FAKTORE WAT VERHOED DAT STUDENTE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE AS LOOPBAAN KIES

Deur

Ronelle Jansen

Faktore wat verhoed dat studente psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies

deur

Ronelle Jansen

'n Verhandeling voorgelê vir die nakoming van die vereistes vir die graad

Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde

In die Fakulteit Gesondheidswetenskappe

Skool vir Verpleegkunde

Universiteit van die Vrystaat

Studieleier: Dr. I. Venter

Oktober 2012

VERKLARING

Hiermee verklaar ek, dat die verhandeling wat hierby vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my eie selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir ’n graad aan ’n ander Universiteit of Fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van die outeursreg in die skripsie ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

_____

Ronelle Jansen

TAALVERSORGING

Hiermee verklaar ek, Laura Ester Ziady (ID no. 5607260131088), dat ek behulpsaam was met die taalversorging van die verhandeling van Ronelle Jansen (ID no. 7004160053083), getiteld: **"Faktore wat verhoed dat studente psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies"** vir inhandiging vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde, aan die Universiteit van die Vrystaat.

Kwalifikasies:

M.Soc.Sc. Verpleegkunde

Handtekening: LZiady

Datum: 23 Oktober 2012

Plek: Bloemfontein

DANKBETUIGINGS

Hiermee wil ek graag my opregte waardering en dank uitspreek teenoor:

- My Hemelse Vader: “Met my hele hart sal ek U prys, Here my God, U Naam altyd eer” (Ps 86:12).

- My gesin: Stephen, Marco en Zané vir al die liefde, geduld en opofferings. My man se uithouvermoë en ondersteuning verdien ’n goue medalje!

- My sussie: Ina wat ’n besonderse voorreg was dit nie om hierdie pad saam met jou te kon loop nie. Dink net hoe trots sou mamma, pappa, ouma en oupa op ons twee se prestasies gewees het.

- Al my vriende: Elzieta, Louise, Retha, Marita, Anneri, Petro, Elgonda, Mandie, Julie, Heleen, Ronel, Renette, Karen, Marianne en Desiré (mis jou) vir die gebede, raad, belangstelling en liefdevolle ondersteuning.

- My studieleier: Idalia vir die teregwysings, raad, motivering en voltydse oorlogvoering!

- Vriendin en groepsfasiliteerder: Lily vir die raad, ondersteuning en waardevolle insette tydens die verloop van die navorsing.

- Skool vir Verpleegkunde en kollegas: Vir al die geleenthede en finansiële ondersteuning sowel as die vertroue in my vermoëns. Dankie vir julle belangstelling.

- Prof Louis Venter: U raad en bystand met die akademiese versorging van my studie.

- Sr. Laura Ziady vir jou kundigheid en waardevolle insette met die taalversorging.

- June Klopper wat ’n meester was met die rekenaar en tegniese versorging. Dankie my vriendin!

- Al die studentverpleegkundiges wat aan die studie deelgeneem het.

- My vierpotige vriende: Shana (mis jou), Vodka, Mieka, Wanja en Kaylee wat altyd bly is om my te sien.

OPSOMMING

Verskeie navorsingstudies toon dat voorgraadse studentverpleegkundiges nie belangstel in psigiatriese verpleegkunde as ’n loopbaan nie. Hierdie studies spreek die kommer uit oor die internasionale tekorte in psigiatriese verpleegkundiges. Daar is voortdurend ’n aanvraag na psigiatriese dienste en strategieë word benodig om verpleegkundiges vir dié spesialiteit te werf.

Die doel van hierdie studie was om die faktore te identifiseer wat verhoed dat voorgraadse studentverpleegkundiges psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies. ’n Kwalitatiewe, verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is gebruik en data is deur die Nominalegroeptegniek ingesamel. Die teikenpopulasie was studentverpleegkundiges van die Skool vir Verpleegkunde van die Universiteit van die Vrystaat sowel as die Free State School of Nursing. Die eenheid van analise het uit vier groepe bestaan. Twee groepe met agt lede elk, was afkomstig uit die Skool vir Verpleegkunde van die Universiteit van die Vrystaat. Die ander twee groepe, wat onderskeidelik uit vyf en ses lede bestaan het, was afkomstig van die Free State School of Nursing. Die vier groepsessies is deur ’n ervare fasiliteerder gelei.

Die volgende kategorieë is uit die inhoudsanalise geprioritiseer: Persoonlike faktore, werksomgewing, onprofessionele gedrag, leeromgewing en ’n ongeklassifiseerde kategorie. Elke kategorie is verder in temas opgedeel. Temas wat onder persoonlike faktore ontwikkel het, was vaardigheidsverlies, emosionele uitputting, swak prognose van die pasiënte, emosionele oorbetrokkenheid, beperkte beroepsgeleenthede en beroepsvoorkeur. Verder, in die kategorie werksomgewing, het temas ontstaan dat die kliniese veld onveilig en nie- stimulerend is. Kenmerkend onder die kategorie onprofessionele gedrag was die opinie dat daar geen professionele dissipline in psigiatriese verpleegkunde is nie, asook die mishandeling van pasiënte. Die leeromgewing is oorheers deur gevoelens van personeel stagnering en verkeerde verpleegsorg. Laastens was die ongeklassifiseerde kategorie met ongeklassifiseerde temas.

In die lig van bogenoemde het die navorser verskeie aanbevelings gemaak. Eerstens het die fokus op kliniese onderrigmetodes om die voorgraadse kurrikulum te transformeer geval. Tweedens is die kliniese praktyk, wat sekere veranderinge benodig. In die derde plek is die bemarking van psigiatriese verpleegkunde as ’n toekomstige beroep onder jong mense. Laastens is daar ’n behoefte vir verdere navorsing geïdentifiseer, om te bepaal of studentverpleegkundiges in ander provinsies van dieselfde menings oor psigiatriese verpleegkunde was. Die laaste aanbeveling is om die positiewe faktore wat tot studentverpleegkundiges se besluit om psigiatriese verpleegkunde as beroep te kies, te identifiseer.

SUMMARY

Several research studies suggest that final year nursing students do not consider psychiatric nursing as a popular career option. There is an international and widespread concern about the nursing shortages in psychiatry. The demand for psychiatric services continues to grow and there is a need for strategies to recruit nurses for this specialization.

The purpose of this study was to identify the factors that prevent undergraduate nursing students from choosing psychiatric nursing as a career. A qualitative, explorative and descriptive research design was used. Data was collected through the Nominal Group Technique. A sample of convenience consisted of nursing students from the School of Nursing from the University of the Free State as well as the Free State School of Nursing. This unit of analysis comprised of four nominal groups. Two of the groups were from the School of Nursing at the University of the Free State, of which each had eight members. The other two groups were from the Free State School of Nursing and comprised alternatively of five and six members. The four nominal groups were managed by an experienced facilitator.

The following main causal categories emerged from the content analysis of the data, presented in the order that they were prioritized: Personal factors, working environment, unprofessional behaviour, learning environment and an unclassified category. Each category was divided into relevant themes. The themes in the category of personal factors included the loss of skills, emotional draining, poor prognosis of the patients, emotionally over-involvement, limited career opportunities and career choice. Significant of the working environment was the participants' opinion that psychiatry was unsafe and boring. Noteworthy in the category of unprofessional behaviour was the lack of professional discipline and the abuse of patients reported by the participants. The learning environment was depicted as stagnant and rife with the incorrect nursing care of the staff. Lastly there is the unclassified category with unclassified themes.

In regard to the abovementioned categories, the researcher has made a variety of recommendations. Firstly the focus falls on teaching strategies in the undergraduate nursing curriculum that need to transform. Secondly, the clinical practice would require certain changes. In the third place, the focus would be on the branding of psychiatric nursing as an acceptable future career for young people. Finally, there is a need for further research concerning the nursing students in other provinces, and whether they share the same opinions regarding a career in psychiatry. Lastly, research would also be required to identify those factors that positively influence the attitudes of those students that decide on a career in psychiatric nursing.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

OPSOMMING iv
SUMMARY vi

HOOFSTUK 1 NAVORSINGSPROBLEEM, DOELSTELLING EN METODOLOGIE

1.1 INLEIDING 1
1.2 DIE AARD VAN PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE 2
1.3 PROBLEEMSTELLING 3
1.4 DOEL 4
1.5 BEGRIPSOMLYNING 4
1.5.1 Psigiatriese verpleegkunde 4
1.5.2 Studentverpleegkundige 4
1.5.3 Loopbaan 4
1.6 NAVORSINGSONTWERP 5
1.7 NAVORSINGSTEGNIEK 5
1.8 POPULASIE EN EENHEID VAN ONTLEDING 7
1.9 VERKENNINGSONDERHOUD 8
1.10 DATA-INSAMELING 9
1.10.1 Voorbereiding vir die nominale groepgesprek 9
1.10.2 Uitvoering van die nominale groepgesprek 9
1.11 DATA-ONTLEDING 11
1.12 MAATREëLS OM GELOOFWAARDIGHEID TE VERSEKER 11
1.12.1 Waarheidsgetrouheid 11
1.12.2 Betroubaarheid 12
1.12.3 Bevestigbaarheid 12
1.12.4 Oordraagbaarheid 13
1.13 LITERATUUROORSIG 13
1.14 ETIESE ASPEKTE 13
1.15 WAARDE VAN DIE STUDIE 15

1.16 SLOT 15

HOOFSTUK 2 NAVORSINGSMETODOLOGIE EN ONTWERP

2.1 INLEIDING 16
2.2 KWALITATIEWE NAVORSINGONTWERP 16
2.3 VERKENNENDE ONTWERP 17
2.4 BESKRYWENDE ONTWERP 17
2.5 POPULASIE 18
2.6 ONTLEDINGSEENHEID 18
2.7 INSLUITINGSKRITERIA EN SELEKSIETEGNIEKE 19
2.8 VERKENNINGSONDERHOUD 21
2.8.1 Seleksie van die deelnemers 22
2.8.2 Uitvoering van die verkenningsonderhoud 23
2.8.3 Navorsingsvraag 24
2.9 NAVORSINGSTEGNIEK 24
2.9.1 Inleiding 24
2.9.2 NGT-prosedure 25
2.9.3 Voordele van die NGT 25
2.9.4 Nadele van die NGT 26
2.10 DATA-INSAMELINGSPROSES 26
2.11 FASILITEERDER VIR DIE NGT-PROSES 27
2.12 DIE NGT-PROSES 28
2.12.1 Inleiding 28
2.12.2 Voorbereiding vir die nominale groepe 29
2.12.3 Uitvoering van die nominale groepsessies 30
2.13 DATA-ONTLEDING 37
2.13.1 Data-reduksie 37
2.13.2 Data-voorstelling 37
2.13.3 Data-verifikasie 37
2.14 INHOUDSONTLEDING 38

