benutting van sosiale bate soos uit Savolainen (2005) se model].

8.7 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Die volgende aanbevelings vir verdere navorsing word gemaak:

- Verdere diepte navorsing oor die inligtinggedrag van dieetkundiges en onkoloë in 'n kankerkonteks. (Dit is meer omvattend as inligtingbehoefte en inligtingsoekgedrag, en dieet en voeding.)

- Die verband tussen dieet- en voedingsberading en gewone sielkundige berading met inligtinggedrag as navorsingslens.
- Rol van die kerk in sosiale ondersteuning van pasiënte en gesinslede met betrekking tot die vervulling van kankerverwante inligtingbehoefte; algemene berading en ondersteuning kan hierby ingesluit word.
- Bewustheid van rolspelers met betrekking tot dieet- en voedingsinligting in hul omgewing; dit kan die fisiese of virtuele omgewing wees.

8.8 GEVOLGTREKKING

Al die genoemde inligtinggedrag- en inligtingsoekgedragmodelle in hierdie studie aangespreek is toepaslik wanneer inligtingbehoefte in 'n stresvolle situasie in 'n kankerkonteks ter sprake kom. Dit geld vir al die genoemde rolspelers in hierdie studie. Dieet en voeding is slegs een aspek in 'n kankerkonteks. Daar is baie ander aspekte wat kan baat by studies waar die modelle aangepas word om data-insameling en ontleding te rig.

BIBLIOGRAFIE

Abdallah, R., Xiong, Y., Lancaster, J.M. & Judson, P.L. (2015). Complementary and alternative medicine use in women with gynecologic malignancy presenting for care at a Comprehensive Cancer Center. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(9): 1724-1730.

Abrahamson, J.A. & Rubin, V.L. (2012). Discourse structure differences in lay and professional health communication. *Journal of Documentation*, 68(6): 826-851.

Adams, K.M., Lindell, K.C., Kohlmeier, M. & Zeisel, S.H. (2006). Status of nutrition education in medical schools. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83(4): 941S-944S.

Adler, N.E. & Page, A.E.K. (2008). *Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*. Washington: National Academic Press.

Akhu-Zaheya, L.M., Jagbir, M.T., Othman, A. & Ahram, M. (2014). Media use for seeking health/cancer-related information: findings from knowledge, attitudes and practices towards cancer prevention and care survey in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6): 608-615.

Albada, A., Vernooij, M., van Osch, L., Pijpe, A., Van Dulmen, S., *et al.* (2014). Does and should breast cancer genetic counselling include lifestyle advice?. *Familial Cancer*, 13(1): 35-44.

Alberts, A.S. (1993). *Knowledge beats cancer*. Cape Town: HAUM.

Albrecht, C. (2006). Overview of the South African cancer research environment as a basis for discussions concerning the activation of CARISA. South Africa: Cancer Research Initiative of South Africa. [Web:] <http://www.wellpro.co.za/downloads/Cancer-Research-Initiative-of-South-Africa.pdf> [Datum van gebruik: 25 Nov. 2015].

Allport, G.W. & Postman, L. (1947). *The psychology of rumor*. New York: Holt.

Al-Muammar, M.N. (2012). Predictors of physicians' practices related to nutritional counselling and management in Riyadh City. *Alexandria Journal of Medicine*, 48(1): 67-74.

Almyroudi, A., Degner, L.F., Paika, V., Pavlidis, N. & Hyphantis, T. (2011). Decision making preferences and information needs among Greek breast cancer patients, *Psycho-Oncology*, 20(8): 871-879.

Alonge, O.K. & Narendran, S. (2003). Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. *Oral Diseases*, 9(1): 41-45.

Al Qadire, M. (2014). Jordanian cancer patients' information needs and information-seeking behaviour: A descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1): 46-51.

Andersen, B.L., Karlsson, B.L., Anderson, B. & Tewfik, H.H. (1984). Anxiety and cancer treatment: response to stressful radiotherapy. *Health Psychology*, 3(6): 535-551.

Andreassen, S., Randers, I., Naslund, E., Stockeld, D. & Mattiasson, A.C. (2005). Family members' experiences, information needs and information seeking in relation to living with a patient with oesophageal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 14(5): 426-434.

Appleby-Tagoe, J.H., Foulkes, W.D. & Palma, L. (2012). Reading between the lines: a comparison of responders and non-responders to a family history questionnaire and implications for cancer genetic counselling. *Journal of Genetic Counseling*, 21(2): 273-291.

Arora, J.K., Hesse, B.W., Rimer, B.K., Viswanath, K., Clayman, M.L., *et al.* (2008). Frustrated and confused: the American public rates its cancer-related information seeking experiences. *Journal of General Internal Medicine*, 23(3): 223-228.

Arraras, J.I., Wright, S., Greimel, E., Holzner, B., Kuljanic-Vlasic, K., *et al.* (2004). Development of a questionnaire to evaluate the information needs of cancer patients: the EORIC questionnaire. *Patient Education and Counselling*, 54(2): 235-241.

Artandi, S. (1973). Information concepts and their utility. *Journal of the American Society for Information Science*, 24(4): 242-245.

Ashbury, F.D., Iverson, D.C. & Kralj, B. (2001). Physician Communication Skills: Results of a Survey of General/Family Practitioners in Newfoundland. *Medical Education Online: An Electronic Journal*, 6(1): 1-11.

Astin, F. & Long, A. (2014). Characteristics of qualitative research and its application. *British Journal of Cardiac Nursing*, 9(2): 93-98.

Atkin, C. (1972). Anticipated communication and mass media information-seeking. *Public Opinion Quarterly*, 36(2): 188-199.

Atkin, C. (1973). Instrumental utilities and information-seeking. In Clarke, P. *New models for mass communication research*. Beverly Hills: Sage: 205-242.

Atkin, C. (1985). Informational utility and selective exposure to entertainment media. In D. Zillmann, & J. Bryant (eds.). *Selective exposure to communication*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates: 63-91.

August, D.A. & Huhmann, M.B. (2009). A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(5): 472-500.

Babbie, E. (1992). *The practice of social research*. Belmont: Wadsworth Publishing.

Babbie, E. (2008). *The basics of social research*. Australia: Thompson.

Babbie, E. & Mouton J. (2004). *The practice of social research*. South African edition. Oxford: Oxford University Press.

Barlow, D.H. & Durand, V.M. (1999). *Abnormal psychology*. 2nd ed. Pacific Grove: Brooks-Cole Publishing Company.

Baron, R.A. & Byrne, D. (1997). *Social psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

Beekers, N., Husson, O., Mols, F., Van Eenbergen, M. & Van de Poll-Franse, L.V. (2015). Symptoms of anxiety and depression are associated with satisfaction with information provision and internet use among 3080 cancer survivors: results of the PROFiLES registry. *Cancer Nursing*, 38(5): 335-342.

- Beaudoin, C. & Hong, T. (2011). Health information seeking, diet and physical activity: an empirical assessment by medium and critical demographics. *International Journal of Medical Informatics*, 80(8) (special issue S1): 586-595.
- Beaver, R.P. (1989). *Godsdienste van die wêreld*. Kaapstad: Struik Uitgewers.
- Belkin, N.J. (1980). Anomalous states of knowledge as a basis for information retrieval. *The Canadian Journal of Information Science*, 5(2): 133-143.
- Bertero, C.M. (2000). Types and sources of social support for people affected with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 2(2): 93-101.
- Beshgetoor, D. & Wade, D. (2007). Use of actors as simulated patients in nutritional counselling. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 39(2): 101-102.
- Bezwoda, W.R., Colvin, H. & Lohoka, J. (1997). Transcultural and language problems in communicating with cancer patients in Southern Africa. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 809(1): 119-132.
- Bierman, S. (2007). *Cancer information on the internet*. New Delhi: CMP Medica.
- Bissonauth, V., Shatenstein, B. & Ghadirian, P. (2008). Nutrition and breast cancer among sporadic cases and gene mutation carriers: an overview. *Cancer Detection and Prevention*, 32(1): 52-64.
- Blanch-Hartigan, D., Blake, K.D. & Viswanath, K. (2014). Cancer survivors' use of numerous information sources for cancer-related information: does more matter? *Journal of Cancer Education*, 29(3): 488-496.
- Bo, M., Amprino, V., Dalmaso, P., Argentero, P.A. & Zotti, C.M. (2015). Written versus verbal information for patients' education on healthcare-associated infections: a cross-sectional study. *Journal of Hospital Infection*, 91(4): 358-361.
- Borgers, R., Mullen, P.D., Meertens, R., Rijken, M., Eussen, G., *et al.* (1993). The information-seeking behaviour of cancer outpatients: a description of the situation. *Patient Education and Counseling*, 22(1): 35-46.

Boring, C.C., Squiers, T.S., Tong, T. & Montgomery, S. (1994). Cancer statistics, 1994. *CA: Cancer Journal of Clinicians*, 44(1): 7-26.

Bos, A.M., Howard, B.V., Beresford, S.A., Urban, N., Tinker, L.E., *et al.* (2011). Cost-effectiveness analysis of a low-fat diet in the prevention of breast and ovarian cancer. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(1): 56-66.

Boulton, M., Adams, E., Horne, A., Durrant, L., Rose, P., *et al.* (2015). A qualitative study of cancer survivors' responses to information on the long-term and late effects of pelvic radiotherapy 1-11 years post treatment. *European Journal of Cancer Care*, 24(5): 734-747.

Bozzetti, F. (2013). Nutritional support of the oncology patient. *Critical Reviews in Oncology/hematology*, 87(2): 172-200.

Bradshaw, D., Nannan, N., Groenewald, P., Joubert, J., Nojilana B., *et al.* (2004). South African national burden of disease study 2000: estimates of provincial mortality. Cape Town: South African Medical Research Council. [Web:] <http://www.mrc.ac.za/bod/estimates.htm> [Datum van gebruik: 15 Des. 2015].

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.

Briceno, A.C., Gospodarowicz, M. & Jadad, A.R. (2008). Fighting cancer with the internet and social networking. *The Lancet Oncology*, 9(11): 1037-1038.

Brown, J., Byers, T., Thompson, K., Eldridge, B., Doyle, C., *et al.* (2001). Nutrition during and after cancer treatment. *CA: A Cancer Journal of Clinicians*, 51(3): 153-187.

Brown, J.C. & Schmitz, K.H. (2015). Weight lifting and appendicular skeletal muscle mass among breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 151(2): 385-392.

Brown, K., Byers, T., Doyle, C., Coumeya, K.S., Demark-Wahnefried, W., *et al.* (2003). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: An American Cancer Society guide for informed choices. *CA: A Cancer Journal of Clinicians*, 53(5): 268-291.

Brown, T., Ross, L., Jones, L., Hughes, B. & Banks, M. (2014). Nutrition outcomes following implementation of validated swallowing and nutrition guidelines for patients with head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(9): 2381-2391.

Bruera, E. & MacDonald, N. (1988). Nutrition in cancer patients: an update and review of our experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 3(3): 133-140.

Bryman, A. (2001). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.

Bu, K., Kim, D. & Son, J. (2013). Is the culture-emotion fit always important? Self-regulatory emotions in ethnic food consumption. *Journal of Business Research*, 66(8): 983-988.

Buckland, G., Agudo, A., Travier, N., Huerta, J.M., Cirera, L., *et al.* (2011). Adherence to Mediterranean diet reduces mortality in Spanish cohort of the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC-Spain). *British Journal of Nutrition*, 106(10): 1581-1591.

Burton, M., Collins, K.A., Brain, K., Wyld, L. & Brain, K. (2015). The information and decision support needs of older women (>75 years) facing treatment choices for breast cancer: a qualitative study. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(3): 239-251.

Byers, T., Nestle, M., McTierman, A., Doyle, C., Currie-Williams, A., *et al.* (2002). American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk for cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(2): 92-119.

Byström, K. (1997). Municipal administrators at work: information needs and seeking in relation to task complexity: case study amongst municipal officials. *Proceedings of an International Conference on Research in Information Needs, Seeking and Use in Different Contexts*: London: Graham Taylor Publishing: 125-146.

Byström, K. & Järvelin, K. (1995). Task complexity affects information seeking and use. *Information Processing and Management*, 31(2): 191-213.

Canetti, L., Bachar, E. & Berry, E.M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2): 157-164.