2.15 MAATREëLS OM GELOOFWAARDIGHEID IN DIE STUDIE TE VERSEKER 46
2.15.1 Waarheidsgetrouheid 46
2.15.1.1 Triangulasie 46
2.15.1.2 Deelnemerkontrolering 47
2.15.1.3 *Portuurgroepkontrolering* *47*
2.15.2 Betroubaarheid 48
2.15.3 Bevestigbaarheid 48
2.15.4 Oordraagbaarheid 50
2.16 ETIESE OORWEGINGS 50
2.16.1 Vrywillige deelname en ingeligte toestemming 50
2.16.2 Selfbeskikking 52
2.16.3 Privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid 53
2.16.4 Welgesindheid 54
2.16.5 Regverdigheid 54
2.17 OPSOMMING 55

HOOFSTUK 3 BESPREKING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE

3.1 INLEIDING 56
3.2 DEMOGRAFIESE DATA 56
3.3 VERGELYKING VAN GROEPE SE RESPONSE 58
3.4 NAVORSINGSBEVINDINGE 60
3.4.1 Persoonlike Faktore 60
3.4.1.1 Vaardigheidsverlies 62
3.4.1.2 Emosioneel uitputtend 64
3.4.1.3 Swak prognose 66
3.4.1.4 Emosionele oorbetrokkenheid 67
3.4.1.5 Beperkte beroepsgeleenthede 69
3.4.1.6 Beroepsvoorkeur 70
3.4.2 Werksomgewing 71
3.4.2.1 Onveilige omgewing 73
3.4.2.2 Nie-stimulerende omgewing 75

3.4.3 Onprofessionele Gedrag 78
3.4.3.1 Geen professionele dissipline 79
3.4.3.2 Uitbuiting en mishandeling van pasiënte 81
3.4.4 Leeromgewing 83
3.4.5 Ongeklassifiseerde Kategorie 85
3.5 TEORETIESE BEGRONDING 86
3.5.1 “Trait-factor” teorie 86
3.5.2 Samevatting 88
3.6 SLOT 90

HOOFSTUK 4 GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

4.1 GEVOLGTREKKING 91
4.2 AANBEVELINGS 92
4.2.1 Kliniese Onderrigmetodes 92
4.2.1.1 Vroeë blootstelling in die program 92
4.2.1.2 Interaktiewe werkswinkel 94
4.2.2 Kliniese Praktyk 96
4.2.2.1 Nouer samewerking tussen instansies 97
4.2.2.2 Preseptors 98
4.2.2.3 Informele aktiwiteite 99
4.2.2.4 Institusionele konferensies 100
4.2.3 Bemarking van Psigiatriese Verpleegkunde 100
4.2.4 Verdere Navorsing 101
4.3 PERSOONLIKE REFLEKTERING 101
4.4 TEN SLOTTE 103

BRONNELYS 104

LYS VAN FIGURE

Bladsy

Figuur 2.1 Skematiese voorstelling van die lokaalrangskikking en rigting van die rondomtalieproses. 33

Figuur 2.2 Voorbeeld van die indekskaart. 35

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1 Sigblad met groepnommers, response, stemtellings, totaal en gemiddeld 40
Tabel 2.2 Sigblad met prioriteitstellings en identifisering van die Top 5. 41
Tabel 2.3 Voorbeeld van Stappe 3 en 4. 43
Tabel 2.4 Voorstelling van Stap 5. 44
Tabel 2.5 Voorstelling van die dokument-spoor in hierdie studie. 49
Tabel 3.1 Demografiese data van deelnemers 56
Tabel 3.2 Vergelyking van FSSON en SvV se response en stemtellings. 58
Tabel 3.3 Groepe se Top 5-kategorieë en die finale bevindinge. 59
Tabel 3.4 Persoonlike faktore: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes. 61
Tabel 3.5 Werksomgewing: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes. 72
Tabel 3.6 Onprofessionele gedrag: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes. 79
Tabel 3.7 Leeromgewing: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes. 83
Tabel 3.8 Ongeklassifiseerde kategorie: Response met puntetellings 86

LYS VAN BYLAE

BYLAE A Goedkeuring deur die Etiese Komitee. 117

BYLAE B Toestemmingsbriewe aan die betrokke instansies vir die navorsing 120

BYLAE C Toestemmingsbriewe tot navorsing deur die betrokke instansies verskaf. 127

BYLAE D Voorbeeld van die ingeligte toestemmingsvorms vir die onderskeie deelnemers aan die NGT-groepe. 136

BYLAE E Voorbeeld van die NGT-program vir al die nominale groepe. 139

BYLAE F Die vier groepe se verwerkte NGT-data: Stappe 1-4. 142

BYLAE G Die gekombineerde groepsdata en die finale Top 5 uitslag. 174

HOOFSTUK 1
NAVORSINGSPROBLEEM, DOELSTELLING EN METODOLOGIE

1.1 INLEIDING

'n Generiese, geïntegreerde graad in verpleegkunde duur vier jaar aan die Universiteit van die Vrystaat (UV). So 'n program het 'n voorgestelde kurrikulum wat onderworpe is aan goedkeuring deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV), die Raad op Hoër Onderwys, die Suid-Afrikaanse Kwalifikasie-owerheid sowel as die Nasionale Kwalifikasieraamwerk (Skool vir Verpleegkunde (SvV), Jaarboek, 2010:7-8).

'n Generiese graad / diploma in verpleegkunde aan 'n goedgekeurde opleidingsinstansie bied gegradueerde studente die geleentheid om die volgende kwalifikasies by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging te registreer: Algemene Verpleegkunde, Vroedvrou, Gemeenskapsgesondheids-verpleegkunde en Psigiatriese Verpleegkunde. Tydens hulle vier jaar word studente in hierdie vier rigtings blootgestel aan verskeie werkplek-leerervarings (SvV-Jaarboek, 2010:7-8).

Studente in hulle finale jaar het waarskynlik reeds besluit in watter rigting hulle graag sal wil werk. Hul besluit berus moontlik op persoonlike voorkeur en belangstelling in daardie rigting. Tydens informele gesprekke met finale jaar studentverpleegkundiges is gevind dat daar negatief teenoor psigiatriese verpleegkunde as 'n beroepsrigting reageer word. Verskeie redes daarvoor word aangevoer: *Ek het geen geduld vir daardie tipe mense nie; Ek sal nie elke dag met sulke pasiënte kan werk nie; Dit is te vervelig;* en *Daar is geen stimulasie nie.*

Hierdie redes resoneer met dié wat studente in Amerika, Engeland, Ierland, Nieu-Seeland en Australië op 'n meer formele grondslag geopper het: Werksdae is vervelig, pasiënte het swak kommunikasievaardighede of is onverstaanbaar, gedragsterapie werk nie, pasiënte verbeter nie, psigiatriese verpleging is gevaarlik

en daar is stigmatisering. Verdere redes vir swak belangstelling in psigiatriese verpleegkunde as werksrigting sluit in swak salarisse en geen verdere ontwikkelings geleenthede nie. Om nuwe studente vir psigiatriese verpleegkunde te werf en te behou is ŉ probleem vir die verplegingsberoep (Happell, 2009a:39; Holmes, 2006:404; Miers, Rickaby & Pollard, 2007:1197; Pillay, 2009:9; Puskar & Bernardo, 2003:29; Rhodes & Bouic, 2007:36; Surgenor, Dunn & Horn, 2005:103).

1.2 DIE AARD VAN PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE

Psigiatriese verpleegkunde verskil van ander verpleegrigtings. Die kliniese psigiatriese praktyk is nie fisiek veeleisende werk nie. Studentverpleegkundiges voel dat hulle nie veel doen nie, omdat die pas stadiger is. Emosionele eise word aan studentverpleegkundiges gestel om byvoorbeeld ŉ volle pasiënteenheid só te stimuleer dat pasiënte verbetering sal toon. Dit neem egter tyd voordat enige pasiëntvordering waargeneem word. Veral by die langtermyn-psigiatriese pasiënte is daar geen dramatiese verbetering oornag sigbaar nie en dan kan negatiwiteit voorkom. In akute psigiatriese afdelings sien studentverpleegkundiges wel vinniger resultate, maar hierdie werkplekleerervarings vorm slegs ŉ deel van hul praktykplasings. Ander werkplekleerervarings waar studentverpleegkundiges te doen kry met pasiënte wat ernstig verstandelik gestremd of emosioneel onstabiel is, kan soms ontstellend wees (Uys & Middleton, 2010:15-16).

Daarbenewens is daar die media se onakkurate rapportering en stigmatisering van psigiatriese pasiënte, wat wanpersepsie by studentverpleegkundiges veroorsaak. Hierdie wanpersepsie lei tot stereotipering wat weer veroorsaak dat psigiatriese pasiënte as aggressief en gevaarlik beskou word. Studentverpleegkundiges vorm dus ŉ negatiewe beeld van psigiatriese verpleegkunde (Hoekstra, Van Meijel & Van der Hooft-Leemans, 2010:7; Uys & Middleton, 2010:85; Waughfield, 2002:15).

Kliniese psigiatriese werkplekleerervarings veroorsaak ŉ kultuurskok by sommige studentverpleegkundiges, wie dikwels vooraf slegs ŉ vae beeld daaroor gevorm het. Verdere gevoelens soos vrees, angs, ongemak en skok ontstaan (Fisher, 2002:131;

Rushworth & Happell, 2000:129; Uys & Middleton, 2010:15). Hierdie negatiewe ervarings veroorsaak dat psigiatriese verpleegkunde hoegenaamd nie as 'n gewilde loopbaankeuse oorweeg word nie (Happell, 1999a: 483; Happell, 1999b: 503; Hoekstra *et al*., 2010:5).

1.3 PROBLEEMSTELLING

Die tekort aan belangstelling in psigiatriese verpleegkunde as 'n loopbaan dra by tot die verpleegtekorte in psigiatriese verpleegkunde in lande soos Amerika (VSA), Kanada, Engeland, Ierland en Australië. Hierdie tekorte geld ook in Suid-Afrika (SA). Terwyl daar in genoemde lande reeds te min verpleegkundiges is, styg die aantal pasiënte wat met psigiatriese toestande gediagnoseer word**.** Hierdie psigiatriese toestande wissel van matig tot ernstig. In Suid-Afrika dra dit by tot die las van openbare siektetoestande. Die Suid-Afrikaanse populasie het van 1995 tot 2005 met sewe miljoen mense gegroei. Intussen het die aantal beskikbare verpleegkundiges in SA van 1996 tot 2003 met 16% verminder. 'n Opname deur die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) in 17 lande (SA ingesluit) toon dat die getal psigiatriese gevalle voortdurend internasionaal besig is om te styg. Psigiatriese gevalle in SA, Israel en Nigerië se geskatte voorkomsrisiko strek van 57% tot 69%, teenoor Amerika se 17%. Volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie (2005) is daar vir elke 100 000 lede van die populasie in Suid-Afrika slegs 8 psigiatriese verpleegkundiges beskikbaar (Hirschfield, 2009:107; Holmes, 2006:402-404; Kessler, Angermeyer, Anthony *et al*., 2007:171; Mokoka, Oosthuizen & Ehlers, 2010:1; Patzel, Ellinger & Hamera, 2007:58; Pillay, 2009:9; Van der Westhuizen, 2008:9; Ward & Cowman, 2007:455; Williams, Herman, Stein *et al*., 2007:217).

Die Suid-Afrikaanse verpleegkundige korps word al hoe ouer, en bereik nou aftree-ouderdom. Volgens SARV statistiek (2009), is 32% van die verpleegkundiges wat in Suid-Afrika geregistreer is tussen 40 en 49 jaar oud en 28% is tussen 50 en 59, met die gemiddelde ouderdom tussen 46 en 50 jaar. Hierdie statistiek volg dieselfde tendens as in ander lande. Die verontrustende waarheid is dat verpleegkundiges op intreevlak as gevolg van onvoldoende getalle nie die verpleegkundiges wat aftree-ouderdom bereik het, kan vervang nie (Holmes, 2006:402; Patzel *et al.*, 2007:58; Pillay, 2009:9; Puskar & Bernardo, 2003:29).

Die vraag ontstaan of die redes onder punt **1.1**, oor waarom pas afstudeerde studente nie psigiatriese verpleegkunde as ’n loopbaan kies nie, werklik geldig is, en of dit die toets van ’n kontekstualiseerde veldondersoek sou kon deurstaan.

1.4 DOEL

Die doel van hierdie studie is om met ’n veldondersoek die faktore te beskryf wat verhoed dat finale-jaar studentverpleegkundiges van die Skool vir Verpleegkunde aan die Universiteit van die Vrystaat (UV) en die Free State School of Nursing (FSSON) psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies. As hierdie struikelblokke geïdentifiseer kan word, sou aanbevelings dan ook gemaak kon word om toekomstige studente te motiveer om psigiatriese verpleegkunde as ’n loopbaan te oorweeg.

1.5 BEGRIPSOMLYNING

1.5.1 Psigiatriese verpleegkunde is ’n rigting in die verpleegsorgpraktyk. Dit fokus op die optimale bevordering van geestesgesondheid deur beraming, diagnosering, behandeling, voorkoming en langtermyn versorging van pasiënte met geestesversteuringsprobleme (Uys & Middleton, 2010:837).

1.5.2 'n Studentverpleegkundige is ’n student wat volgens die Suid-Afrikaanse Wet op Verpleging (Wet Nr. 33 van 2005) onderrig en opleiding by ’n akkrediteerde verpleegopleidingskool ontvang. So ’n student sal gevolglik ook by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer wees.

1.5.3 ’n Loopbaan is deel van ’n lewenspatroon waarin ’n gekose beroep beoefen word. Dis ’n integrerende faset van ’n persoon se ontwikkeling in ’n organisasie (Reardon, Lenz, Sampson *et al*., 2000:6; Stead & Watson, 2006:183).

1.6 NAVORSINGSONTWERP

'n Navorsingsontwerp maak drie aannames: ontologiese, epistemologiese en metodologiese aannames (Maree, 2010:52; Polit & Beck, 2008:13).

Ontologiese aannames dui op persepsies van die realiteit, meer bepaald op die individuele vertolking en beskouing van sosiale aksies in die reële wêreld (Maree, 2010:54). Uit 'n ontologiese oogpunt wil hierdie studie studente se individuele vertolking van en siening oor die psigiatriese kliniese veld bepaal.

Epistemologiese aannames dui op die mate van kennis waaroor 'n individu oor die realiteit beskik, byvoorbeeld psigiatriese verpleegkunde (Maree, 2010:55). In hierdie studie, val die fokus op die keuse wat die studente uitgeoefen het nadat hulle ervaring van die psigiatriese kennisveld gehad het.

Metodologiese aannames dui op die navorser se navorsingskeuses. Die kwalitatiewe, verkennende en beskrywende ontwerp van hierdie studie beteken dat die navorser op 'n empiriese wyse die belewenisse, karaktertrekke en persepsies van werklike studentverpleegkundiges ondersoek (Berg, 2007:3,8; Maree, 2010:257; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:77).

Die kwalitatiewe navorsingsgegewens wat op hierdie wyses bekom is, is op 'n sistematiese en holistiese wyse ontleed en interpreteer. Kwalitatiewe navorsing se data-insameling fokus eerder op die deelnemers se woorde en denke as op numeriese waardes (Berg, 2007:3,8; Burns & Grove, 2009:51; Maree, 2010:257; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:77).

1.7 NAVORSINGSTEGNIEK

Die Nominalegroeptegniek (NGT) is as metode van data-insameling en -ontleding gebruik. Data-insameling en -ontleding vind gelyktydig plaas. Die NGT is 'n kombinasie van kwalitatiewe- en kwantitatiewe navorsingsmetodes. Hierdie metode van data-insameling word gebruik om persepsies in groepsverband te bespreek. Dit

is ’n gestruktureerde metode waar deelnemers van aangesig tot aangesig eers faktore individueel neerskryf, en daarna in groepsverband bespreek. Die NGT is ’n kontroleerde werkswyse waardeur response wat deur die groep bespreek word, in prioriteitsvolgorde geplaas kan word (Delbecq & Van de Ven, 1971:470; Perry & Linsley, 2006:348; Potter, Gordon & Hamer, 2004:126; Van Breda, 2005:2).

Volgens Van Breda (2005:2) is die NGT ’n waardevolle navorsingsmetode omdat al die deelnemers kans kry om probleme te identifiseer, sonder druk van die groep of ander dominante lede. Indien dit geslaag toegepas is, kan beduidende inligting in ’n beperkte tyd bekom word (Perry & Linsley, 2006:348; Potter *et al.*, 2004:126; Williams, White, Klem *et al*., 2006:217).

’n Nominale groep word deur ’n ervare fasiliteerder gelei, wat oor goeie kommunikasie- en luistervaardighede beskik. Hierdie eienskappe verhoog die geloofwaardigheid van die studie. ’n Verdere taak van die groepsfasiliteerder is om die individuele response ten laaste saam te vat en te hiërargiseer. Die fasiliteerder verseker ook dat daar ewekansige deelname van al die groepslede is (Delbecq & Van de Ven, 1971:470; Perry & Linsley, 2006:348; Van Breda, 2005:2).

So ’n groepsessie kan van 90 tot 120 minute duur. Meer as een groepbespreking kan gehou word. ’n Groep kan uit 5 tot 12 lede bestaan. Een spesifiek geformuleerde vraag word gebruik om tydens die groepbyeenkoms te bespreek. Hierdie goed-struktureerde, objektiewe vraag moet vooraf deur die navorser formuleer word. Die vraag moet duidelik verstaanbaar en eenvoudig wees om ’n betekenisvolle bydrae te kan lewer. Die vraag mag egter verskillende antwoorde van deelnemende individue genereer (Perry & Linsley, 2006:348; Van Breda, 2005:3; Williams *et al.*, 2006:217,220).

Die studente se integrale redes om nie psigiatriese verpleegkunde as ’n beroep te kies nie, is in die groepe bespreek en geprioritiseer.

Die vraag wat in hierdie studie gebruik is, was:

Waarom wil jy nie psigiatriese verpleegkunde as beroep kies nie? Lys jou redes.
Why won't you choose psychiatric nursing as a career? List your reasons.

1.8 POPULASIE EN EENHEID VAN ONTLEDING

'n Populasie is daardie individue of elemente wat voldoen aan die breë insluitingskriteria vir die navorsing. In kwalitatiewe navorsing bestaan die populasie uit individue wie se persoonlike menings informatief vir die studie gaan wees. Die populasie vir hierdie studie sluit al die finale-jaar studentverpleegkundiges in Suid-Afrika in (Brink, 2006:134; Burns & Grove, 2009:34; Polit & Beck, 2008:355). Uit hierdie totale populasie is 'n bereikbare proefgroep vasgestel. Volgens Burns en Grove (2009:344) is die bereikbare populasie daardie individue waartoe die navorser toegang het.

Vir die doel van hierdie studie was die bereikbare populasie die finale jaar studentverpleegkundiges aan die Universiteit van die Vrystaat se Skool vir Verpleegkunde (SvV) en daardie studente van die Free State School of Nursing (FSSON), wat vir 2011 as verpleegstudente geregistreer is. Daar was 16 studentverpleegkundiges van die SvV wat ingestem het om aan die studie deel te neem. Elf van 20 studentverpleegkundiges wat ewekansig uit FSSON geselekteer is, het vir die data-insameling opgedaag.

Hierdie ontledingseenheid van 27 deelnemers is op grond van die insluitingskriteria saamgestel (Burns & Grove, 2009:344). Die insluitingskriterium vir hierdie studie was eerstens al die studente wat reeds twee werkplekleerervarings in die psigiatrieveld gehad het. Werkplekleerervarings het gewissel van twee tot vier weke in elke plasingsarea. Tweedens het dit diegene wat nie psigiatriese verpleegkunde as 'n eindloopbaan gekies het nie ingesluit. Hierdie ontledingseenheid het uit vier groepe bestaan: twee groepe van FSSON en twee groepe van SvV.