- CANSA-inligtingsdiens (Lysstraat, Rietondale). (s.a.). Inligtingsplamflette. Pretoria: CANSA. [Web:] <http://www.cansa.org.za> [Datum van gebruik : 15 Sept. 2015].
- CANSA. (2015). CANSA research grant applications for 2015 funding. [Web:] <http://www.cansa.org.za/files/2012/10/Successful-Research-Grant-Applications-for-2015-funding.pdf> [Datum van gebruik: 26 Nov. 2015].
- CANSA. (s.a.). Pamflet: *Tipuana Tussentuiste: die buitestedelike kankerpatiënt se tweede tuiste*. Pretoria: CANSA. [Web:] <http://www.cansa.org.za> [Datum van gebruik: 15 Sept. 2015]: 1-3.
- Cappellani, A., Cavallaro, A., Di Vita, M., Zanghi, A., Piccolo, G., *et al.* (2012). Diet and pancreatic cancer: many questions with few certainties. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 16(2): 192-206.
- Caro, M.M.M., Laviano, A. & Pichard, C. (2007). Impact of nutrition on quality of life during cancer. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 10(4): 480-487.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Frías, I.M., & Lozano, J.M. (2008). Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(02): 522-530.
- Carranza, E.T., Cossío, P.I., Guisado, J.M.H., Aumente, E.H. & Pérez, J.L.G. (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 13(11): E735-E741.
- Case, D.O. (2007). *Looking for information: a survey of research on information seeking, needs and behaviour*. 2nd edition. Amsterdam: Academic Press.
- Case, D.O. (2012). *Looking for information: a survey on research on information seeking and behavior*. 3rd edition. Bingley: Emerald Group Publishing.
- Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D. & Allard, S.L. (2005). Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*, 93(3): 353-362.
- Catsburg, C., Miller, A.B. & Rohan, T.E. (2014). Adherence to cancer prevention guidelines and risk of breast cancer. *International Journal of Cancer*, 135(10): 2444-2452.

- Chae, J. (2015). A three-factor cancer-related mental condition model and its relationship with cancer information use, cancer information avoidance, and screening intention. *Journal of Health Communication*, 20(10): 1133-1142.
- Chan, A.T., Ma, J., Tranah, G.J., Giovannucci, E.L., Rifai, N., *et al.* (2005). Hemochromatosis gene mutations, body iron stores, dietary iron, and risk of colorectal adenoma in women. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(12): 917-926.
- Chapman, A.L., Hadfield, M., & Chapman, C.J. (2015). Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45(3): 201-205.
- Charlton, K.E., Steyn, K., Levitt, N.S., Peer, N., Jonathan, D., *et al.* (2008). A food-based dietary strategy lowers blood pressure in a low socio-economic setting: a randomised study in South Africa. *Public Health Nutrition*, 11(12): 1397-1406.
- Charma, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: Sage.
- Chasen, M. & Ashbury, F. (2010). Editorial - nutrition as supportive care in the cancer experience. *Support Care Cancer*, 18 (Supplement 2): S11-S12.
- Chatman, M.C. & Green, R.D. (2011). Addressing the unique psychosocial barriers to breast cancer treatment experienced by African-American women through integrative navigation. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 22(2): 20-28.
- Cheng, K.C., Li, Y.X. & Cheng, J.T. (2012). The use of herbal medicine in cancer-related anorexia/cachexia treatment around the world. *Current Pharmaceutical Design*, 18(31): 4819-4826.
- Choi, S.K., Wie, G.A., Lee, S.M., Kim, E.M., Park, E.M., *et al.* (2015). Development of job standards of clinical dietitian for the clinical nutrition therapy to cancer patients in hospitals. *Journal of Korean Dietetic Association*, 21(2): 91-109.
- Choong, N. & Vokes, E. (2008). Expanding role of the medical oncologist in the management of head and neck cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(1): 32-53.

- Cline, R.J.W. & Haynes, K.M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16(6): 671-692.
- Cole, E. (2015). Cancer survivors inspire self-care plan: An aftercare initiative has transformed patients' lives, as Elaine Cole reports. *Nursing Standard*, 30(4): 19-21.
- Collins, G.R. (2007). *Die A tot Z van berading: bybelse perspektiewe op probleemoplossing*. Kaapstad: Struik Christelike Boeke.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research. 3rd ed.* London: Sage.
- Courtright, C. (2007). Context in information behaviour research. *Annual Review of Information Science and Technology*, 41(1): 273-306.
- Coveney, J. (2004). A qualitative study exploring socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition*, 8(3): 290-297.
- Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge, C. & Fallowfield, L., *et al.* (2006). Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(4): 263-272.
- Cresswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Crocker, T., Besterman-Dahan, K., Himmelgreen, D., Castañeda, H., Gwede, C.K., *et al.* (2014). Use of semi-structured interviews to explore competing demands in a prostate cancer prevention intervention clinical trial (PCPICT). *The Qualitative Report*, 19(48): 1-16.
- Cronje, G.J., DuToit, G.S. & Motlatla, M.D.C. (2004). *Inleiding tot die bestuurswese*. Oxford: Oxford University Press.
- Cross, D. & Burmester, J.K. (2006). Gene therapy for cancer treatment: past present and future. *Clinical Medicine and Research*, 4(3): 218-227.

Czene, K., Lichtenstein, P. & Hemminki, K. (2002). Environmental and heritable causes of cancer among 9.6 million individuals in the Swedish family-cancer database.

International Journal of Cancer, 99(2): 260-266.

David, D. & Sutton, D. (2004). *Social research: the basics*. London: Sage Publications.

Deane, K.A. & Degner, L.F. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nursing*, 21(2): 117-126.

De Bock, G.H., Bonnema, J., Zwaan, R.E., Van de Velde, C.J., Kievit, J., *et al.* (2004). Patients' needs and preferences in routine follow-up after treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 90(6): 1144-1150.

Decker, C., Phillips, C.R. & Haase, J.E. (2004). Information needs of adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(6): 327-334.

D'Elia, L., Galletti, F. & Strazzullo, P. (2014). Dietary salt intake and risk of gastric cancer. In: *Advances in Nutrition and Cancer*. Berlin Heidelberg: Springer: 83-95.

D'Souza, V., Blouin, E., Zeitouni, A., Muller, K. & Allison, P.J. (2013). Do multimedia based information services increase knowledge and satisfaction in head and neck cancer patients?. *Oral Oncology*, 49(9): 943-949.

De Leeuw, J., Prins, J.B., Uitterhoeve, R., Merkx, M.A., Marres, H.A., *et al.* (2014). Nurse-patient communication in follow-up consultations after head and neck cancer treatment. *Cancer Nursing*, 37(2): E1-E9.

Delport, C.S.L. (2005). Chapter 12: Quantitative data-collection methods: In: De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (eds.). *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik: 166-167, 179, 181.

Delport, C.S.L. & Fouche, C.B. (2005). Chapter 24: The qualitative research report. In: De Vos A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (eds.). *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik: 350-354.

Deng, G.E., Rausch, S.M., Jones, L.W., Gulati, A., Kumar, N.B., *et al.* (2013). Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 143 (5 Supplement): e420S-e436S.

Denzin, N.K. (1978). *The research act*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.

Derman, E.W., Patel, D.N., Nossel, C.J. & Schwellnus, M.P. (2008). Healthy lifestyle interventions in general practice: part 1: an introduction to lifestyle and diseases of lifestyle. *South African Family Practice*, 50(4): 6-11.

DeRosa, A. (2013). Survey of the information-seeking behaviour of hospital professionals at a public cancer hospital in Greece proves the value of hospital libraries. *Evidence Based Library and Information Practice*, 8(2): 251-253.

Dervin, B. (2005a). What methodology does to theory: sense-making methodology as exemplar. In Fisher, K.E., Erdelez, S. & McKechnie, E.F. (eds.) *Theories of information behaviour*. Medford: Information Today: 25-30.

Dervin, B. (2005b). Libraries reaching out with health information to vulnerable populations: guidance from research on information seeking and use. *Journal of the Medical Library Association*, 93(4) (Supplement): S74-S80.

Dervin, B. & Nilan, M. (1986). Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 21: 3-33.

Desroches, S., Lapointe, A., Deschênes, S.M., Bissonnette-Maheux, V., Gravel, K., *et al.* (2015). Dietitians' perspectives on interventions to enhance adherence to dietary advice for chronic diseases in adults. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76(3): 1-6.

De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (2005). Chapter 25: Combined quantitative and qualitative approach In: De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (eds.). *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik: 357-366.

De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (2005). *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik.

Dickerson, J.W.T. (1981). Nutrition and the patient with cancer. *Proceedings of the Nutrition Society*, 40(1): 31-35.

Dickerson, J.W.T. (1984). Nutrition and the cancer patient: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 77(4): 309-315.

Dickerson, S.S., Reinhart, A., Boehmke, M. & Akhu-Zaheya, L. (2011). Cancer as a problem to be solved: internet use and provider communication by men with cancer. *Computer, Informatics, Nursing: CIN*, 29(7): 388-395.

Dix, D. (2014). Nutritional manipulation as mind-body therapy for cancer. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(4): 327-327.

Donohoe, C.L., Ryan, A.M. & Reynolds, J.V. (2011). Cancer cachexia: mechanisms and clinical applications. *Gastroenterology Research and Practice*. [Web:] <http://www.hindawi.com/journals/grp/2011/601434/> [Datum van gebruik : 15 Sept. 2015].

Donovan-Kicken, E. & Caughlin, J.P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16(4): 596-606.

Drake, I., Gullberg, B., Ericson, U., Sonestedt, E., Nilsson, J., *et al.* (2011). Development of a diet quality index assessing adherence to the Swedish nutrition recommendations and dietary guidelines in the Malmo diet and cancer cohort. *Public Health Nutrition*, 14(5): 835-845.

Drescher, L.S., Thiele, S. & Mensink, G.B.M. (2007). New index to measure healthy food: diversity better reflects a healthy diet than traditional measures. *Journal of Nutrition*, 137(3): 647-651.

Dugdale, D.C., Epstein, R. & Pantilat, S.Z. (1999). Time and the patient physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 14 (Supplement 1): S34-S40.

Durant, R.W., Wenzel, J.A., Scarinci, I.C., Paterniti, D.A., Fouad, M.N., *et al.* (2014). Perspectives on barriers and facilitators to minority recruitment for clinical trials among cancer leaders, investigators, research staff, and referring clinicians: enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT). *Cancer*, 120 (Supplement 7): 1097-1105.

Dyer, D. (2005). *A dietitian's cancer story: information and inspiration for recovery and healing*. Ann Arbor: Swan Press.

- Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setiyarini, S., Kristanti, M.S., Tejawinata, S., *et al.* (2015). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, 24(5): 585-591.
- Ekberg, K., McDermott, J., Moynihan, C., Brindle, L., Little, P., *et al.* (2014). The role of helplines in cancer care: intertwining emotional support with information or advice-seeking needs. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(3): 359-381.
- Ekedahl, M. & Wengstrom, Y. (2008). Coping processes in a multidisciplinary healthcare team: a comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. *European Journal of Cancer Care*, 17(1): 42-48.
- Ellis, D. (1989). A behavioural approach to information retrieval design. *Journal of Documentation*, 45(3): 171-212.
- Eiriksson, L., Aronson, M., Clarke, B., Mojtahedi, G., Massey, C., *et al.* (2015). Performance characteristics of a brief Family History Questionnaire to screen for Lynch syndrome in women with newly diagnosed endometrial cancer. *Gynecologic Oncology*, 136(2): 311-316.
- Feeley, T.W., Sledge, G.W., Levit, L. & Ganz, P.A. (2014). Improving the quality of cancer care in America through health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(5): 772-775.
- Feeley-Harnik, G. (1995). Religion and food: an anthropological perspective. *Journal of the American Academy of Religion*, 63(3): 565-582.
- Fidel, R. (2011). *Methodological methods*. In: Ruthven, I. & Kelly, D. (eds.) *Interactive information seeking, behaviour and retrieval*. London: Facet Publishing: 1-14.
- Fidel, R. (2012). *Human information interaction: an ecological approach to information behavior*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Filomeno, M., Bosetti, C., Garavello, W., Levi, F., Galeone, C., *et al.* (2014). The role of a Mediterranean diet on the risk of oral and pharyngeal cancer. *British Journal of Cancer*, 111(5): 981-986.

- Fisch, M.J. & Bruera, E. (2003). *Handbook of advanced cancer care*. New York: Cambridge University Press.
- Fisher, K., Erdelez, S. & McKechnie, L. (2005). *Theories of information behavior*. Medford, NJ: Information Today.
- Fisher, K.E. & Julien, H. (2009). Information behavior. *Annual Review of Information Science and Technology*, 43(1): 1-73.
- Fleig, L., Kerschreiter, R., Schwarzer, R., Pomp, S. & Lippke, S. (2014). 'Sticking to a healthy diet is easier for me when I exercise regularly': Cognitive transfer between physical exercise and healthy nutrition. *Psychology & Health*, 29(12): 1361-1372.
- Fouche, C.B. (2005). Chapter 18: Qualitative research design. In: De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (eds.). *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik: 267-273.
- Fouche, C.B. & De Vos, A.S. (2005). Chapter 10: Quantitative research designs. In: De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (eds.) *Research at grass roots*. Pretoria: Van Schaik: 132-143.
- Fourie, I. (2008). Information needs and information behaviour of patients and family members in a cancer palliative care setting: an exploratory study of an existential context from different perspectives. *Information Research*, 13(4): paper 360 [Web:] <http://InformationR.net/ir/13-4/paper360> [Datum van gebruik: 15 Sept. 2015]
- Fourie, I. (2009). Learning from research on the information behavior of healthcare professionals: a review of the literature 2004-2008 with a focus on emotion. *Health Information and Libraries Journal*, 26(3): 171-186.
- Fourie, I. (2012). Understanding information behaviour in palliative care: arguing for exploring diverse and multiple overlapping contexts. *Information Research*, 17(4) paper 540. [Web:] <http://InformationR.net/ir/17-4/paper540.html> [Datum van gebruik: 15 Sept. 2015]
- Fourie, I. & Meyer, H.W.J. (2014). Conceptualisation of nurses as information intermediaries for patients in palliative care. *African Journal of Library, Archives and Information Science*, 24(1):91-105.

- Frankfort-Nachmias, D. & Nachmias, D. (1997). *Research methods in the social sciences*. London: Arnold.
- Friedland, P.L., Bozic, B., Dewar, J., Kuan, R., Meyer, C., *et al.* (2011). Impact of multidisciplinary team management in head and neck patients. *British Journal of Cancer*, 104(8): 1246-1248.
- Fu, Q., Zhang, K.K. & Xie, L. (2014). A meta-analysis of case-control studies of high-fat diet and colorectal cancer. *American Journal Digestive Diseases*, 1(2): 127-135.
- Gajendra, S., Cruz, G.D. & Kumar, J.V. (2006). Oral cancer prevention and early detection: knowledge practices and opinions of oral health care providers in New York State. *Journal of Cancer Education*, 21(3): 157-162.
- Garbee, D.D. & Gentry, J.A. (2001). Coping with stress of surgery. *AORN Journal*, 73(5): 949-951.
- Garbers, J.G. (1996). *Doeltreffende geesteswetenskaplike navorsing*. Pretoria: Van Schaik.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Garland, S.N., Tamagawa, R., Todd, S.C., Speca, M. & Carlson, L.E. (2013). Increased mindfulness is related to improved stress and mood following participation in a mindfulness-based stress reduction program in individuals with cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 12(1): 31-40.
- Garner, W.R. (1962). *Uncertainty and structure as psychological concepts*. New York: John Wiley.
- Garssen, B. (2007). Repression: finding our way in the maze of concepts. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(6): 471-481.
- Gaudet, M.M., Carter, B.D., Patel, A.V., Teras, L.R., Jacobs, E.J., *et al.* (2014). Waist circumference, body mass index, and postmenopausal breast cancer incidence in the cancer prevention study - II nutrition cohort. *Cancer Causes & Control*, 25(6): 737-745.

Gaugler, J.E., Given, W.C., Linder, J., Kataria, R., Tucker, G., *et al.* (2008). Work, gender, and stress in family cancer caregiving. *Support Care Cancer*, 16(4): 347-357.

George, S.M. & Smith, A.W. (2012). Commentary: understanding risk behaviour among adolescent cancer survivors - are they more like healthy adolescents or is cancer a teachable moment? A commentary on Klosky and colleagues' article on health behaviors in survivors of childhood cancer and their siblings. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(6): 647-649.

Gianinazzi, M.E., Essig, S., Rueegg, C.S., Von der Weid, N.X., Brazzola, P., *et al.* (2014). Information provision and information needs in adult survivors of childhood cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(2): 312-318.

Giddens, A. (2004). *Sociology*. 4th ed. Cambridge: Polity Press.

Giskes, K., Turrell, G., Van Lenthe, F.J., Brug, J. & Mackenbach, J.P. (2006). A multilevel study of socio-economic inequalities in food choice behaviour and dietary intake among the Dutch population: the GLOBE study. *Public Health Nutrition*, 9(1): 75-83.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Glovsky, E.R. & Rose, G. (2007). Motivational interviewing: a unique approach to behaviour change counselling. *Today's Dietitian*, 9(5): 50. [Web:] <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/tdmay2007pg50.shtml> [Datum van gebruik: 15 Sept. 2015].

Golan, J.G. & Day, A.G. (2008). The first-person effect and its behavioural consequences: new trend in the twenty-five year history of third person research. *Mass Communication and Society*, 11(4): 539-556.

Gonzalez, S.J. & Davis, C. (2012). Understanding the unique experiences of undocumented, Hispanic women who are living in poverty and coping with breast cancer. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 10(1): 116-123.

Gonzalez, A. & Riboli, E. (2010). Diet and cancer prevention: contributions from the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC) study. *European Journal of Cancer*, 46(14): 2555-2562.

Granger, C., Pilkington, K., Draper, A. & Polley, M. (2014). Working with people affected by cancer- Phase 1 of a mixed methods exploration of practitioner perspectives in nutritional therapy. *European Journal of Integrative Medicine*, 5(6): 613-614.

Grant, F. (2002). Chapter 11: Choosing and using software for statistics: In: Greenfield, T. (ed.). *Research methods for postgraduates*. London: Arnold: 86-93.

Greeff, M. (2005). Chapter 20: Information collection: interviewing. Quantitative research designs. In: De Vos, A.S., Strydom, H., Schulze, S. & Patel, L. (eds.) *Research at grass roots*. Pretoria: Van Schaik: 286-313.

Greenfield, T. (2002). *Research methods for postgraduates*. London: Arnold.

Greer, J.A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E.S., *et al.* (2012). A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The Oncologist*, 17(10): 1337-1345.

Gross, M.K. (2010). *Sense-making theory and practice: a metatheoretical foundation and application for health information seeking*. Illinois: University of Illinois.

Guidry, J.J., Greisinger, A. & Aday, L.A. (1996). Barriers to cancer treatment: a review of published research. *Oncology Nursing Forum*, 23(9): 1393-1398.

Gupta, A.A., Edelstein, K., Margaret, P. & Albert-Green, A. (2013). Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet and exercise. *Supportive Care in Cancer*, 21(9): 2477-2484.

Guren, M.G., Tobiassen, L.B., Trygg, K.U., Drevon, C.A. & Dueland, S. (2006). Dietary intake and nutritional indicators are transiently compromised during radiotherapy for rectal cancer. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60(1): 113-119.

Haenen, M. Schmidt, A.J.M. & Schoenmakers, M. (1998). Quantitative and qualitative aspects of cancer knowledge: comparing hypochondriacal subjects and health controls. *Psychology and Health*, 13(6): 1005-1014.

Halder, S., Roy, A. & Chakraborty, P.K. (2010). The influence of personality traits on information seeking behaviour of students. *Malaysian Journal of Library and Information Science*, 15(1): 41-53.

Hall, A.J. & Smith P.G. (1999). Prevention of hepatocellular cancer: one of the most cost-effective ways to reduce adult mortality. *British Journal of Cancer*, 81(7): 1097-1098.

Hanson, A.D. & Gregory, J.F. (2011). Folate biosynthesis, turnover and transport in plants. *Annual Review of Plant Biology*, 62: 105-125.

Hansen, P. & Järvelin, K. (2005). Collaborative information retrieval in an information-intensive domain. *Information Processing and Management*, 41(5): 1101-1119.

Harding, R., Beesley, H., Holcombe, C., Fisher, J. & Salmon, P. (2015). Are patient-nurse relationships in breast cancer linked to adult attachment style?. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10): 2305-2314.

Hébert, J.R., Hurley, T.G., Harmon, B.E., Heiney, S., Hébert, C.J., *et al.* (2012). A diet, physical activity, and stress reduction intervention in men with rising prostate-specific antigen after treatment for prostate cancer. *Cancer Epidemiology*, 36(2): e128-e136.

Hedgedus, S. & Pelham, M. (1975). Dietetics in a cancer hospital. *Perspectives in Practice*, 67(3): 235-239.

Hepworth, M. (2007). Knowledge of information behaviour and its relevance to the design of people-centred information products and services. *Journal of Documentation*, 63(1): 33-56.

Highet, G. (2003). Cannabis and smoking research: interviewing young people in self-selected friendship pairs. *Health Education and Research: Theory and Practice*, 18(1): 108-118.

Hong, S. (2013). The effects of cancer-related information search from media as communication cues on health behavior. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(1): 76-86.

Hoogerwerf, M.A., Ninaber, M.K., Willems, L.N.A. & Kaptein, A.A. (2012). "Feelings are facts": Illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory Medicine*, 106(8): 1170-1176.

Hopkinson, J.B., Brown, J.C., Okamoto, I. & Addington-Hall, J.M. (2011). The effectiveness of patient-family carer (couple) intervention for the management of symptoms and other health-related problems in people affected by cancer: a systematic literature search and narrative review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1): 111-142.

Hopkinson, J.B. & Richardson, A. (2015). A mixed-methods qualitative research study to develop a complex intervention for weight loss and anorexia in advanced cancer: the family approach to weight and eating. *Palliative Medicine*, 29(2): 164-176.

Horgan, O., Holcombe, C. & Salmon, P. (2011). Experiencing positive change after diagnosis of breast cancer: a grounded theory analysis. *Psycho-Oncology*, 20(10): 1116-1125.

Hovick, S.R., Kahlor, L. & Liang, M.C. (2014). Personal cancer knowledge and information seeking through PRISM: The planned risk information seeking model. *Journal of Health Communication*, 19(4): 511-527.

Hughs, M. (2002). Chapter 26: Interviewing: In: Greenfield, T. (ed.). *Research methods for postgraduates*. London: Arnold: 209-217.

Hussain, D.A.S., Ahmed, S., Hoque, M., Rabbi, S.M.R., Masood, S., *et al.* (2013). Biochemical factors associated with breast cancer in Bangladeshi women. *Journal of Medical Biochemistry*, 6(2): 58-62.

Hutton, J.L., Martin, L., Field, C.J., Wismer, W.V., Bruera, E.D., *et al.* (2006). Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(5): 1163-1170.

Ibrahim, A.M. (2012). Thematic analysis: a critical review of its process and evaluation. *West East Journal of Social Sciences*, 1(1): 39-47.

Ingwersen, P. & Järvelin, K. (2005). *The turn: integration of information seeking and retrieval in context*. Dordrecht: Springer.

Insel, P., Turner, R.E. & Ross, D. (2006). *Discovering nutrition*. Boston: Jones Bartlet Publishers.

Ireton-Jones, C.S., Garritson, B. & Kitchens, L. (1995). Nutrition intervention in cancer patients: does the registered dietitian make a difference. *Topics in Clinical Nutrition*, 10(4): 42-48.

Jacobs, C., Ibrahim, M.F., Clemons, M., Hutton, B., Simos, D., *et al.* (2015). Treatment choices for patients with invasive lobular breast cancer: a doctor survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(4): 740-748.

James-Martin, G., Koczwara, B., Smith, E.L. & Miller, M.D. (2014). Information needs of cancer patients and survivors regarding diet, exercise and weight management: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 23(3): 340-348.

Janz, N.K., Mujahid, M.S., Hawley, S.T., Griggs, J.J., Hamilton, A.S., *et al.* (2008). Racial/ethnic differences in adequacy of information and support for women with breast cancer. *Cancer*, 113(5): 1058-1067.

Jemal, A., Bray, F., Center, M.M., Ferlay, J., Ward, E., *et al.* (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal of Clinicians*, 61(2): 69-90.

Jeon, B.H., Choi, M., Lee, J. & Noh, S.H. (2016). Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. *Nursing & Health Sciences*, 18(1): 23-29.

Jeong, K., Heo, J. & Tae, Y. (2014). Relationships among distress, family support, and health promotion behavior in breast cancer survivors. *Asian Oncology Nursing*, 14(3): 146-154.

Jimbo, M., Nease, D.E., Ruffin, M.T. & Rana, G.K. (2006). Information technology and cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(1): 26-35.

Johnson, J.D. (1997a). *Cancer-related information seeking*. Cresskill, NJ: Hampton Press.

Johnson, J.D. (1997b). Factors distinguishing regular readers of breast cancer information in magazines. *Women and Health*, 26(1): 7-27.

- Johnson, J.D. (1997c). A framework for interaction (FINT) scale: extensions and refinement in an industrial setting. *Communication Studies*, 48(2): 127-141.
- Johnson, J.D. (2003). On contexts of information seeking. *Information Processing and Management*, 39(5): 735-760.
- Johnson, J.D., Andrews, I.E. & Allard, S. (2001). A model for understanding and affecting cancer genetics information seeking. *Library and Information Science Research*, 23(4): 335-349.
- Johnson, J.D. & Case, D.O. (2012). *Health information seeking*. New York: Peter Lang.
- Johnson, J.D. (2014). Health-related information seeking: Is it worth it?. *Information Processing and Management*, 50(5): 708-717.
- Johnson, L.W. & Telljohann, S.K. (1995). Perceptions and practices of family physicians regarding diet and cancer. *American Journal of Preventive Medicine*, 11(3): 197-204.
- Johnson, R.B. & Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7): 14-26.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. & Turner, L.A. (2007). Toward a method of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2): 112-133.
- Jones, R.B., Pearson, J., Cawsey, A.J., Bental, D., Barrett, A., et al. (2006). Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial. *British Medical Journal*, 332(7547): 942-946.
- Jordaan, W.J. & Jordaan, J.J. (1990). *Mens in konteks*. Johannesburg: Lexicon Uitgewers.
- Jordaan, W.J. & Jordaan, J.J. (1984). *Mens in konteks*. Johannesburg: McGraw-Hill.
- Kamachi, K., Ozawa, S., Hayashi, T., Kazuno, A., Ito, E. & Makuuchi, H. (2016). Impact of body mass index on postoperative complications and long-term survival patients with esophageal squamous cell cancer. *Diseases of the esophagus*, 29(3): 229-235.