Data-saturasie het bepaal hoeveel nominale groepsessies gehou is (Polit & Beck, 2008:70-71). Groepe is in Engels of Afrikaans aangebied, volgens die individuele voorkeur van die studente. Deelname was vrywillig, met die nodige instemming van elke lid. (Sien **Bylae D**).

1.9 VERKENNINGSONDERHOUD

'n Verkenningsonderhoud is die "proeflopie" om die data-insamelingsmetodes en -tegnieke te toets en te verfyn. 'n Verkenningsonderhoud bestaan uit 'n kleiner groep deelnemers om die uitvoerbaarheid van die navorsingstegniek eers op 'n kleiner skaal te toets. Deur die gebruik van die verkenningsonderhoud kan probleme met die onderhoudsvrae geïdentifiseer word. Die kwaliteit van die vraag wat vir die nominale groep gebruik gaan word, kan getoets word. 'n Verkenningsonderhoud verseker dat die vraag vir die studie geskik en toepaslik is. Dit kan die bevestigbaarheid van die data verhoog (Burns & Grove, 2009:44; Polit & Beck, 2008:213-214).

Derdejaar studentverpleegkundiges wat by die Free State School of Nursing (FSSON) geregistreer was, is vir die verkenningsonderhoud selekteer. FSSON se derdejaar studente het aan die insluitingskriteria voldoen. Deurdat die navorser hierdie derdejaars gebruik het, is voorkom dat die getal beskikbare deelnemers (vierdejaars) uitgeput word. Hierdie verkenningsonderhoud se steekproef het uit vyf studente bestaan. Die Nominalegroeptegniek (NGT) is geïmplementeer. Dit was doeltreffend genoeg om die toepaslikheid van die vraag te bevestig.

Die navorsingsvraag vir die verkenningsonderhoud was dieselfde as wat in 1.6 uiteengesit is, naamlik: *Waarom wil jy nie psigiatriese verpleegkunde as beroep kies nie? Lys jou redes.* Die inligting wat hierdeur versamel is, is nie vir die studie gebruik nie, hoewel dit die toepaslikheid van die navorsingsvraag sonder twyfel bewys het.

1.10 DATA-INSAMELING

Na ontleding van die resultaat van die verkenningstudie, is besluit om met die hoof studie voort te gaan aangesien die resultate die toepaslikheid van die navorsingsvraag bewys het. Die metode van data-insameling was die NGT. Deelnemers van die bereikbare populasie wat aan die insluitingskriteria voldoen en tot die studie ingestem het, het die navorsingsvraag bespreek. Hierdie bespreking is deur 'n fasiliteerder en nie deur die navorser self gelei nie. Al vier groepe is deur dieselfde fasiliteerder hanteer. Die fasiliteerder het die deelnemers aangemoedig om die redes te noem waarom hulle nie psigiatriese verpleegkunde as beroep gekies het nie. Deelnemers het elkeen 'n gelyke deelname kans gekry, met tydsindeling wat eweredig deur die fasiliteerder tegeken is. Dominansie deur groepslede is voorkom deurdat elke lid aangemoedig is om aan die rondomtaliestap deel te neem. 'n Minimale invloed is deur die navorser uitgeoefen, omdat al die groepe deur 'n fasiliteerder gelei is (Delbecq & Van de Ven, 1971:470; Dunham, 1998:aanlyn).

1.10.1 Voorbereiding vir die Nominale Groepgesprek

'n Lokaal waar die groepbespreking gehou is, is met die deelnemers bevestig. Die lokaal was groot en privaat genoeg, dat die groep en fasiliteerder in staat was om rondom 'n U-vormige tafel te kon sit. Deelnemers moes redelik ver uitmekaar sit sodat hulle mekaar nie sou steur nie. Volgens Williams *et al.* (2006:219-220) moes daar tesame met bogenoemde die volgende toerusting beskikbaar wees: 'n Blaaibord, bordpenne in verskillende kleure, genommerde kaarte, met velle papier en 'n pen vir elke deelnemer. Hierdie voorraad is aan elke deelnemer voorsien.

1.10.2 Uitvoering van die Nominale Groepgesprek

Die NGT-gesprek bestaan uit 5 stappe, naamlik: Die verwelkoming, versameling van response, 'n rondomtalie-rondte, bespreking en die stemproses (Drennan, Walters, Lenihan *et al.*, 2007:456; Perry & Linsley, 2006:348; Potter *et al.*, 2004:128).

Stap 1: Verwelkoming (5-10 minute): Alle deelnemers is deur die fasiliteerder verwelkom. Die doel van die studie is weer aan die deelnemers verduidelik. ’n Opsomming van en verduideliking oor die verloop van die NGT is aan die deelnemers gegee.

Stap 2: Versameling van response (20-40 minute): Die beplande vraag is skriftelik sowel as mondelings aan die groepslede gegee. Elke deelnemer kon hul redes waarom psigiatriese verpleegkunde nie as loopbaan oorweeg word nie, neerskryf. Dit het sonder interaksie tussen deelnemers of inmenging van die fasiliteerder geskied.

Stap 3: Rondomtalie (20-30 minute): Elke deelnemer het nou die geleentheid gekry om een respons op ’n slag aan die groep en fasiliteerder voor te hou. Elke respons is op die blaaibord neergeskryf. Hierdie proses is voortgesit totdat al die deelnemers se opinies uitgeput was.

Stap 4: Besprekingsessie (20-40 minute): Elke respons wat op die blaaibord neergeskryf is, is deur die groep bespreek. Sommige response is daarna weggelaat en ander is bygevoeg, totdat almal met die hersiene lys tevrede was. Hierdeur kon al die ooreenstemmende response saamgevoeg word.

Stap 5: Stemproses (20-40 minute): Elke deelnemer moes 5 response wat volgens hulle ’n prioriteit op die hersiene lys was, van die blaaibord selekteer. Die belangrikste respons is op kaart nommer 5 geskryf. Daarna is die ander response volgens nominasie op die ander kaarte neergeskryf. Kaart nommer 5 het die meeste punte (naamlik 5) getel en kaart nommer 1 die minste (1 punt). Die kaarttellings van elke deelnemer is dan teenoor die spesifieke respons op die blaaibord neergeskryf. Die punte van elke respons is bymekaar getel en die finale uitslag is neergeskryf (Drennan *et al.*, 2007:456; Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne, Bernal, Butler *et al.*, 2007:82-83).

1.11 DATA-ONTLEDING

Van Breda (2005:4-11) se “Sewe Veelvuldige Stappe” vir die groepsontleding is deur die navorser toegepas. Hierdie metode van data-ontleding behels ŉ spesifieke werkswyse en data is daarvolgens hanteer (sien 2.14.1). Die data wat deur die NGT versamel is, sluit kwalitatiewe en kwantitatiewe gegewens in.

Kwalitatief het die navorser met geskrewe inligting oor die identifisering van temas, kodering van data en kontrolering van inligting gewerk.

Kwantitatief is die klassifikasie van die response volgens tellings gehiërargiseer. Data van al die groepe is deur die navorser saamgevoeg. Alhoewel dieselfde vraag aan al die groepe gestel is, het die opinies van elke groep verskil. Die data is deur die navorser en twee portuurgroepe wat uit kollegas van die SvV bestaan het, in verskillende kategorieë geplaas (Drennan *et al.*, 2007:456; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne *et al.*, 2007:82-83; Van Breda, 2005:4-5).

1.12 MAATREëLS OM GELOOFWAARDIGHEID TE VERSEKER

Die vier kriteria vir die geloofwaardigheid van kwalitatiewe navorsing is waarheidsgetrouheid, betroubaarheid, bevestigbaarheid en oordraagbaarheid (Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49; Polit & Beck, 2008:539). Tydens beide die verkenningstudie en die hoof navorsingstudie is aandag gegee aan alle faktore wat op die geloofwaardigheid van die studie ŉ impak sou kon maak.

1.12.1 Waarheidsgetrouheid

Waarheidsgetrouheid in navorsing word op twee maniere verseker. Eerstens moet die opinies van die deelnemers akkuraat weergegee, en daarna korrek geïnterpreteer, word (Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49; Polit & Beck, 2008:539).

In die studie is die waarheidsgetrouheid van die data verhoog deurdat die fasiliteerder en deelnemers deurlopend die data bespreek, ontleed en self geverifieer

het. Die deelnemers wat vir die studie geselekteer is, het klaar werksplekleer-ondervinding in die psigiatrie veld opgedoen en het reeds besluit waar hulle later graag sal wou werk. Hierdie ervaring het tot die geloofwaardigheid van hul antwoorde bygedra en waarheidsgetrouheid verhoog. Die demografiese verskille onder die deelnemers, soos geslag, ras, taal en ouderdom, het verder tot triangulasie van die data bygedra. Hierdie triangulasie het ook die waarheidsgetrouheid verhoog. Twee portuurgroepe, wat uit kollegas bestaan, het met die kodering van die data bygestaan, en dit terselfdertyd vir akkuraatheid gekontroleer.

1.12.2 Betroubaarheid

Konsekwentheid bepaal die betroubaarheid van data. Data bevindinge wat dieselfde bly indien die navorsing met dieselfde deelnemers en in dieselfde konteks herhaal word, is konsekwent. Die betroubaarheid van data-konsekwentheid behels 'n omvattende beskrywing van die insameling, analisering en interpretering van die data (Krefting, 1991:216,221; Maree, 2010:299; Polit & Beck, 2008:539; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49).

'n Volledige beskrywing van die navorsingstegniek is beskikbaar, waarvan die dokument-spoor in **Hoofstuk 2**, **Tabel 2.5**, voorgehou word.

1.12.3 Bevestigbaarheid

Bevestigbaarheid word verseker as twee of meer onafhanklike persone saamstem oor die akkuraatheid, relevansie en betekenis van die data. Die kongruensie wat verkry word, dra by tot die objektiwiteit en neutraliteit van die data. In hierdie studie is die data deur die fasiliteerder en die navorser saam evalueer en bevestig. Om bevestigbaarheid van die data verder te verhoog, is die navorsingsvraag tydens die verkenningsonderhoud vir geldigheid getoets. Bevestigbaarheid vereis dat 'n volledige dokument-spoor nagelaat word. Hierdie vereiste geld vir die hele studie (Krefting, 1991:221; Polit & Beck, 2008:539; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49).