Kaminska, M., Kubiowski, T., Ciszewski, T., Czamocki, K.J. & Makara-Studzinska, M. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(1): 185-189.

Kasili, E.G. (1983). Coping with cancer in sub-Saharan Africa. *World Health Forum*, 4(2): 149-156.

Katzke, V.A., Kaaks, R. & Kühn, T. (2015). Lifestyle and cancer risk. *The Cancer Journal*, 21(2): 104-110.

Keegan, T.H., Lichtensztajn, D.Y., Kato, I., Kent, E.E., Wu, X.C., *et al.* (2012). Unmet adolescent and young adult cancer survivors information and service needs: a population-based cancer registry study. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(3): 239-250.

Kell, D.B. & Oliver, S.G. (2003). Here is the evidence, now what is the hypothesis? The complementary roles of inductive and hypothesis-driven science in the post-genomic era. *BioEssays*, 26(1): 99-105.

Kelly, G. (1963). *A theory of personality: the psychology of personal constructs*. New York: Norton.

Kenfield, S.A., DuPre, N., Richman, E.L., Stampfer, M.J., Chan, J.M., *et al.* (2014). Mediterranean diet and prostate cancer risk and mortality in the health professionals follow up study. *European Urology*, 65(5): 887-894.

Key, T.J., Schatzkin, A., Willett, W.C., Allen, N.E., Spencer, E.A., *et al.* (2004). Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutrition*, 71(1A): 187-200.

Khanna, N., Sharma, R.S. & Sidhu, R.S. (2011). A study of the basic and derived anthropometric indices among the healthy adults (20-30 years of age) of Amritsar city (Punjab) having family history of hypertension. *International Journal of Biological and Medical Research*, 2(3): 743-746.

Khanna, R., Kumar, A. & Khanna, R. (2014). Diet-nutrition and cancer prevention. *International Journal of Dental and Medical Specialty*, 1(2): 33-37.

Kidane, B., Toyooka, S. & Yasufuku, K. (2015). MDT lung cancer care: Input from the surgical oncologist. *Respirology*, 20(7): 1023-1033.

Kim, H.J., Malone, P.S. & Barsevick, A.M. (2014). Subgroups of cancer patients with unique pain and fatigue experiences during chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom management*, 48(4): 558-568.

Kim, S. & Gilbertson, J. (2007). Information of cancer center researchers focusing on human biological samples and associated data. *Information Processing and Management*, 43(5): 1383-1401.

Kim, Y., Duberstein, P.R., Sorensen, S. & Larson, M.R. (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support and care giving burden. *Psychosomatics*, 46(2): 123-130.

King, N., Balneaves, L.G., Levin, G.T., Nguyen, T., Nation, J.G., *et al.* (2015). Surveys of cancer patients and cancer health care providers regarding complementary therapy use, communication, and information needs. *Integrative Cancer Therapies*, 14(6): 515-524.

Kinney, C.K., Rodgers, D.M., Nash, K.A. & Bray, C.O. (2003). Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body and spirit self-empowerment program. *Journal of Holistic Nursing*, 21(3): 260-279.

Kiss, N.K., Krishnasamy, M., Loeliger, J., Granados, A., Dutu, G., *et al.* (2012). A dietitian-led clinic for patients receiving (chemo)radiotherapy for head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(9): 2211-2120.

Kline, K.N. (2007). Cultural sensitivity and health promotion: assessing breast cancer education pamphlets designed for African American women. *Health Communication*, 21(1): 85-96.

Klipinina, N.V., Khain, A.E. & Kudryavitskiy, A.R. (2014). Doctor-family-patient communication in pediatric oncology/hematology: diagnosis and treatment disclosure. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014(1): 127-155.

Knowles, R.G.N.; Tierney, A., Jodrell, D. & Cull, A. (1999). The perceived information needs of patients receiving adjuvant chemotherapy for surgically resected colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(4): 208-220.

Krikelas, J. (1983). Information-seeking behaviour: patterns and concepts. *Drexel Library Quarterly*, 19(2): 5-20.

Kubrak, C., Olson, K., Jha, N., Jensen, L., McCargar, L., *et al.* (2010). Nutrition impact symptoms: key determinants of reduced dietary intake, weight loss and reduced functional capacity of patients with head and neck cancer before treatment. *Head and Neck*, 32(3): 290-300.

Kuhlthau, C.C. (1991). Inside the search process: information seeking from the user's perspective. *Journal of the American Society for Information Science*, 42(5): 361-371.

Kuhlthau, C.C. (1993a). *Seeking meaning : a process approach to library and information services*. Norwood: Ablex.

Kuhlthau, C.C. (1993b). A principle of uncertainty for information seeking. *Journal of Documentation*, 49(4): 339-355.

Kurbanoglu, S.S. (2003). Self-efficacy: a concept closely linked to information literacy and lifelong learning. *Journal of Documentation*, 59(6): 635-646.

Kushi, L.H., Doyle, C., McCullough, M., Rock, C.L., Demark-Wahnefried, W., *et al.* (2006). American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(5): 254-281.

Ladas, E.J. (2014). Nutritional Counseling in survivors of childhood cancer: an essential component of survivorship care. *Children*, 1(2): 107-118.

Lagua, R.T. & Claudio V.S. (2004). *Nutrition and diet therapy reference dictionary*. 5th ed. Danvers: Blackwell Publishing.

Landman, W.A. (1988). *Navorsingsmetologiese grondbegrippe*. Pretoria: Serva-Uitgewers.

Lazarus, R.S., Averill, J.R. & Opton, E.M. (1970). *Toward a cognitive feeling of emotions*. In: Arnold, M.B. *Feelings and emotions*. New York: Academic Press: 207-232.

- Lazarus, R.S. (1992). Coping with the stress of illness. *WHO Regional Publications. European series*, 44(1): 11-31.
- Leckie, G.J., Given, L.M. & Santa Barbara, J.E.B. (2011). Critical theory for Library and Information Science: exploring the social from across the disciplines. *Library & Information Science Research*, 33(4): 336-338.
- Leckie, G.J. & Given, L.M. (2005). Understanding information-seeking: the public library context. *Advances in Librarianship*, 29: 1-72.
- Leckie, G.J., Pettigrew, K.E. & Sylvain, C. (1996). Modelling the information seeking of professionals: a general model derived from research on engineers, health care professionals and lawyers. *Library Quarterly*, 66(2): 161-193.
- Lee, I.K. & Choi, J.Y. (2014). Relationship of body weight, anxiety depression, and quality of life in patients with radical gastrectomy according to perioperative period. *Asian Oncology Nursing*, 14(4): 212-220.
- Lee, M.K., Yun, Y.H., Park, H.A., Lee, E.S., Jung, K.H., *et al.* (2014). A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12): 1557-1567.
- Leedy, P.D. & Ormrod, J.E. (2005). *Practical research: planning and design*. 8th ed. New Jersey: Pearson.
- Leedy, P.D. & Ormrod, J.E. (2014). *Practical research: planning and design*. 10th ed. Harlow: Pearson.
- Leenders, M., Leufkens, A.M., Siersema, P.D., Duijnhoven, F.J., Vrieling, A., *et al.* (2014). Plasma and dietary carotenoids and vitamins A, C and E and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *International Journal of Cancer*, 135(12): 2930-2939.
- Leis H.P. (1991). The relationship of diet to cancer, cardiovascular disease and longevity. *International Surgery*, 76(1): 1-5.
- Ligthart-Melis, G.C., Weijs, P.J.M., Boveldt, N.D., Buskermolen, S., Earthman, C.P., *et al.* (2013). Dietician-delivered intensive nutritional support is associated with a decrease

in severe postoperative complications after surgery in patients with esophageal cancer. *Diseases of the Esophagus*, 26(6): 587-593.

Lilja, Y., Ryden, S. & Fridlund, B. (1998). Effects of extended preoperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and hip replacement. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(6): 276-282.

Littlechild, S.A. & Barr, L. (2013). Using the Internet for information about breast cancer: a questionnaire-based study. *Patient Education and Counseling*, 92(3): 413-417.

Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, L., et al. (2011). Measuring death related anxiety in cancer: preliminary psychometrics of death and dying distress scale. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33 (Supplement 2): S140-S145.

Lobchuk, M.M., McPherson, C.J., McClement, S.E. & Cheang, M. (2012). A comparison of patient and family caregiver prospective control over lung cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5): 1122-1133.

Louw, D.A. (1982). *Inleiding tot die psigologie*. Isando: McGraw-Hill.

Louw, D.J. (1983). *Siektepastoraat: siekwees as krisis en geleentheid*. Pretoria: NG Kerkboekhandel.

Louw, D.J. (1993). *Pastoraat as ontmoeting*. Pretoria: RGN-Uitgewery.

Louw, L. & Jackson, T. (2008). Managing culture and change in South African organisations: the way forward for sub-Saharan Africa? *Africanus: Journal of Development Studies*, 38(1): 29-42.

Love, P., Maunder, E.M.W. & Green, J.M. (2008). Are South African women willing and able to apply the new food-based dietary guidelines? Lessons for nutrition educators. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 21(2): 17-24.

Lu, A.H. & Dollahite, J. (2010). Assessment of dietitians' nutrition counselling self-efficacy and its positive relationship with reported skill usage. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(2): 144-153.

- Lynn, P. (2002) Principles of sampling. In: Greenfield, T. (ed.) *Research methods for postgraduates*. London: Arnold: 185-218.
- Macdonald, N. (2007). Cancer cachexia and targeting chronic inflammation: a unified approach to cancer treatment and palliative/supportive care. *Journal of Supportive Oncology*, 5(4): 157-162.
- Malihi, Z., Kandiah, M., Chan, Y.M., Esfandbod, M., Vakili, M., *et al.* (2015). The effect of dietary intake changes on nutritional status in acute leukaemia patients after first induction chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(4): 542-552.
- Manafu, E. & Wong, S. (2012). Exploring older adults' health information seeking behaviors. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 44(1): 85-89.
- Mansourian, Y. (2006). Adoption of grounded theory in LIS research. *New Library World*, 107(9-10): 386-402.
- Manz, F. (2007). Hydration and disease. *Journal of the American College of Nutrition*, 26 (Supplement 5): 535S-541S.
- Marchionini, G. (1995). *Information seeking in the electronic environments*. New York: Cambridge University Press.
- Maree, J.E., Parker, S., Kaplan, L. & Oosthuizen, J. (2016). The information needs of South African parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(1): 9-17.
- Mariette, C., De Botton, M. & Piessen, G. (2012). Surgery in oesophageal and gastric cancer patients: what is the role for nutrition support in your daily practice? *Annals of Surgical Oncology*, 19(7): 2128-2134.
- Marshall, C. & Rossman, G. (2011). *Designing qualitative research*. 5th ed. Los Angeles: Sage.
- Martin, E.A. (ed.) (2007). *Oxford concise colour medical dictionary*. Oxford: Oxford University Press.

- Martin, H.L., Ohara, K., Kiberu, A., Van Hagen, T., Davidson, A., *et al.* (2014). Prognostic value of systemic inflammation-based markers in advanced pancreatic cancer. *Internal Medicine Journal*, 44(7): 676-682.
- Martin, M.Y., Evans, M.B., Kratt, P., Pollack, L.A., Smith, J.L., *et al.* (2014). Meeting the information needs of lower income cancer survivors: results of a randomized control trial evaluating the American Cancer Society's "I can cope". *Journal of Health Communication*, 19(4): 441-459.
- Martin, R.C., Polk, H.C. & Jaques, D.P. (2003). Does additional surgical training increase participation in randomized controlled trials? *American Journal of Surgery*, 185(3): 239-243.
- Masset, G., Monsivais, P., Maillot, M., Darmon, N. & Drewnowski, A. (2009). Diet optimization methods can help translate dietary guidelines into a cancer prevention food plan. *The Journal of Nutrition*, 139(8): 1541-1548.
- Mathers, J.C. (2005). Reversal of DNA hypomethylation by folic acid supplements: possible role in colorectal cancer prevention. *Gut*, 54(5): 579-581.
- Matsuda, S., Takeuchi, H., Kawakubo, H., Fukuda, K., Nakamura, R., *et al.* (2015). Cumulative prognostic scores based on plasma fibrinogen and serum albumin levels in esophageal cancer patients treated with transthoracic esophagectomy: comparison with the glasgow prognostic score. *Annals of Surgical Oncology*, 22(1): 302-310.
- Mazor, K.M., Rubin, D.L., Roblin, D.W., Williams, A.E., Han, P.K., *et al.* (2015). Health literacy-listening skill and patient questions following cancer prevention and screening discussions. *Health Expectations*, 29(3): 229-235.
- McGrath, P. (2002). Reflections on nutritional issues associated with cancer therapy. *Cancer Practice*, 10(2): 94-101.
- McLoughlin, H.A. & Oosthuizen, B.L. (1996). The information needs of cancer patients in the Pretoria and Witwatersrand area. *Curationis*, 19(2): 31-35.
- Mcorley, O., McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K. & Bunting, B. (2014). A longitudinal study of coping strategies in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: a quantitative and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3): 625-638.