'n Kollega van die SvV het die navorser bygestaan met die neerskryf van die data, die invoer daarvan op die rekenaar en die ontleding van die resultate. Die hele proses is deur die navorser se studieleier gekontroleer. Hierdie maatreëls het ook verder tot die studie se betroubaarheid bygedra.

1.12.4 Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid verwys na die gebruik van dieselfde navorsingmetodes by soortgelyke groepe deelnemers of tydens soortgelyke situasies. Besluite oor metodes moet duidelik in die dokumentasie verwoord word om die oordraagbaarheid daarvan te verseker (Krefting, 1991:221; Polit & Beck, 2008: 539; Streubert Speziale & Carpenter, 2007: 49).

Oordraagbaarheid in hierdie studie is verseker deur die volledige beskrywing van die seleksieproses, die navorsingstegniek en deelnemers se demografiese data (vergelyk **Hoofstuk 2**).

1.13 LITERATUUROORSIG

Internetsoektogte op die databasisse van Google Scholar, EBSCO Host, MEDLINE, CINAHL, Health Source, PsycInfo, PsycArticles, COCHRANE en ERIC is onderneem. Artikels oor "waarom studentverpleegkundiges nie psigiatriese verpleegkunde as loopbaan oorweeg nie" sedert 1989 tot 2012 is ondersoek. Relevante boeke oor die uitvoer van kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingmetodes en -tegnieke is bestudeer, onder meer Babbie, Burns en Grove, Polit en Beck. Die navorser is verder deur twee biblioteekbeamptes van die Vrystaatse Universiteitsbiblioteek bygestaan wat namens haar Internetsoektogte geloods het. Alle beskikbare data wat deur die beamptes verkry was, is deur die navorser nagegaan en volledig in die studie verwys.

1.14 ETIESE ASPEKTE

Etiese beginsels behels dat navorsing met integriteit uitgevoer moet word (Horsfall, Cleary, Walter *et al*., 2007:S10; Maree, 2010:6).

Die deelname van al die studentverpleegkundiges was vrywillig. Van diegene wat ingewillig het om aan die studie deel te neem, is skriftelike toestemming verkry nadat die navorser die doel en aard van die studie aan hulle verduidelik het. (Maree, 2010:62; Polit & Beck, 2008:172). Afskrifte van die toestemmingsvorms is aan die deelnemers terug besorg (Horsfall *et al.*, 2007:S10).

Volgens Vivar (2007:68) het deelnemers die keuse om deur die loop van die studie vrae aan die navorser te stel. Deelnemers het ook die reg om inligting te weier en mag ter eniger tyd aan die studie onttrek. Hulle moet ingelig word dat die studie geen voordele vir hulle inhou nie, maar dat die inligting vir die navorsing belangrik gaan wees. Die deelnemers is hieroor ingelig, asook dat hulle geen vergoeding vir deelname aan die studie gaan ontvang nie.

Volgens Coughlan, Cronin & Ryan (2007:661) moet die fasiliteerder vertroulikheid tydens die verwerking en neerskryf van die data verseker, deur die inligting anoniem op 'n bladsy te laat prioritiseer. Geen deelnemers se name het op enige dokumentasie verskyn nie. Net groepsdata en groepskonsensus is rapporteer. Geen persoon sal dus deur die data geïdentifiseer kan word nie.

Die fasiliteerder moes waak teen enige emosionele skade wat tydens sensitiewe besprekings kon voorkom. Daarom moet die fasiliteerder ervare en goed in die leiding van nominale groepe opgelei wees. Indien die deelnemers enigsins deur die groepbespreking traumatiseer word, moet die groep ontbind of die studente vir berading gestuur word (Polit & Beck, 2008:170-174; Maree, 2010:62).

Die studie se navorsingsvoorstel is vir goedkeuring aan die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe voorgelê. (Sien **Bylae A**). Die Vise-rektor van die Universiteit van die Vrystaat asook die Dekaan van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe is skriftelik ingelig en die nodige toestemming is verkry. Verder is die Hoof van die Departement van Gesondheid skriftelik vir die nodige toestemming genader. Skriftelike, ingeligte toestemming is vervolgens ook van die Hoof van die Skool vir Verpleging en die Prinsipaal van die Free State School of Nursing verkry (sien **Bylae B en C**).

1.15 WAARDE VAN DIE STUDIE

Die studie het geen onmiddellike waarde vir die studentverpleegkundiges nie, maar kan waarde vir toekomstige studente hê daarin dat struikelblokke geïdentifiseer en as ’n rigtingwyser gebruik kan word om toekomstige studente vir psigiatriese verpleegkunde te werf en te behou. Die verpleegprofessie kan moontlik in die toekoms by die resultate baat vind.

1.16 SLOT

In **Hoofstuk 1 i**s die inleiding, probleemstelling en ’n beknopte weergawe van die metodologie bespreek. Metodes wat in dié hoofstuk genoem is, kom in **Hoofstuk 2** indringend aan die orde.

HOOFSTUK 2
NAVORSINGSMETODOLOGIE EN ONTWERP

2.1 INLEIDING

'n Navorsingsontwerp is die sistematiese, doelgerigte strategie wat die navorser implementeer om inligting in te samel en te analiseer. In hierdie studie beoog die navorser om te bepaal waarom studentverpleegkundiges nie psigiatriese verpleegkunde as 'n loopbaan wil kies nie. 'n Kwalitatiewe, verkennende en beskrywende ontwerp is in dié studie gebruik (Berg, 2007:8-9; Leedy & Ormrod, 2010:95; Maree, 2010:259; Polit & Beck, 2008:15; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:19).

2.2 KWALITATIEWE NAVORSINGSONTWERP

Volgens Streubert Speziale en Carpenter (2007:21) lê kwalitatiewe navorsing klem op die individu se interaksie in verskeie, reële situasies. Die navorser wil deur middel van kwalitatiewe navorsing die aard van sekere werklike ervarings verken. Hierdie metode konsentreer eerder op die betekenis van woorde as op numeriese data (Berg, 2007:8-9; Burns & Grove, 2009:51; Lempp & Kingsley, 2007:858; Vivar, 2007:65).

'n Sistematiese en holistiese proses is stapsgewys deur die navorser gevolg om die deelnemers se menings oor 'n spesifieke navorsingsvraag te ontleed en te interpreteer. Elke individuele bydrae word binne hierdie holistiese raamwerk in diepte ondersoek en verken. Individuele data word deur die navorser saamgevoeg om 'n geheel te vorm. Die metode wat gekies is, was die nominalegroeptegniek (NGT) (Berg, 2007:8-9; Burns & Grove, 2009:8,51; Cohen, Manion & Morrison, 2007:309; Maree, 2010:257).

2.3 VERKENNENDE ONTWERP

'n Verkennende navorsingsontwerp word gebruik as 'n navorser meer van 'n spesifieke onderwerp te wete wil kom (Burns & Grove, 2009:359). So 'n verkennende ontwerp help die navorser om antwoorde op die navorsingsvraag te vind. Daar is drie redes vir 'n verkennende studie (Babbie, 2007:88-89), naamlik om:

- Die navorser se nuuskierigheid te bevredig of vrae te beantwoord.
- Die uitvoerbaarheid van 'n studie te toets sodat 'n grondiger studie later uitgevoer kan word.
- Metodes te ontwikkel wat in verdere studies gebruik kan word.

Hierdie drie redes beklemtoon die waarde van 'n verkennende ontwerp, veral wanneer daar baie min inligting oor die onderwerp beskikbaar is (Babbie, 2007:88-89).

Die heersende navorsing in Suid-Afrika oor watter faktore verhoed dat finale jaar studentverpleegkundiges psigiatriese verpleegkunde as 'n loopbaan kies, is onvoldoende. 'n Verkennende ontwerp is in die huidige studie gebruik om dié redes te identifiseer en te beskryf.

2.4 BESKRYWENDE ONTWERP

Volgens Leedy en Ormrod (2010:182) het 'n beskrywende navorsingsontwerp ten doel om die ervaring van individue in 'n werklike situasie te ondersoek en akkuraat te beskryf. Die belewenisse van individue in hierdie natuurlike situasie word identifiseer en ontleed. Beskrywende navorsing wil dus nie die situasie verander nie, maar dit eerder noukeurig ondersoek. Daar word ook nie gepoog om die oorsaak van die probleem te identifiseer nie, maar net die belewenis van individue te verstaan en meer inligting oor die onderwerp te versamel (Burns & Grove, 2009:237).

In hierdie studie het die navorser die faktore wat verhoed dat finale jaar studentverpleegkundiges psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies, noukeurig geïdentifiseer en beskryf.

2.5 POPULASIE

'n Populasie is die groep persone wat vir die navorsing belangrik is. Die teikenpopulasie is die persone wat oor die nodige eienskappe beskik wat relevant vir die onderwerp van die studie is. Al die finale jaar studentverpleegkundiges in Suid-Afrika was die populasie en dié wat aan die insluitingskriteria voldoen het, die teikenpopulasie. Dit is egter nie altyd moontlik om die hele populasie in die studie in te sluit nie, maar slegs dié wat bereikbaar is (Babbie, 2007:190; Brink, 2006:123; Burns & Grove, 2009:344).

Individue wat deelneem aan kwalitatiewe navorsing word op grond van hulle siening oor 'n navorsingsvraag geselekteer. Hierdie individue neem aktief deel aan die ondersoek sodat hulle menings verken en beskryf kan word. Die deelnemers is geselekteer omdat hul persoonlike opinie oor 'n vraagstuk belangrik is. Hierdie metode van seleksie vind dus doelgerig plaas. Doelgerigte seleksie van die populasie is suksesvol as die navorser 'n populasie selekteer wat oor die nodige inligting beskik wat relevant is vir die navorsingsvraag (Burns & Grove, 2009:42,344; Leedy & Ormrod, 2010:147; Maree, 2010:79; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:29).

Die bereikbare populasie wat vir hierdie studie doelgerig geselekteer is, was 47 finale jaar studentverpleegkundiges van die Skool vir Verpleegkunde (SvV) aan die Universiteit van die Vrystaat (UV) en 58 van die Free State School of Nursing (FSSON) in Bloemfontein.