- Mellon, C.A. (1986). Library anxiety: a grounded theory and its development. *College and Research Libraries*, 47(2): 160-165.
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper E., *et al.* (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *British Medical Journal*, 313(7059): 724-726.
- Merlino, N.S. & Price, J.H. (1992). Dietitian's perceptions about and personal nutrition practices for cancer risk reduction. *Journal of Community Health*, 17(2): 117-130.
- Meyers, E.A. (2012). Blogs give regular people a chance to talk back: rethinking professional media hierarchies in new media. *New Media and Society*, 14(6): 1022-1038.
- Michaels, S., Goucher, N.P. & McCarthy, D. (2006). Considering knowledge, uptake within a cycle of transforming data, information and knowledge. *Review of Policy Research*, 23(1): 267-279.
- Mikkael, A. & Sekeres, M.D. (2011). The Avastin story. *New England Journal of Medicine*, 365(15): 1454-1455.
- Miller, J.G. (1960). Information input overload and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 116(8): 695-704.
- Miller, L.M.S., Gibson, T.N. & Applegate, E.A. (2010). Predictors of nutrition information comprehension in adulthood. *Patient Education and Counseling*, 80(1): 107-112.
- Milliron, B.J., Vitolins, M.Z., & Tooze, J.A. (2014). Usual dietary intake among female breast cancer survivors is not significantly different from women with no cancer history: results of the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2006. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(6): 932-937.
- Mitchell, L.M. (2014). *Bereavement experience of female military spousal suicide survivors: utilizing lazarus' cognitive stress theory*. Doctoral dissertation. Washington: The George Washington University.
- Molzon, E.S., Brannon, E.E., Fedele, D.A., Grant, D.M., Suorsa, K., *et al.* (2014). Factor structure of the parent perception of uncertainty scale in parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 23(12): 1435-1438.

- Morowitz, H. (1991). *The thermodynamics of pizza*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.
- Mortensen, L.G. & Adeler, A.L. (2010). Qualitative study of women's anxiety and information needs after a diagnosis of cervical dysplasia. *Journal of Public Health*, 18(5): 473-482.
- Mouton, J. (2001). *How to succeed in your master's and doctoral studies*. Pretoria: Van Schaik.
- Mroz, L.W., Chapman, G.E., Oliffe, J.L. & Bottorf, J.L. (2011). Men, food and prostate cancer: gender influences on men's diet. *American Journal of Men's Health*, 5(2): 177-187.
- Murphy, J., Worswick, L., Pulman, A., Ford, G. & Jeffery, J. (2015). Translating research into practice: Evaluation of an e-learning resource for health care professionals to provide nutrition advice and support for cancer survivors. *Nurse Education Today*, 35(1): 271-276.
- Myers, M.D. (1997). Qualitative research in information systems. [Web:] <http://www.qual.auckland.ac.nz/> [Datum van gebruik: 15 Sept. 2015].
- Nahas, A.R.M.F., Sarriff, A. & Othman, S. (2013). Diet and colorectal cancer: Knowledge assessment among Malaysian university students. *International Journal Research Pharmaceutical Sciences*, 4(2): 194-197.
- Najmabadi, K.M., Azarkish, F., Latifnejadroudsari, R., Shandiz, F.H., Aledavood, S.A., et al. (2014). Self-disclosure of breast cancer diagnosis by Iranian women to friends and colleagues. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(6): 2879-2882.
- Nakajima, N., Kusumoto, K., Onishi, H. & Ishida, M. (2014). Does the approach of disclosing more detailed information of cancer for the terminally ill patients improve the quality of communication involving patients, families, and medical professionals?. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(7): 776-782.
- Nakamura, K., Sasayama, A., Takahashi, T. & Yamaji, T. (2015). An immune-modulating diet in combination with chemotherapy prevents cancer cachexia by attenuating

systemic inflammation in colon 26 tumor-bearing mice. *Nutrition and Cancer*, 67(6): 912-920.

Naska, A. & Trichopoulou, A. (2014). Back to the future: The Mediterranean diet paradigm. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24(3): 216-219.

National Research Council, Committee on Diet and Health Food, and Nutrition Board. (1982). *Diet, nutrition and cancer*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Nelissen, S., Beullens, K., Lemal, M. & Van den Bulck, J. (2015). Fear of cancer is associated with cancer information seeking, scanning and avoiding: a cross-sectional study among cancer diagnosed and non-diagnosed individuals. *Health Information & Libraries Journal*, 32(2): 107-119.

Neuhauser, L. & Kreps, G.L. (2003). Rethinking communication in the e-health era. *Journal of Health Psychology*, 8(1): 7-23.

Neuman, W.L. (2000). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn & Bacon.

Nicholas, L.G., Pond, C.D. & Roberts, D.C.K. (2003). Dietician-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77 (4 Supplement): 1039S-1042S.

Niemandt, N. (2007). *Nuwe drome vir nuwe werklikhede: geloofsgemeenskappe in pas met 'n postmoderne wêreld*. Wellington: Lux Verbi BM.

Noar, S.M., Althouse, B.M., Ayers, J.W., Francis, D.B. & Ribisl, K.M. (2015). Cancer information seeking in the digital age effects of Angelina Jolie's prophylactic mastectomy announcement. *Medical Decision Making*, 35(1): 16-21.

Nomura, E., Lee, S.W., Kawai, M., Hara, H., Nabeshima, K., *et al.* (2014). Comparison between early enteral feeding with a transnasal tube and parenteral nutrition after total gastrectomy for gastric cancer. *Hepato-gastroenterology*, 62(138): 536-539.

Nonini, D.M. (2013). The local-food movement and the anthropology of global systems. *American Ethnologist*, 40(2): 267-275.

Oh, S.Y., Jun, H.J., Park, S.J., Park, I.K., Lim, G.J., *et al.* (2014). A randomized phase ii study to assess the effectiveness of fluid therapy or intensive nutritional support on survival in patients with advanced cancer who cannot be nourished via enteral route. *Journal of Palliative Medicine*, 17(11): 1266-1270.

Ohlén, J., Wallengren Gustafsson, C. & Friberg, F. (2013). Making sense of receiving palliative treatment: its significance to palliative cancer care communication and information provision. *Cancer Nursing*, 36(4): 265-273.

Okuyama, T., Endo, C., Seto, T., Kato, M., Seki, N., *et al.* (2009). Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under recognition of depression by physicians: a preliminary study. *Palliative and Supportive Care*, 7(2): 229-233.

Olendzki, B.C., Procter-Gray, E., Wedick, N.M., Patil, V., Zheng, H., *et al.* (2015). Disparities in access to healthy and unhealthy foods in Central Massachusetts: implications for public health policy. *Journal of the American College of Nutrition*, 34(2): 150-158.

Oransky, I. (2005). Cancer blogs. *The Lancet Oncology*, 6(11): 838-839.

Owen, J.E., Bantum, E.O.C., Criswell, K., Bazzo, J., Gorlick, A., *et al.* (2014). Representativeness of two sampling procedures for an internet intervention targeting cancer-related distress: a comparison of convenience and registry samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4): 630-641.

Pacian, A., Kulik, T.B., Pacian, J., Goniewicz, M. & Kowalska, A.J. (2014). Analysis of the doctor-patient communication if breast cancer is diagnosed. *Acta Bioethica*, 20(1): 23-29.

Padgett, D.K. (1998). *Qualitative methods in social work research: challenges and rewards*. Thousand Oaks: Sage.

Paisley, J., Brown, C.M. & Greenberg, M. (2008). Information needs of women at risk of breast cancer. *Canadian Journal of Practise Research*, 69(2): 59-64.

Pálsdóttir, Á. (2008). Information behavioiur, health self-efficacy beliefs and health behaviour in Icelanders' everyday life. *Information Research*, 13(1). [Web:] <http://informationr.net/ir/13-1/paper334.html> [Datum van gebruik : 15 Sept. 2015].

Park, C.L., Edmondson, D., Fenster, J.R. & Blank, T.O. (2008). Positive and negative health behavior: changes in cancer survivors: a stress and coping perspective. *Journal of Health Psychology*, 13(8): 1198-1206.

Park, H., Moon, M. & Baeg, J.H. (2014). Association of eHealth literacy with cancer information seeking and prior experience with cancer screening. *Computers Informatics Nursing*, 32(9): 458-463.

Park, H. & Park, M.S. (2014). Cancer information-seeking behaviors and information needs among Korean Americans in the online community. *Journal of Community Health*, 39(2): 213-220.

Parkin, D.M. & Boyd, L. (2011). Cancers attributable to dietary factors in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105 (Supplement 2): S19-S23.

Partridge, A.H., Seah, D.S., King, T., Leighl, N.B., Hauke, R., *et al.* (2014). Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. *Journal of Clinical Oncology*, 32(29): 3330-3336.

Patel, K., Wall, K., Bott, N.T., Katonah, D.G. & Koopman, C. (2015). A qualitative investigation of the effects of psycho-spiritual integrative therapy on breast cancer survivors' experience of paradox. *Journal of Religion and Health*, 54(1): 253-263.

Paterson, C., Robertson, A. & Nabi, G. (2015). Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: a prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2): 120-128.

Pautler, S.E., Tan, J.K., Dugas, G.R., Pus, N., Ferri, M. *et al.* (2001). Use of the internet for self-education by patients with prostate cancer. *Urology*, 57(2): 230-233.

Pauwels, E.K.J. (2011). The protective effect of the Mediterranean diet: focus on cancer and cardiovascular risk. *Medical Principles and Practice*, 20(2): 103-111.

Perera, P.S., Thompson, R.L. & Wiseman, M.J. (2012). Recent evidence of colorectal cancer prevention through healthy food, nutrition and physical activity: implications and recommendations. *Current Nutrition Reports*, 1(1): 44-54.

Petersen, K.E., Johnsen, N.F., Olsen, A., Albieri, V., Olsen, L.K., *et al.* (2015). The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. *British Journal of Nutrition*, 113(5): 849-858.

Pham, A.K., Bauer, M.T. & Balan, S. (2014). Closing the patient-oncologist communication gap: a review of historic and current efforts. *Journal of Cancer Education*, 29(1): 106-113.

Phillips, E.M. & Pugh, D.S. (1994). *How to get a PhD*. 2nd ed. Buckingham: Open University.

Pickard, A.J. (2013). *Research methods in information*. 2nd ed. Chicago: ALA Neal-Schuman.

Posma, E.R., Van Weert, J.C., Jansen, J. & Bensing, J.M. (2009). Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: an evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*, 8(1): 1-35.

Posey, C., Roberts, T.L., Lowry, P.B. & Hightower, R.T. (2014). Bridging the divide: A qualitative comparison of information security thought patterns between information security professionals and ordinary organizational insiders. *Information and Management*, 51(5): 551-567.

Powe, B.D., Nehl, E.J., Blanchard, C.M. & Finnie, R. (2005). Meeting the public's cancer information needs: characteristics of callers to the National Cancer Information Center of the American Cancer Society. *Journal of Cancer Education*, 20(3): 177-182.

Preston, M.M. (2010). An exploration of appearance-related issues of breast cancer treatment on sense of self, self-esteem, and social functioning in women with breast cancer. *Doctorate in Social Work (DSW)*. Paper 10. [Web:] http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=edissertations_sp2 [Datum van gebruik: 15 Sept 2015].

Quesada, M., Madrigal, M., Luna, A. & Perez-Carceles, M.D. (2015). Caring for the caregiver: factors associated with the quality of life of family caregivers to palliative care patients. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(3): 352-361.

Rakoff-Nahoum, S. (2006). Why cancer and inflammation? *Yale Journal of Biology and Medicine*, 79(3-4): 123-130.

Ralph, C.J., Rodriquez-Enriquez, S., Neuzil, J., Saavedra, E. & Moreno-Sanchez, R. (2010). The causes of cancer revisited: “mitochondrial malignancy” and ROS-induced oncogenic transformation - why mitochondria are targets for cancer therapy. *Molecular Aspects of Medicine*, 31(2): 145-170.

Reedy, J., Krebs-Smith, S.M., Miller, P.E., Liese, A.D., Kahle, L.L., *et al.* (2014). Higher diet quality is associated with decreased risk of all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality among older adults. *The Journal of Nutrition*, 144(6): 881-889.

Rezaie Shahsavarloo, Z., Lotfi, M.S., Taghadosi, M., Mousavi, M.S., Yousefi, Z., *et al.* (2015). Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction in elderly cancer patients in Kashan, 2013. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*, 1(2): 43-54.

Ricci, M.T., Sciallero, S., Mammoliti, S., Gismondi, V., Franiuk, M., *et al.* (2015). Referral of ovarian cancer patients for genetic counselling by oncologists: need for improvement. *Public Health Genomics*, 18(4): 225-232.