2.6 ONTLEDINGSEENHEID

Babbie (2007:94-95) beskryf die groep deelnemers wat vir 'n studie geselekteer word, as die *eenheid van analise*. Hierdie groep deelnemers word as verteenwoordigend van die populasie beskou (Polit & Beck, 2008:528).

Die ontledingseenheid vir die studie het uit 27 finale jaar studentverpleegkundiges bestaan wat 4 groepe voorgestel het. Uit die 47 studentverpleegkundiges (2011) van die Skool vir Verpleegkunde (SvV) van die Universiteit van die Vrystaat (UV), het 16 deelnemers (twee groepe) ingestem om aan die studie deel te neem. Hierdie studente het voldoen aan die insluitingskriteria (**Sien 2.7**) en het ingestem om aan die studie deel te neem nadat die doel van die studie aan hulle verduidelik is. Daar het agt studente uit die Afrikaanse groep en agt uit die Engelse groep ingestem tot deelname aan die navorsingstudie.

Tweedens was daar 26 (almal Engelssprekende) studentverpleegkundiges uit ’n totaal van 58 studente aan die Free State School of Nursing (FSSON) wat ingewillig het om aan die studie deel te neem, nadat die navorser die doel van die studie aan hulle verduidelik het. Hierdie studentverpleegkundiges het ook voldoen aan die navorser se insluitingskriteria. Twintig van hierdie 26 deelnemers is ewekansig geselekteer (**Sien 2.7**) om aan die studie deel te neem en het die ander twee groepe gevorm. Uit die twintig het daar onderskeidelik vyf en ses deelnemers vir die groepsessies opgedaag. Hierdie deelnemers het twee groepe uitgemaak.

2.7 INSLUITINGSKRITERIA EN SELEKSIETEGNIEKE

Die kriteria wat belangrik is vir die individu om as deel van die populasie geselekteer te word, staan bekend as die insluitingskriteria (Brink, 2006:124; Polit & Beck, 2008:338).

Die insluitingskriteria vir hierdie studie was:

- Alle finale jaar studentverpleegkundiges wat reeds in twee of meer psigiatriese afdelings gewerk het as deel van hul werkplekleerervarings.
- Al die studentverpleegkundiges wat aangedui het dat hulle nie psigiatriese verpleegkunde as ’n loopbaan oorweeg nie.

Hierdie kriteria is tydens elke kontaksessie aan die bereikbare populasie voorgelê.

Voordat die navorser die studentverpleegkundiges toegespreek het, is daar eers toestemming van die Dekaan van die Gesondheidswetenskappe, die Vise-rektor van Studentesake en die Hoof van die Skool vir Verpleegkunde (SvV) verkry. Die navorser het al die finale jaar studentverpleegkundiges (Afrikaans- en Engelssprekendes) saam in klasverband toegespreek. Die insluitingskriteria is daarna aan die studentverpleegkundiges by die SvV voorgehou toe die navorser vrywillige deelnemers vir die studie gewerf het. Tydens hierdie geleentheid het die navorser die studente oor die doel van die studie ingelig en waarom hulle deelname aan die studie vir die navorser belangrik is. Daar is ook aan hulle genoem dat deelname vrywillig is. Nadat hulle die bogenoemde inligting ontvang het, is die studentverpleegkundiges gevra om hul name op ’n vrywilligerlys neer te skryf. Al die deelnemers wat hulle name opgeteken het, is genader om aan die studie deel te neem. Studente is ingelig dat die spesifieke reëlings van die data-insameling op ’n latere stadium aan hulle oorgedra sou word.

Om toegang tot die studentverpleegkundiges van die Free State School of Nursing (FSSON) te verkry, het die navorser eers telefonies met die Departementshoof in Psigiatriese Verpleegkunde gepraat. Daar is aan die Departementshoof verduidelik waarom die navorser die studie beoog en wat die doel daarvan is. Kriteria vir insluiting tot die studie is met die departementshoof bespreek. Dit is ook aan haar genoem dat hierdie studie deur die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe van die UV goedgekeur is en dat die navorser die nodige skriftelike toestemming van die Hoof van die Departement Gesondheid sowel as die Hoof van FSSON ontvang het. Kopieë van die inligting wat aan die Prinsipaal gestuur is, was by die hoof van FSSON beskikbaar indien die Departementshoof enige verdere navrae gehad het.

Nadat die Departementshoof bogenoemde inligting ontvang het, het sy die lektrise wat die studente die eerste in klasverband sou sien, se kontakbesonderhede aan die navorser gegee. Hierdie betrokke lektrise is geskakel en ooreenstemmende inligting is aan haar gegee. Die inligting is ook elektronies aan haar gestuur. Daarna is die reëlings om toegang tot die deelnemende studente te verkry met die spesifieke lektrise getref.

Die geskikste dag vir almal was op ’n dag dat die finale jaargroep ’n predikaattoets sou skryf. Daar was dus die verwagting dat die hele klas teenwoordig sou wees. Na afloop van die toets, is die studentverpleegkundiges toegespreek en die aard van die studie is aan hulle verduidelik. Klem is op die insluitingskriteria gelê, waarna enige belangstellende vrywilligers hul name op ’n lys kon neerskryf. Om al die studentverpleegkundiges ’n ewekansige geleentheid te gee om deel te neem, is hul name op ’n stukkie papier geskryf, opgevou en in ’n kartonhouer geplaas. ’n Kollega uit die SvV het blindelings 10 name uit die houer getrek, vir deelname aan die eerste groepsessie. Sy het ’n tweede stel van 10 name uit die houer vir die tweede groepsessie getrek. Hierdie twee groepe se name is aan die betrokke lektrise van die FSSON oorhandig. Sy het die aangewese studentverpleegkundiges meegedeel dat hulle name ewekansig vir die navorsingstudie geselekteer is. Dié studentverpleegkundiges is ingelig oor die datum, tyd en plek waarop die data-gesprek sou plaasvind.

2.8 VERKENNINGSONDERHOUD

’n Verkenningsonderhoud is die proeflopie om die uitvoerbaarheid van die navorsingsvraag en data-insamelingstegniek (nominalegroeptegniek / NGT) op ’n kleiner getal deelnemers te oefen. Die verkenningsonderhoud is nie daar om die navorsingsvraag te beantwoord nie, maar eerder om dit te toets en te bepaal of dit vir die studie toepaslik is. Probleme met die navorsingsvraag en –tegniek word deur ’n verkenningsonderhoud geïdentifiseer, en kan sodoende voor die studie aangepas word (Burns & Grove, 2009:44; Leedy & Ormrod, 2010:111; Polit & Beck, 2008:213; De Vos, Strydom, Fouché *et al*., 2005:84).

Die verkenningsonderhoud gee ’n goeie aanduiding of die gekose navorsingsvraag vir die doel van die studie effektief is. Deelnemers word gevra om kommentaar te lewer indien die vraag nie reg bewoord of verstaanbaar is nie. Indien die verkenningsonderhoud suksesvol uitgevoer is, kan dieselfde navorsingsvraag en -tegniek in die studie herhaal word (De Vos *et al.*, 2005:211-212; Polit & Beck, 2008:213).

Data van die verkenningsonderhoud word nie vir ’n studie verwerk nie en word nie deur die navorser gebruik vir enige interpretasies of prosessering nie (De Vos *et al.*, 2005:215). Tydens kwalitatiewe navorsing kan dit egter problematies wees om ’n verkenningsonderhoud te voer indien daar dalk ’n beperkte aantal deelnemers vir die proeflopie sowel as die toekomstige studie beskikbaar is. Deelnemers wat aan die proeflopie deelgeneem het, mag nie weer aan die studie deelneem nie (De Vos *et al.*, 2005:84; Leedy & Ormrod, 2010:111).

2.8.1 Seleksie van die deelnemers

Vir dié verkenningstudie het die navorser besluit om die derdejaar studentverpleegkundiges van FSSON te gebruik. By FSSON word die studentverpleegkundiges al in hul derdejaar van studie in psigiatriese werkplekke geplaas. Dit was dus sinvol om hierdie groep vir die verkenningsonderhoud te gebruik. Sodoende is die beskikbare populasie (finale jaar studentverpleegkundiges) nie verminder nie. ’n Lektrise wat op daardie stadium betrokke was by die derdejaar studente, is vir hierdie doel geskakel. Die aard van die studie en verkenningsonderhoud is aan haar verduidelik.

Tesame met die telefoniese toestemming van die Departementshoof is daar met bogenoemde lektrise gereël om toegang tot die twee verskillende groepe derdejaar studente te verseker. Daar is ooreengekom op ’n spesifieke datum wat beide die navorser en lektrise gepas het. Hierdie derdejaar groep is direk na klas op twee verskillende geleenthede, op twee daaropvolgende dae toegespreek. Die doel van die studie is aan die twee groepe verduidelik. Studente wat reeds ten minste twee keer blootstelling in psigiatriese werkplekleerervarings gehad het en nie daarin belangstel as loopbaan nie, is gevra om aan die studie deel te neem. Dit is aan hulle genoem dat deelname aan die studie vrywillig is en dat hulle te eniger tyd aan die verkenningsonderhoud kan onttrek.

Prakties gesproke, was hier ’n kleiner populasie van studente beskikbaar aangesien van hulle nog nie geweet het of hulle wel in psigiatriese verpleegkunde wou werk nie. Sommige studente het nog nie genoeg blootstelling aan psigiatriese werkplekleerervarings gehad nie.

Uit hierdie kleiner populasie het vyf persone vir deelname aan die verkenningsonderhoud ingestem. Daar was twee wit en een bruin deelnemer wat Afrikaanssprekend is. Die laaste twee deelnemers was swart. Almal was goed Engels magtig. Hierdie groep studente het ooreengekom dat die navorser die verkenningsonderhoud in Engels kon voer. Hulle is verder verwittig dat geen vertroulike inligting op enige dokumentasie sal verskyn nie.

Nadat hierdie name van instemmende deelnemers ontvang is, is die reëlings vir die verkenningsonderhoud getref. Die datum, tyd en plek is aan die studente bekend gemaak, soos met die betrokke lektrise van die derdejaar studentverpleegkundiges ooreengekom is. ’n Geskikte lokaal wat toeganklik vir die studente sou wees, is by FSSON bespreek. Hierdie lokaal (Raadskamer) was geskik vir die uitvoer van die verkenningsonderhoud. Dit was privaat en groot genoeg vir die doel van die verkenningsonderhoud, te wete dat die studente genoeg spasie tussen elke tafel en stoel gehad het. Daar was voldoende ventilasie en dit was nie te koud of te warm nie. Al die blaaiborde waarop die inligting neergeskryf is, was sigbaar vir al die studente.

2.8.2 Uitvoering van die verkenningsonderhoud

Op die dag van die verkenningsonderhoud het die navorser almal welkom geheet en ’n gemoedelike atmosfeer geskep deur na deelnemers se welstand te verneem. Daarna is die NGT-proses en die doel van die studie aan hulle verduidelik. Vrywillige, ingeligte en geskrewe toestemming is van al die deelnemers verkry. (Sien ook **Bylae D**). Al die deelnemers is aangemoedig om soveel response as moontlik op die navorsingsvraag te gee. Elke deelnemer het twee toestemmingsvorms ontvang om te onderteken, waarna die deelnemers en die navorser elk een kopie ontvang het.

Die navorser het self die verkenningsonderhoud gevoer. Die doel van die proeflopie was om die navorsingstegniek uit te toets en seker maak dat die navorser die proses verstaan het. Hierdie verkenningsonderhoud het aangedui dat die navorsingsvraag korrek deur die deelnemers verstaan is en dat dit nie aangepas hoef te word nie.

Aangesien die navorser nie ’n lektrise by FSSON is nie, kon die studente met vrymoedigheid optree. Die hele NGT-proses het volgens die stappe plaasgevind soos dit in **2.12** uiteengesit is. Verversings is na die tyd aan die deelnemers verskaf, om hul ervaring meer gemoedelik te maak.

2.8.3 Navorsingsvraag

Een spesifiek geformuleerde vraag word gebruik om in al die groepe te bespreek. Hierdie goed gestruktureerde vraag moet vooraf deur die navorser ontwikkel word, en moet duidelik verstaanbaar en eenvoudig wees. Enige goed beplande vraag kan egter verskillende antwoorde van individue genereer (Perry & Linsley, 2006:348; Van Breda, 2005:3; Williams *et al*., 2006:217,220), wat nog ’n beweegrede vir die gebruik van ’n verkenningsonderhoud uitmaak.

Die studie se navorsingsvraag was:

> *Waarom wil jy nie psigiatriese verpleegkunde as beroep kies nie? Lys jou redes.*
> *Why won’t you choose psychiatric nursing as a career? List your reasons.*

Hierdie navorsingsvraag het response ontlok, wat aan die uitkoms van die navorser se studie voldoen het. Die navorsingsvraag is dus onveranderd vir die werklike studie gelaat. Die versamelde data van die verkenningsonderhoud is nie vir ontleding gebruik nie omdat dit slegs as ’n proeflopie gedien het. Die verkenningsonderhoud het geen probleme met die Nominalegroeptegniek vir die studie self uitgelig nie.

2.9 NAVORSINGSTEGNIEK

2.9.1 Inleiding

’n Navorsingstegniek is die spesifieke metode wat die navorser selekteer om die inligting te verkry. Die nominalegroeptegniek (NGT) is geselekteer as die wyse van data-insameling in dié studie. Dit is ’n gestruktureerde, kwalitatiewe benadering wat fokus op die individu se opinies en nie die navorser se persepsie nie. Hierdie proses

lei tot die gebalanseerde, interaktiewe deelname van individue in groepsverband (Cohen *et al*., 2007:309; Perry & Linsley, 2005:347; Totikidis, 2010:20).

2.9.2 NGT-prosedure

Volgens Potter *et al*. (2004:126) is die NGT ŉ tegniek waar deelnemers hul sienings eers individueel neerskryf en daarna in groepsverband bespreek. Die groepbespreking word deur ŉ ervare fasiliteerder gelei. Die response wat deur die groep bespreek word, word deur die fasiliteerder in prioriteitsvolgorde geplaas.

Tydens die NGT-bespreking word daar verskeie opinies aangehoor en verwante inligting word dan deur die fasiliteerder saamgevoeg. ŉ Groot hoeveelheid response kan in ŉ kort tyd gegenereer word. So ŉ groepsessie kan 90 tot 120 minute duur. Meer as een groepbespreking kan gehou word. ŉ Groep kan uit vyf tot 12 lede bestaan (Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Van Breda, 2005:2; Williams *et al.*, 2006:217,220).

2.9.3 Voordele van die NGT

Buiten die genoemde voordele, is daar nog ander voordele verbonde aan die NGT, te wete:

- deelnemers vorm deel van die navorsingsproses en is betrokke by probleemidentifisering;
- ŉ relatiewe gelyke deelname van al die lede word verseker deurdat invloede van dominante lede vermy word;
- die NGT verseker demokrasie in die prioritisering van die data;
- die NGT is ŉ eenvoudige maar kreatiewe proses;
- dit is 'n veelsydige, toeganklike en deelnemende tegniek om data in te samel;
- dit verseker dat daar nie baie lank op slegs een gedagte gefokus word nie;
- dit verseker ŉ veilige omgewing waarin deelnemers opinies kan lug;
- daar is minimale betrokkenheid van die navorser en minimale hulpmiddels word benodig tydens die uitvoering van die NGT; en

- bruikbaarder inligting word tydens die NGT in ’n beperkte tyd deur die fasiliteerder ingesamel (Dobbie, Rhodes, Tysinger *et al.,* 2004:402; Perry & Linsley, 2006:348; Potter *et al.*, 2004:126; Totikidis, 2010:18; Van Breda, 2005:2; Williams *et al.*, 2006:217).

2.9.4 Nadele van die NGT

Die NGT het egter ook sekere beperkings:

- sommige deelnemers sal eerder die positiewe as die negatiewe wil noem wanneer hulle van aangesig tot aangesig besprekings voer;
- ’n onervare fasiliteerder kan die proses laat misluk;
- sommige deelnemers vind hierdie data-insamelingstegniek nie baie stimulerend nie;
- die NGT-proses is baie gestruktureerd en belemmer spontane deelname;
- die generering van gedagtes wat van aangesig tot aangesig plaasvind, kan die deelnemers se vrymoedigheid beperk; en
- die groepskonsensus het ’n beperkte betekenis en dui nie daarop dat die regte inligting bekom is nie (Dobbie *et al.*, 2004:405-406; Dunham, 1998:aanlyn; Potter *et al.*, 2004:127-128; Gallagher, Hares, Spencer *et al*., 1993:77).

2.10 DATA-INSAMELINGSPROSES

’n Gepaste tyd vir die byeenkomste is in oorleg met die betrokke lektrise, deelnemers en fasiliteerder gereël. Vir beide groepe van FSSON was ’n Maandagmiddag, na afloop van hul geskeduleerde klasse, die geskikste tyd. Vir die twee groepe van SvV was ’n Dinsdagmiddag na hulle lesing ’n gepaste tyd. Deelname vir die deelnemers by beide instansies is vergemaklik deurdat die NGT-groepe op hulle allokeerde lesingsdae gereël is.

Volgens die voorgestelde riglyne kan ’n nominale groep van 90 tot 120 minute duur. Daarom het die navorser vir elke groep ’n afspraak van 120 minute geskeduleer. Die eerste groepbyeenkoms van FSSON is op die 26e September 2011 om 13h00

gehou. Vir die eerste groepsessie het daar vyf van die 10 deelnemers wat ewekansig geselekteer is, opgedaag. Om 15h00 op dieselfde dag het die tweede groep bymekaar gekom.

Vir die tweede sessie het daar ses deelnemers van die 10 opgedaag. Beide groepe se aantal deelnemers was binne die voorgestelde riglyne vir NGT. Albei groepsessies is in Engels gevoer. Terwyl die eerste groep verversings in ’n ander vertrek geniet het, het die tweede groep in die geskikte lokaal bymekaar gekom vir die tweede sessie. Geen inligting kon dus tussen die verskillende groepslede uitgeruil word nie en kontaminasie van data is so voorkom.

Al 16 deelnemers van die SvV wat hul name vir deelname aangeteken het, het vir die groepsessies opgedaag. Hulle het die derde en vierde groepe gevorm. Hierdie groepsessies het op 27 September 2011 plaasgevind. Die derde groep was om 11h30 skeduleer en die vierde groep vir 13h30. Groepe 3 en 4 is onderskeidelik in Afrikaans en Engels gehou. Die aantal deelnemers in albei groepe was voldoende, gemeet aan die voorgestelde riglyne. Ook hier was daar minimale geleentheid vir die uitruil van inligting, alhoewel daar 35 minute tussen die twee groepsessies verloop het. Daar kan egter nie met sekerheid gesê word dat enige of geen inligting uitgeruil is nie, aangesien die derde groep reeds weg was teen die tyd dat die vierde groep aangemeld het. Deelnemers in al die groepe is ingelig dat hulle te eniger tyd van die studie kan onttrek. Hulle is ook ingelig dat deelname vrywillig is. Elke groep het na afloop van die groepsessie verversings ontvang, om eenvormigheid te verseker.

Daar was ’n gemoedelike atmosfeer tussen al die deelnemers by die SvV en FSSON. Dit kan wees omdat die groep studente reeds vanaf hulle eerste jaar af saam studeer en mekaar goed ken. Hierdie gemoedelike atmosfeer het verseker dat daar ’n spontane deelname van al die groepslede was.

2.11 FASILITEERDER VIR DIE NGT-PROSES

Volgens Dunham (1998:aanlyn) moet ’n kundige persoon geselekteer word om die NGT te lei. So ’n persoon moet oor goeie leierseienskappe beskik. Die fasiliteerder verseker dat daar ’n gebalanseerde deelname van al die groepslede is en lei die

groep met sensitiwiteit. Die ervare groepsfasiliteerder organiseer die individuele opinies wat in stilte gegenereer is en lei die groepbespreking wat daarop volg. Interaksie tydens die groepbespreking van die NGT is nodig, maar daar moet steeds op die navorsingsvraag gefokus word. Meer response word hierdeur gegenereer deurdat die fasiliteerder die groep help om te fokus. Indien die persoon oor dié nodige eienskappe beskik, kan daar sinvolle inligting versamel word (Delbecq & Van de Ven, 1971:470; Gallagher *et al*., 1993:80; Perry & Linsley, 2006:348; Van Breda, 2005:2).