Richardson, A., Addington-Hall, J., Amir, Z., Foster, C., Stark, D., *et al.* (2011). Knowledge, ignorance and priorities for research in key areas of cancer survivorship: findings from a scoping review. *British Journal of Cancer*, 105 (Supplement 1): S82-S94.

Rimal, R.N. (2001). Perceived risk and self-efficacy as motivators: understanding individuals' long term use of health information. *Journal of Communication*, 51(4): 633-654.

Rock, C.L., Dolye, C., Demark- Wahnefried, W., Meyerhardt, J., Courneya, K.S., *et al.* (2012). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA: A Cancer Journal of Clinicians*, 62(4): 242-274.

Rodriguez, E.M. & Dunn, M.J. (2012). Cancer-related sources of stress for children with cancer and their parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2): 185-197.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: The Free Press.

Ross, S.A. (2010). Evidence for the relationship between diet and cancer. *Experimental Oncology*, 32(3): 137-142.

Rowland, J.H. & Bellizzi, K.M. (2014). Cancer survivorship issues: life after treatment and implications for an aging population. *Journal of Clinical Oncology*, 32(24): 2662-2668.

Rowlands, S., Callen, J. & Westbrook J. (2010). What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer. *The HIM Journal*, 39(1): 8-16.

Ruiz, P.B. & Hernandez, P.S. (2014). Diet and cancer: risk factors and epidemiological evidence. *Maturitas*, 77(3): 202-208.

Rutten, L.J., Arora, N.K., Bakos, A.D., Aziz, N. & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Education and Counselling*, 57(3): 250-261.

Saini, K.S., Taylor, C., Ramirez, A.J., Palmieri, C., Gunnarsson, U., *et al.* (2012). Role of multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries. *Annals of Oncology*, 23(4): 853-859.

Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3): 212-219.

Sanatani, M., Younus, J., Stitt, L. & Malik, N. (2015). Tolerability of the combination of ginger (*Zingiber officinalis*), gentian (*Gentiana lutea*) and turmeric (*Curcuma longa*) in patients with cancer-associated anorexia. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 12(1): 57-60.

Sandu, A. (2005). Poverty, women and child health in rural Romania: uninformed choice or lack of services? *Journal of Comparative Policy Analysis*, 7(1): 5-28.

- Sanoff, H.K., Morris, W., Mitcheltree, A.L., Wilson, S. & Lund, J.L. (2015). Lack of support and information regarding long-term negative effects in survivors of rectal cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(4): 444-448.
- Savolainen, R. (1995). Everyday life information seeking: approaching information seeking in the context of "way of life". *Library and Information Science Research*, 17(3): 259-294.
- Savolainen, R. (2005). Everyday life information seeking. In: Gisher, K.E., Erdelez, S. & McKechnie, E.F. (eds.) *Theories of information behaviour*. Medford: Information Today: 143-148.
- Savolainen, R. (2008). *Everyday information practices: a social phenomenological perspective*. Lanham, Maryland: Scarecrow Press.
- Savolainen, R. (2014). Emotions as motivators for information seeking: A conceptual analysis. *Library & Information Science Research*, 36(1): 59-65.
- Savolainen, R. (2015). Cognitive barriers in information seeking: a conceptual analysis. *Journal of Information Science*, 41(5): 613-623.
- Schaefer, R.T. (2001). *Sociology*. Boston: McGraw-Hill.
- Schultz-Jones, B. (2009). Examining information behaviour through social networks: an interdisciplinary review. *Journal of Documentation*, 65(4): 592-631.
- Schutz, A. (1962). *Collected papers, I. The problem of social reality*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Schutz, A. (1964). *Collected papers, II. Studies in social theory*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Schutz, A. (1967). *The phenomenology of the social world*. Evanston: North Western University.
- Schwingshackl, L. & Hoffmann, G. (2014). Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Cancer*, 135(8): 1884-1897.

Seyfried, T.N., Kiebish, M., Mukherjee, P. & Marsh, J. (2008). Targeting energy metabolism in brain cancer through calorie restriction and the ketogenic diet. *Epilepsia*, 49 (Supplement 8): 114-116.

Shaffer, V.A., Tomek, S. & Hulseley, L. (2014). The effect of narrative information in a publicly available patient decision aid for early-stage breast cancer. *Health Communication*, 29(1): 64-73.

Shai, I., Shahar, D. & Fraser, D. (2001). Attitudes of physicians and medical students toward nutrition's place in patient care and education at Ben-Gurion University. *Education for Health*, 14(3): 405-415.

Shaw, C. (2011). *Nutrition and cancer*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Sheean, P., Kabir, C., Rao, R., Hoskins, K. & Stolley, M. (2015). Exploring diet, physical activity, and quality of life in females with metastatic breast cancer: a pilot study to support future intervention. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(10): 1690-1698.

Shepherd, A. (2011). Measuring and managing fluid balance. *Nursing Times*, 107(28): 12-16.

Shepherd, R. & Raats, M. (2010). *The psychology of food choice*. Oxfordshire: Cabi Publishing.

Shivashankara, K.S., Isobe, S., Al-Haq, M.I., Takenaka, M., Shiina, T., *et al.* (2004). Fruit antioxidant activity, ascorbic acid, total phenol, quercetin, and carotene of Irwin mango fruits stored at low temperature after high electric field pretreatment. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 52(5): 1281-1286.

Shpilko, I. (2011). Assessing information-seeking patterns and needs of nutrition, food science, and dietetics faculty. *Library and Information Science Research*, 33(2): 151-157.

Shubair, M. (2012) Cancer control in developing countries: need for epidemiological surveillance based on health information systems and health services research. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 6(1): 356-360.

- Shusuke, T. & Ajay, G. (2014). The importance of diets and epigenetics in cancer prevention: a hope and promise for the future? *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 20 (Supplement 2): 6-11.
- Slater, M.D., Long, M., Bettinghaus, E.P. & Reineke, J.B. (2008). News coverage of cancer in the US: a national sample of newspapers, television and magazines. *Journal of Health Communication*, 13(6): 523-537.
- Slaytor, E.K. & Ward, J.E. (1998). How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *British Medical Journal*, 317(7153): 263-264.
- Sloper, P. (2000). Predictors of stress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(2): 79-91.
- Smith, G.F. (1988). Towards a heuristic theory of problem structuring. *Management Science*, 34(12): 1489-1506.
- Smith, G.F. (1989). Defining managerial problems: a framework for prescriptive theorizing management. *Management Science*, 35(8): 963-981.
- Smith, S.G., Raine, R., Obichere, A., Wolf, M.S., Wardle, J., *et al.* (2014). The effect of a supplementary ('gist-based') information leaflet on colorectal cancer knowledge and screening intention: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2): 261-272.
- Smuts, J.C. (1987). *Holism and evolution*. Cape Town: N & S Press.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668): 888-891.
- Spink, A. & James, C. (2006). Towards an evolutionary perspective for human information behaviour: an exploratory study. *Journal of Documentation*, 62(2): 171-193.

- Spring, B., King, A.C., Pagoto, S.L., Sherry, L., Van Horn, L., *et al.* (2015). Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. *American Psychologist*, 70(2): 75-90.
- Squiers, L., Finney Rutten, L.J., Treiman, K., Bright, M.A. & Hesse, B. (2005). Cancer patients' information needs across the cancer care continuum: evidence from the cancer information service. *Journal of Health Communication*, 10 (Supplement 1): 15-34.
- Stacey, F.G., James, E.L., Chapman, K., Courneya, K.S., & Lubans, D.R. (2014). A systematic review and meta-analysis of social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2): 305-338.
- Stansbury, M.C. (2002). Problem statements in seven LIS journals: an application of Herson/Metoyer-Duran attributes. *Library and Information Science Research*, 24(2): 157-168.
- Stark, D.P.H. & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10): 1261-1267.
- Steck, B. & Eggert, J.A. (2011). The need to be aware and beware of the genetic information nondiscrimination act. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(3): E34-E41.
- Steck, S.E., Guinter, M., Zheng, J. & Thomson, C.A. (2015). Index-based dietary patterns and colorectal cancer risk: A systematic review. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 6(6): 763-773.
- Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6): 699-703.
- Steinberg, R.J. (1995). *In search of the human mind*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory and procedures and techniques*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks CA: Sage.

- Struwig, F.W. & Stead, G.B. (2001). *Planning, designing and reporting research*. Cape Town: Masker Miller Longman.
- Stull, V.B., Snyder, D.C. & Denmark-Wahnefried, W. (2007). Lifestyle interventions in cancer survivors: designing programs that meet the needs of this vulnerable and growing population. *The Journal of Nutrition*, 137(1): 243S-248S.
- Sutherland, G. & White, V. (2005). Teachable moments in diet and nutrition for family and friends calling the Cancer Helpline. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(4): 388-389.
- Swisher, A.K., Abraham, J., Bonner, D., Gilleland, D., Hobbs, G., *et al.* (2015). Exercise and dietary advice intervention for survivors of triple-negative breast cancer: effects on body fat, physical function, quality of life, and adipokine profile. *Supportive Care in Cancer*, 23(10): 2995-3003.
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Boeri, P., Borreani, C., *et al.* (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer*, 3(1): 12-22.
- Tamir, M., Bigman, Y.E., Rhodes, E., Salerno, J. & Schreier, J. (2015). An expectancy-value model of emotion regulation: Implications for motivation, emotional experience, and decision making. *Emotion*, 15(1): 90-103.
- Tan, A.S.L., Mello, S. & Hornik, R.C. (2012). A longitudinal study on engagement with dieting information as a predictor of dieting behaviour among adults diagnosed with cancer. *Patient Education and Counselling*, 88(2): 305-310.
- Tapsell, L.C., Batterham, M.J., Thorne, R.L., Shea, J.E.O. & Grafenauer, S.J. (2014). Weight loss effects from vegetable intake: a 12-month randomised controlled trial. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(7): 778-785.
- Taylor, R.S. (1968). Question-negotiation and information seeking in libraries. *College & Research Libraries*, 29(3): 178-194.
- Tazi, E.M. & Errihani, H. (2010). Treatment of cachexia in oncology. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3): 129-137.

Teddlie, C. & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling a typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1): 77-100.

Tehrani, A. & Heidari, H. (2015). The effect of group training based on Lazarus multimodal therapy: the happiness of women in Islamshahr, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(2): 98-102.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: Falmer Press.

Thewes, B., Bell, M.L., Buttow, P., Beith, J., Boyle, F., *et al.* (2013). Psychological morbidity and stress but not social factors influence level of fear of cancer recurrence in young women with early breast cancer: results of a cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 22(12): 2797-2806.

Thomas, R.M. (2003). *Blending qualitative and quantitative research methods in theses and dissertations*. California: Corwin Press.

Thomson, C.A., McCullough, M.L., Wertheim, B.C., Chlebowski, R.T., Martinez, M.E., *et al.* (2014). Nutrition and physical activity cancer prevention guidelines, cancer risk, and mortality in the women's health initiative. *Cancer Prevention Research*, 7(1): 42-53.

Thygeson, M.V., Hooke, M.C., Clapsaddle, J., Robbins, A. & Moquist, K. (2010). Peaceful play yoga: serenity and balance for children and their parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(5): 276-284.

Toles, M. & Demark-Wahnefried, W. (2008). Nutrition and the cancer survivor: evidence to guide oncology nursing practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3): 171-179.

Torre, L.A., Bray, F., Siegel, R.L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J.L., *et al.* (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer journal of Clinicians*, 65(2): 87-108.

Truswell, A. (2000). Family physicians and patients: is effective nutrition interaction possible? *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(1): 6-12.

Trunzo, J.J., Pinto, B.M. & Chougule, P.B. (2014). Smoking related cancers: a brief report on problem solving, distress, and risk behaviors in patients and caregivers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(2): 224-233.

Turati, F., Rossi, M., Pelucchi, C., Levi, F. & La Vecchia, C. (2015). Fruit and vegetables and cancer risk: a review of southern European studies. *British Journal of Nutrition*, 113 (Supplement 2): S102-S110.

Tuso, P.J. (2013). Nutritional update for physicians: plant-based diets. *The Permanente Journal*, 17(2): 61-66.

Tyrovolas, S. & Panagiotakos, D.B. (2010). The role of Mediterranean type of diet on the development of cancer and cardiovascular disease in the elderly: a systematic review. *Maturitas*, 65(2): 122-130.

UPMC Cancer Center. (2006). Patient care: your health care team. [Web:] <http://www.upmccancercenter.com/newpatient/careteam.cfm> [Datum van gebruik: 15 Sept. 2015].

Ussher, J.M., Kirsten, L., Butow, P. & Sandoval, M. (2008). A qualitative analysis of reasons for leaving, or not attending, a cancer support group. *Social Work in Health Care*, 47(1): 14-29.

Valentini, V., Marazzi, F., Bossola, M., Micciche, F., Nardone, L., *et al.* (2012). Nutritional counselling and oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(3): 201-208.

Valero-Aguilera, B., Bermúdez-Tamayo, C., García-Gutiérrez, J.F., Jiménez-Pernett, J., Cózar-Olmo, J., *et al.* (2014). Information needs and Internet use in urological and breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22(2): 545-552.

Van der Merwe, H. (1996). *Hoofstuk 15: die navorsingsproses: probleemstelling en navorsingsontwerp*. In: Grabe, J.G. (ed.). *Doeltreffende geesteswetenskaplike navorsing*. Pretoria: Van Schaik: 286-288.

Van Dillen, S.M.E., Hiddink, G.J., Koelen, M.A., De Graaf, C. & Woerkum, C.M. (2003). Understanding nutrition communication between health professionals and consumers: development of a model for nutrition awareness based on qualitative consumer research. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77 (Supplement 4): 1065S-1072S.

Van Veuren, P. (1991). *Argumente: kriteria & kritiek*. Pretoria: HSRC Press.

Van Zyl, H. & Raynard, L. (s.a.). CARISA - an informatics and knowledge management application: using consumer health informatics (CHI) to optimise on cancer research. Web & Media Technologies Division, MRC. [Web:] <http://www.sahealthinfo.org/cancer/ikm.pdf> [Skakel nie in aksie meer nie: 16 Sept 2015; aanvanklik geraadpleeg 8 Maart 2012].

Veda, S., Platel, K. & Krishnapura, S. (2008). Influence of food acidulants and antioxidant spices on the bioassessibility of B-carotene from selected vegetables. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 56(18): 8714-8719.

Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., *et al.* (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9): 1128-1138.

Vineis, P. & Wild, C.P. (2014). Global cancer patterns: causes and prevention. *The Lancet*, 383(9916): 549-557.

Vlontzos, G. & Duquenne, M.N. (2014). Economic crisis and food selection: the financial, social and spatial dimension. *International Journal of Agricultural Resources, Governance and Ecology* 6, 10(2): 203-215.

Wang, J.W., Zhang, T.R., Shen, Q., Yang, Z.Q., Liu, C., *et al.* (2015). The experience of cancer survivors in community-based psycho-social support activities in Shanghai, China: a qualitative study. *Quality of Life Research*, 24(12): 2815-2822.

Wang, P. (1999). Methodologies and methods for user behavioural research. *Annual Review of Information Science and Technology*, 34: 53-99.

Wang, Q., Chen, Y., Wang, X., Gong, G., Li, G., *et al.* (2014). Consumption of fruit, but not vegetables, may reduce risk of gastric cancer: results from a meta-analysis of cohort studies. *European Journal of Cancer*, 50(8): 1498-1509.

Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., *et al.* (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1): 93-99.

Watanabe, S. (1990). Why do we need cancer information? *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 20(1): 7-15.

Watson, L.E. (2007). *Evaluating satisfaction and benefit from nutrition counselling from a registered dietician among head and neck cancer patients receiving radiation therapy: a master's degree thesis*. Tennessee: East Tennessee State University.

Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1): 34-52.

Wehmeier, S. (2001). *Oxford advanced learner's dictionary of current English*. Oxford: Oxford University Press.

Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage.

Weinhouse, S. (1986). The role of diet and nutrition in cancer. *Cancer*, 58(8) (Supplement): 1791-1794.

Weitsz, G. (1996). *Die kankermaraton: Hoe om terminale siekte te verwerk*. Pretoria: Kagiso Uitgewers.

Wiens, A.G. (1998). Preoperative anxiety in women. *AORN Journal*, 68(1): 74-88.

Willet, W.C. (1995). Diet, nutrition and avoidable cancer. *Environmental Health Perspectives*, 103(8) (Supplement): 165-172.

Williams, E. & Harris, N. (2011). Understanding the nutrition information needs of migrant communities: the needs of African and Pacific Islander communities of Logan, Queensland. *Public Health Nutrition*, 14(6): 989-994.

Williams-Piehot, P.A., McCormack, L.A., Treiman, K. & Bann, C.M. (2008). Health information styles among participants in a prostate cancer screening informed decision-making intervention. *Health Education Research*, 23(3): 440-453.

Wilson, T.D. (1981). On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, 37(1): 3-15.

Wilson, T.D. & Walsh, C. (1996). *Information behaviour: an interdisciplinary perspective*. Sheffield: University of Sheffield, Department of Information Studies.

Wilson, T.D. (1997). Information behaviour: an interdisciplinary perspective. *Information Processing and Management*, 33(4): 551-572.

Wilson, T.D. (1999). Models in information behaviour research. *Journal of Documentation*, 55(3): 249-270.

Wistow, D.J., Wakefield, J.A. & Goldsmith, W.M. (1990). The relationship between personality, health symptoms and disease. *Personality and Individual Differences*, 11(7): 717-723.

Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., *et al.* (2010). The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(5): 671-683.

Yang, B., McCullough, M.L., Gapstur, S.M., Jacobs, E.J., Bostick, R.M., *et al.* (2014). Calcium, vitamin D, dairy products, and mortality among colorectal cancer survivors: The Cancer Prevention Study-II nutrition cohort. *Journal of Clinical Oncology*, 32(22): 2335-2343.

Yeganeh, T. (2013). Role of religious orientations in determination of hope and psychological well-being in female patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Disease*, 6(3): 47-56.

Zerbinos, E. (1990). Information seeking and information processing: newspapers versus videotext. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 67(4): 920-929.

Zhang, L., Lu, Y. & Fang, Y. (2014). Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. *Human and Clinical Nutrition*, 111(7): 1239-1244.

Zhang, Y., Kwekkeboom, K. & Petrini, M. (2015). Uncertainty, self-efficacy, and self-care behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*, 38(3): E19-E26.

Zhang, Z., Stiegler, A.L., Boggon, T.J., Kobayashi, S. & Halmos, B. (2010). EGFR mutated lung cancer: a paradigm for molecular oncology. *Oncotarget*, 1(7): 497-514.

Zhao, X. & Cai, X. (2009). The role of risk, efficacy and anxiety in smokers' cancer information seeking. *Health Communication*, 24(3): 259-269.

Zweizig, D. (1977). Measuring library use. *Diexel Library Quarterly*, 13(3): 2-15.

Bylaag A1: VRAELYS AAN ONKOLOë IN ENGELS

Die vraelys word slegs in Engels gegee om spasie te spaar, maar was ook in Afrikaans beskikbaar.

Nutritional information requirements and behaviour related to nutritional information in a cancer context

The researcher will fill in the questionnaire and, with your permission, record the interview.

Questionnaire for oncologist

Questions for oncologists in a semi-structured interview

1 Demographic information

a) Type of education/qualification

.....

b) Occupation (medical oncologist/radiation oncologist)

.....

c) Age

20-29	30-39	40-49	50-59	>60
			Male	Female

d) Gender

2 Specific questions directed at oncologist

a) Would you please share information on your medical treatment of cancer patients?

.....

b) Do you include the patient's family in your medical treatment process?

Yes	No
-----	----

c) Is a diet plan important to you as an additional way of treating your cancer patients?

Yes	No
-----	----

d) Would you care to elaborate on your answer? Any additional details?

.....

e) What nutritional information do you give your patients?

.....

- f) Do you refer your patients to dieticians?

Yes	No
-----	----
- g) If your answer to question (f) was “Yes”, which kind of dietician do you favour?

General dietician	Oncology Dietician
-------------------	--------------------
- h) Do you seek any information on the food intake of your patients, given their condition?

Yes	No
-----	----
- i) Would you care to explain your answer?
.....
- j) If your answer to question (h) was “Yes”, what kind of sources do you usually consult?
.....
.....
- k) Do you consult dietitians for advice on nutrition tailored to the needs of your cancer patients?

Yes	No
-----	----
- l) Can you please elaborate on this?
.....
- m) In your opinion, what relation, if any, is there between the nutritional information and the emotional state of a cancer patient?
.....
- n) Do you refer patients to nutritional information sources?

Yes	No
-----	----
- o) Could you give examples to illustrate which kinds of nutritional information sources you prefer?
.....

BYLAAG A2: VRAELYS AAN DIEETKUNDIGES IN ENGELS

Die vraelys word slegs in Engels gegee om spasie te spaar, maar was ook in Afrikaans beskikbaar.

Nutrition information requirements and behaviour related to nutritional information in a cancer context

The researcher will fill in the questionnaire and, with your permission, record the interview.

Questionnaire for dietician

Questions for dieticians as guidelines for a semi-structured interview

1 Demographic information

a) Type of education/qualification/specialisation in oncology

.....

b) Age

20-29	30-39	40-49	50-59	>60
-------	-------	-------	-------	-----

c) Gender

Male	Female
------	--------

2 Specific questions directed at dieticians

a) How many years' experience with cancer patients do you have?

.....
.....

b) To what extent do you have personal experience with cancer (apart from your interaction with patients)?

.....
.....

c) Would you please tell me something about how you counsel your cancer patients on matters relating to nutrition?

.....
.....

d) Do you involve the patient's family in your approach?

Yes	No
-----	----

e) Would you care to elaborate on your answer? Any additional details?

.....

f) Why do you consider a diet plan to be important as a supplement to the therapeutic care of cancer patients?

.....



g) Do you require any nutritional information with regard to your cancer patients?

Yes	No
-----	----

h) Would you care to explain your answer?

.....

i) Which sources of information do you use to obtain information regarding nutrition and cancer?

.....

j) Which aspects of the nutrition and care of cancer patients are important to you?

.....

k) To what degree, in your opinion, is there any relationship between nutritional information and the emotional state of a cancer patient?

.....

l) What type of information/guidelines do you offer patients/family?

.....

m) Do you sometimes direct patients to additional sources of information?

Yes	No
-----	----

n) If your answer to question (m) is "Yes", could you give examples of such sources?

.....

o) Is there anything else that you wish to add?

.....

BYLAAG A3 : VRAELYS AAN PASIËNTE IN ENGELS

Die vraelyste word slegs in Engels gegee om spasie te bespaar, maar was ook in Afrikaans beskikbaar.

Nutrition information needs and nutrition-information-related behaviour in a cancer context

Questionnaire for patient

The researcher will fill in the questionnaire and, with your permission, record the interview. The aim of possibly sensitive questions will be explained.

Questions for patients as guidance for a semi-structured interview

1 Demographic information

a) Type of education/qualification

.....

b) Occupation

.....

c) Age	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
--------	-------	-------	-------	-------	-----

d) Gender				Male	Female
-----------	--	--	--	------	--------

	How comfortable are you with the use of	Very Comfortable	Comfortable	Uncomfortable	Very Uncomfortable
e)	Afrikaans				
f)	English				
g)	Other home language				

h)	Does your religious belief influence your diet and nutrition information needs in any way?	Yes	No
----	--	-----	----

i) City and suburb (socio-economic information)
.....

j)	Do you think any of these factors has an influence on your need for nutrition information?	Yes	No
----	--	-----	----

Could you please elaborate on this?

.....

2 Specific questions addressed to the patient

- a) How long ago was your illness diagnosed?
.....
- b) Are you willing to say a little more about it?
.....
.....
.....
- c) What treatment have you received so far?
.....
- d) What was the outcome of your medical treatment?
.....
- e) Describe your satisfaction with the information you have received from your health-care providers¹:

Type of information	Very Satisfied	Satisfied	Unsatisfied	Highly Unsatisfied
Your illness				
Your medical treatment				
Side effects				
Nutritional information needs				
Emotional needs				

- f) Could you kindly explain a little about the nutritional information you have received from your health-care providers?
.....

¹ This includes general practitioners, oncologists and dieticians.



g) What effect did the nutritional information you received from your health-care providers have on you?

Effect	Definitely agree	Agree	Do not agree	Definitely do not agree
New questions arose				
Increased anxiety				
Decreased anxiety				
Improved handling of stress				
Decreased uncertainty				

What other effects did the nutritional information have on you?

.....

h) Did you receive any nutritional information elsewhere?

Yes	No
-----	----

i) If you answered "Yes" to question (h), what needs/questions made you seek other nutrition information?

j) If you answered "Yes" to question (h), what sources did you use?
.....

k) If you answered "No" to question (h), are you willing to explain your answer?
.....

l) Is there anything else on which you would like to elaborate?
.....

3 Questions on formal diet plan

a) Do you follow a specific diet plan?

Yes	No
-----	----

b) If you answered "No" to question (a), why not?
.....

c) Has your diet plan been compiled by a dietician?

Yes	No
-----	----

d) If you answered "No" to question (c), who compiled your diet plan?
.....

e) Are you satisfied with the diet plan that you are following?

Yes	No
-----	----

f) If you answered “No” to question (e), can you explain why not?
.....

g) Is there anything else you would like to say?
.....

h) Do you think the diet plan you have followed so far has brought about any improvement in you condition or the way you are handling it?

Yes	No
-----	----

i) If your answered “Yes” to question (h), would you mind telling me more about it? For instance, how is it affecting your emotional state?

j) Did you use any alternatives such as vitamins or homeopathic treatment?

Yes	No
-----	----

k) If your answer to question (j) was “Yes”, what alternative medication or methods did you use and what were the outcomes?

4 Specific questions for the patient: additional questions regarding information needs

a) Do you need more nutritional information about your condition?

Yes	No
-----	----

b) If your answer to question (a) was “Yes”, what other information do you need?
.....

c) Can you tell me something about your family’s attitude to your specific diet plan and illness?
.....

d) Has the nutritional information you received so far improved your emotional state?

Yes	No
-----	----

e) Are you willing to elaborate on question (d)?
.....

f) Are you part of any support group?

Yes	No
-----	----

g) If your answer to question (f) was “Yes”, are you prepared to elaborate on your answer?
.....

h) If your answer to question (f) was “Yes”, is nutrition discussed in your support group at all?

Yes	No
-----	----

i) If you answer “Yes” to question (h), are you willing to tell me more about it?
.....

j) Is there anything you would like to add?.....
.....

BYLAAG A4: VRAELYS AAN GESIN IN ENGELS

Die vraelys word slegs in Engels gegee om spasie te spaar, maar was ook in Afrikaans beskikbaar.

Nutritional information requirements and behaviour related to nutritional information in a cancer context

The researcher will fill in the questionnaire and, with your permission, record the interview. The reasons for possibly sensitive questions will also be explained.

Questionnaire for family

Questions addressed to family as guidelines for a semi-structured interview

Relation to patient

.....

1 Demographic information

a) Type of education/qualification

.....

b) Occupation

.....

c)	Age	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
d)	Gender					Male	Female

	How comfortable are you with the use of....	Very Comfortable	Comfortable	Uncomfortable	Very Uncomfortable
e)	Afrikaans				
f)	English				
g)	Other home language				
h)	Does your religious belief influence your diet and nutritional information needs in any way?			Yes	No

i) City and suburb (socio-economic information)

.....

j) Do you feel that any of these factors has an influence on your need for nutrition information?

Yes	No
-----	----

Could you please elaborate on this?

.....

2 Specific questions addressed to the family: experience of sickness and information received in general

a) Would you mind describing your experience regarding your family member's illness?

.....

.....

b) Did your family member's health-care providers² include you in their information counselling process? Yes No

c) Could you elaborate on this?

.....

d) Describe your satisfaction with the information you received from your health-care providers²:

Type of information	Very Satisfied	Satisfied	Unsatisfied	Highly Unsatisfied
His/her sickness				
His/her treatment				
Possible side effects				
Nutrition				
Emotional support				

e) Are there any other matters you would like to bring to my attention?

.....

²This includes general medical practioners, oncologists and dieticians.

**3 Specific questions addressed to patient's family member:
questions about formal diet plan**

- a) Have you received any specific diet and nutrition information?

Yes	No
-----	----
- b) Could you please elaborate on this?
.....
- c) If your answer to question (a) was "Yes", please describe the quality of the information you received from your family's health-care providers (particularly nutrition information)?
.....
- d) If your answer to question (a) was "Yes", what did the nutritional information you received from the health-care providers mean to you?
.....
- e) Has your family member's diet plan been provided by a dietician?

Yes	No
-----	----
- f) If your answer to question (e) was "No", who provided his/her diet plan?
.....
- g) Are you satisfied with the diet plan that your family member is following?

Yes	No
-----	----
- h) If your answer to question (g) was "No", what queries do you have about the diet plan?
.....
- i) Have you noticed any improvement in your family member's condition or the way he/she is handling it, given the diet plan and nutrition information he/she received?

Yes	No
-----	----
- j) Do you think your family member has experienced any improvement?

Yes	No
-----	----
- k) Would you mind describing the improvement (or lack of improvement)?
.....
- l) Have you received information from other sources?

Yes	No
-----	----
- m) If your answer to question (l) was "Yes", what prompted you to seek additional information?
.....
.....
- n) If your answer to question (l) was "Yes", what sources of information did you use?
.....
.....
- o) Do you require any further nutritional information regarding your family member's condition?

Yes	No
-----	----
- p) If your answer to question (o) was "Yes", what is the reason?
.....

q) Do you have anything else to say regarding the nutritional information your family member has already received? What nutritional information would you still like to receive?.....

4 Specific questions to family member: additional information needs and behaviour

a) Would you care to say something about your family member's attitude regarding his/her specific nutritional information needs and condition?
.....

b) Has your personal emotional state improved at all since you received the nutritional information?

Yes	No
-----	----

c) Are you prepared to elaborate on your answer?
.....

d) Do you belong to any general/specific support group?

Yes	No
-----	----

e) If your answer to question (d) was "Yes", are you willing to expand on it?
.....

f) If your answer to question (d) was "No", would you like to explain?
.....

g) Are any aspects of nutrition discussed in you support group?

Yes	No
-----	----

h) If your answer to question (g) was "Yes", are you willing to elaborate on it?
.....

j) Is there anything else you would like to add?.....



Die ingeligte toestemmingsbriewe word in Afrikaans en Engels gegee om volledighedsredes.

Bylaag B1: Ingeligte toestemmingsvorm in Afrikaans

Ingeligte toestemmingsvorm (vir toestemming deur die respondent)

(Hierdie vorm moet deur elke respondent geteken word, en daarna deur die navorser op rekord gehou word)

1. **Titel van navorsingstudie:**
Voedingsinligtingbehoefte en -gedrag in 'n kankerkonteks¹
2. Ek, gee hiermee vrywillig my toestemming om deel te neem aan die navorsingstudie soos verduidelik aan my deur Jantina Bertha Louw.
3. Die aard, doelwitte, moontlike gesondheids- en veiligheidsimplikasies van die navorsingstudie is aan my verduidelik en ek verstaan dit.
4. Ek verstaan my reg om te besluit of ek wil deelneem aan hierdie navorsingstudie en dat die inligting wat versamel word, as vertroulik hanteer sal word. Ek is bewus daarvan dat die resultate van die navorsingstudie gebruik mag word vir publikasie.
5. Nadat ek die vorm geteken het, sal 'n kopie aan my voorsien word.

Respondent: Datum:.....

Getuie:..... Datum:.....

Navorser:..... Datum:.....

¹ Die titel is met verloop van die studie op geringe wyse aangepas.

Appendix B2: Informed consent form in English

Informed consent form (for approval by respondent)

(This form has to be signed by each respondent, and then kept on record by the researcher.)

1. **Title of research study:**
Nutritional information requirements and nutritional information-related behaviour in a cancer context⁴
2. I, hereby voluntarily agree to take part in the research study as explained to me by Jantina Bertha Louw.
3. The nature, goals, possible health and safety implications of the research study have been explained to me and I understand them.
4. I understand my right to decide whether or not to participate in this research study and that the information that is collected will be confidential. Furthermore, I realise that the results of this research study may be used for publication.
5. I will be supplied with a copy of this form after I have signed it.

Respondent: Date:

Witness: Date:

Researcher: Date:

⁴ The title was slightly adapted since data collection

Die dekbriewe word in Afrikaans en Engels gegee vir volledighedsredes.

Bylaag C1: Dekbrief in Afrikaans

Deelnemer se afskrif

Voedingsinligtingbehoefte en -gedrag in 'n kankerkonteks⁵

Die doel van die vraelys is om data te bekom van die geselekteerde rolspelers (onkoloog, dieetkundige, pasiënt en gesin) rakende hulle voedingsinligtingbehoefte en -gedrag in die kankerkonteks. Verder dien die vraelys as begeleidende riglyn in semi-gestruktureerde onderhoude.

Dit maak deel uit van die navorsingstudie van Jantina Bertha Louw onder leiding van Professor Ina Fourie met die oog op die verkryging van die Magistergraad in Inligtingkunde aan die Universiteit van Pretoria.

Die oogmerk is dat die ondergetekende as navorser self die vraelys sal voltooi. Dit mag egter gebeur in die situasie waar 'n semi-gestruktureerde onderhoud gevoer gaan word met individue of fokusgroepe, dat die betrokke persone se insette op band geneem sal word. Die vrae beweeg van die algemene na die meer spesifieke. Soms word vrae herhaal om seker te maak dat die onderhoudvoerder die respondent(e) reg verstaan het. Afhangende van die antwoorde wat die respondent gee, mag sekere vrae soms weggelaat word en ander kere mag selfs op vrae uitgebrei word om die nodige data te verkry. As deelnemers jonger as die ouderdom van 18 is, sal toestemming ook verkry word van die ouer of wettige voog.

Die doel van hierdie navorsing is om te fokus op gekose rolspelers in 'n kankerkonteks, naamlik die onkoloog, geneesheer, dieetkundige, pasiënt en gesin met die bedoeling om hulle voedingsinligtingbehoefte en -gedrag te bepaal. Hiermee probeer die navorser ook vasstel of relevante voedingsinligting verband hou met die emosionele belewenis van die pasiënt en die gesin. Die waarneming van die mediese versorgers [onkoloog (of ander geneesheer) en dieetkundige] in die verskaffing van voedingsberadende inligting is hier ook van kardinale belang.

⁵ Die titel is op geringe wyse aangepas sedert data-insameling

Om die doel van hierdie navorsing sinvol te bereik, is die verkryging van genoeg data oor die onderstaande vrae nodig:

- Wat is die inligtingbehoefte van onkoloë, dieetkundiges, kankerpatiënte en gesinslede met betrekking tot voeding?
- Wat is die inligtinggedrag van onkoloë, dieetkundiges, kankerpatiënte en gesinslede met betrekking tot voeding?
- Is daar 'n verband tussen relevante voedingsinligting en emosionele gedrag?

Inligting verkry uit die vraelyste sal op vertroulike wyse hanteer word. Name van deelnemers sal nie genoem word in navorsingsbevindinge wat gepubliseer of voorgelê mag word by konferensies nie. Deelname sal op die basis van vrywillige betrokkenheid geskied en deelnemers mag op enige tydstip onttrek van die semi-gestruktureerde onderhoud. As daar vrae is wat die respondente nie kans sien om te beantwoord nie, sal dit gerespekteer word. Indien nodig sal onderhoude onderbreek word om aan te pas by die navorsingsdeelnemers (veral pasiënte) en sal op 'n meer geleë tydstip voortgesit word.

U tyd en ondersteuning onder sulke moeilike omstandighede word hoog op prys gestel.

Navorsers:

Me Jansie Louw

Magisterstudent

Universiteit van Pretoria

Tel: (012) 342 7678 (huis); 082-481-2151

E-pos: jansie.louw@up.ac.za

Studieleier:

Prof Ina Fourie

Departement van Inligtingkunde

Universiteit van Pretoria

Tel: (012) 420-5216 (werk); 082-707-8062

E-pos: ina.fourie@up.ac.za

Appendix C2: Covering letter in English

Participant's copy

Nutritional information requirements and nutritional information behaviour in a cancer context⁶

The purpose of this questionnaire is to obtain data from selected role-players (patient, family, oncologist and dietician) with regard to their nutritional information requirements and nutritional information-related behaviour in a cancer context. The individual questionnaires serve as guidelines for semi-structured interviews.

The questionnaire forms part of the research study of Jantina Bertha Louw under the supervision of Professor Ina Fourie towards a master's degree in Information Science at the University of Pretoria.

The researcher will fill in the questionnaire. An interview may also be recorded on audio cassette tape. The questions progress from more general questions to more specific questions. Some questions may be repeated to ensure that the researcher has understood the respondent correctly. Depending on the respondent's answers, some questions may be omitted, while others may go into greater detail to get the required data. If respondents are younger than 18, their parents' or legal guardians' permission will be required.

The purpose of this research is to focus on chosen role-players in a cancer context - the patient, family, oncologist/medical doctor and dietician, with the aim of determining their nutritional information requirements and information behaviour regarding nutrition. This study also aims to determine whether there is a relationship between the relevant nutritional information and the emotional experience of the patient and family. The observation of the medical professionals [oncologist (or medical doctor) and dietician] in providing counselling on nutritional information is especially important.

To reach a meaningful conclusion to this study, the acquisition of sufficient data to answer the following questions is necessary:

- What information regarding nutrition do cancer patients, their family, dieticians and oncologists require?

⁶ The title was slightly adapted since data collection

- What behaviour relating to nutritional information do cancer patients, their family, dieticians and oncologists display?
- Is there some relationship between relevant nutritional information and emotional behaviour?

Information obtained from questionnaires will be confidential. Names of participants will not be revealed in the research findings that will be published or used at conferences. Respondents' participation is entirely voluntary and they may withdraw at any stage of the semi-structured interview. If a respondent does not want to answer a certain question, his or her choice will be respected. If necessary, the interview will be interrupted to accommodate participants (especially patients) and the interview will be continued at a more suitable time.

We sincerely appreciate your time and cooperation in this difficult period.

Researcher:

Ms Jansie Louw

Master's student

University of Pretoria

Tel: (012) 342 7678 (home); 082-481-2151

Email: jansie.louw@up.ac.za

Study leader:

Prof. Ina Fourie

Department of Information Science

University of Pretoria

Tel: (012) 420-5216 (work); 082-707-8062

Email: ina.fourie@up.ac.za