In hierdie studie is al die groepe deur dieselfde fasiliteerder gelei. Sy het ŉ Ph.D. in Psigiatriese Verpleegkunde. Sy het al verskeie nominale groepe gelei en is vaardig in onderhoudvoering, kommunikasie- en luistervaardighede. Tydens die groepsessies, het sy die hele proses met rustigheid hanteer en kon die deelnemers tot effektiewe deelname kom. Die navorser was teenwoordig tydens die groepe en het veldnotas geneem.

2.12 DIE NGT-PROSES

2.12.1 Inleiding

Met die NGT se eerste stap word die deelnemers aangemoedig om alle gedagtes wat hulle oor die navorsingsvraag het, neer te skryf. Hierdie response word dan in die besprekingsessie saamgevoeg. Die interaktiewe groeptegniek verseker dat die navorsingsvraag uit verskillende individuele perspektiewe benader word. Die NGT is ŉ gestruktureerde kleingroepbespreking waar inligting geprioritiseer word, nadat konsensus oor die navorsingsvraag bereik is. Hierdie versamelde inligting is verteenwoordigend van die groep se opinies (Gallagher *et al.*, 1993:77; Perry & Linsley, 2005:348; Totikidis, 2010:20; Tuffrey-Wijne *et al*., 2007:82).

2.12.2 Voorbereiding vir die nominale groepe

Bepaalde vereistes word gestel vir die voorbereiding en uitvoering van die nominale groepe (Dunham, 1998:aanlyn; Williams *et al*., 2006:219-220). Hierdie vereistes word kortliks hieronder bespreek.

- *Omgewing*
  Daar moet ’n groot, privaat lokaal beskikbaar wees wat die groep toelaat om rondom ’n U-vormige tafel te sit. Deelnemers moet redelik ver uitmekaar sit sodat hulle mekaar nie steur nie. Genoegsame lig en ventilasie moet in die vertrek beskikbaar wees.

- *Toerusting*
  Die volgende toerusting moet beskikbaar wees: ’n Blaaibord, bordpenne met verskillende kleure, indekskaarte, velle papier en ’n pen vir elke deelnemer.

Die raadskamer by FSSON en die Marlene Viljoen-kamer by die Skool vir Verpleegkunde is vir die groepe gebruik. Hierdie lokale was vir die onderskeie groepe maklik bereikbaar. Albei lokale was stil, privaat en groot genoeg om al die deelnemers te huisves. Daar was genoeg spasie tussen elke deelnemer sodat hulle mekaar nie sou steur nie. Elke deelnemer het ’n eie tafel gehad, hoewel al die tafels in ’n U-vorm gerangskik is. ’n Blaaibord met verskillende kleure bordpenne was vir die fasiliteerder beskikbaar. Al die deelnemers het gemaklik gesit, en almal kon die blaaibord sien.

Die vertrekke was nie te warm of te koud nie, en spesifiek vir gemak en ontspanning gekies. Notapapier, twee oorspronklike toestemmingsvorms, indekskaarte en ’n afskrif van die navorsingsvraag is binne-in ’n lêer tesame met individuele penne aan elke deelnemer voorsien. Daar was ook drinkwater beskikbaar.

2.12.3 Uitvoering van die nominale groepsessies

Die proses van die NGT-sessies bestaan uit 5 stappe: Die verwelkoming, die versameling van response, 'n rondomtaliefase, die besprekingsessie en die stemproses (Cohen *et al*., 2007:309; Drennan *et al*., 2007:456; Perry & Linsley, 2006:348; Potter *et al.*, 2004:128).

***Stap 1*:** **Verwelkoming** (5-10 minute): Tydens hierdie stap word al die deelnemers welkom geheet, die doel van die studie word verduidelik, die belangrikheid van elke groepslid se rol beklemtoon en die verloop van die proses uiteengesit (Cohen *et al.*, 2007:309; Drennan *et al.*, 2007:456; Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne *et al.*, 2007:82-83).

Hierdie prosedure is by elke groepsessie in die huidige studie toegepas. Met die aankoms van die deelnemers het die navorser en die fasiliteerder die deelnemers hartlik verwelkom. Die navorser het die fasiliteerder aan elke groep voorgestel. Daar is aan hulle verduidelik dat die navorser die veldnotas gaan maak en dat die fasiliteerder die NGT gaan lei. Die doel en belangrikheid van die studie is weer aan hulle verduidelik, sowel as die verloop van die NGT-proses. Die fasiliteerder het verder die twee toestemmingsvorms aan die deelnemers voorgelê en geleentheid gegee vir vrae. Nadat almal tevrede was dat hulle weet wat om te verwag, het die deelnemers vrywilliglik hulle toestemmingsvorms geteken.

Terwyl die deelnemers vir mekaar as getuie geteken het, het die fasiliteerder oor algemene sake gepraat. Elke deelnemer het een van die twee toestemmingsvorms gehou en die ander is deur die navorser geneem. Al vier die groepe het daarna rustiger en meer ontspanne voorgekom.

***Stap 2*:** **Versameling van response** (20-40 minute): In hierdie stap word die navorsingsvraag skriftelik en mondelings aan die groepslede voorgelê. Elke individu kan in stilte oor die vraag nadink en dan die antwoord(e) neerskryf. Daar kan soveel response neergeskryf word as waaraan elke deelnemer kan dink. Hierdie respons(e) geskied sonder enige interaksie tussen deelnemers of inmenging vanaf die fasiliteerder (Cohen *et al.*, 2007:309; Drennan *et al.*, 2007:456; Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne *et al.*, 2007:82-83).

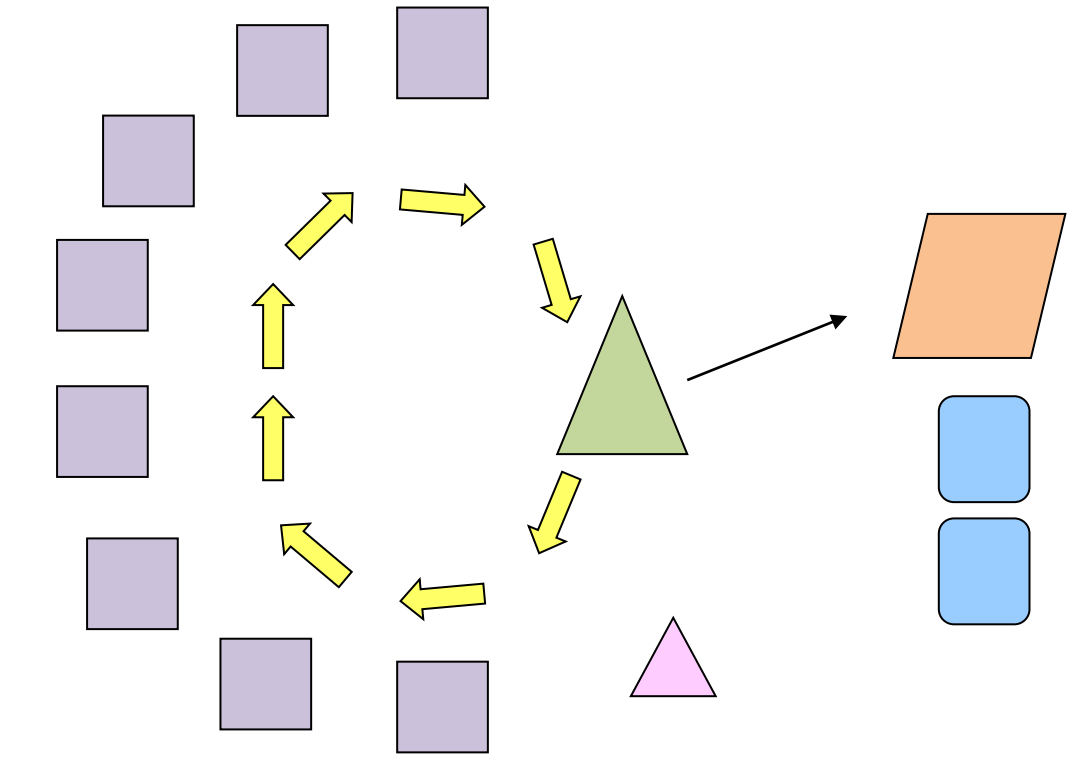
In hierdie studie het die fasiliteerder 'n gedrukte vel papier met die vraag daarop in elke deelnemer se lêer beskikbaar gestel; dit was op die blaaibord geskryf en is ook mondelings in die taal van voorkeur voorgelees. Elke groep het opdrag ontvang om oor die vraag na te dink en daarna in stilte hulle individuele response neer te skryf. Volgens die voorgestelde riglyne het daar geen kommunikasie onderling plaasgevind nie. Almal het goeie samewerking gegee. Deelnemers wat die opdrag voltooi het, moes hulle pen neersit om te wys dat hulle die taak afgehandel het.

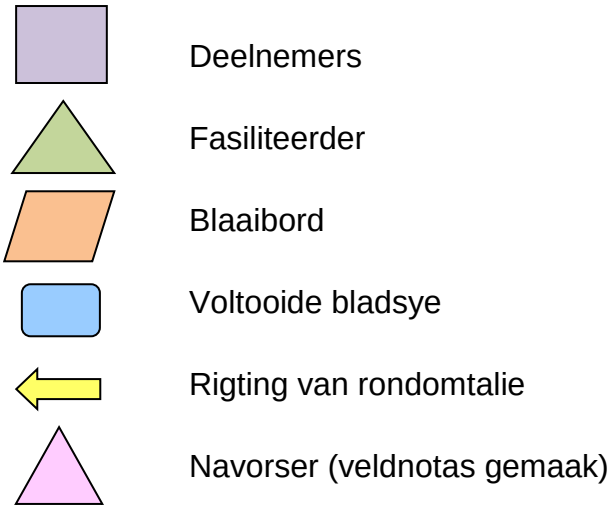
Stap 3: **Rondomtalie** (20-30 minute): Deelnemers kry nou die geleentheid om in hierdie stap een respons op 'n keer hardop te formuleer. Elke respons word op die blaaibord neergeskryf. Hierdie stap vind sonder enige bespreking plaas. Die sessie duur totdat al die deelnemers se response neergeskryf is. Indien 'n lid tydens sy / haar beurt geen nuwe opinies het nie, word hy / sy oorgeslaan en na 'n volgende deelnemer aanbeweeg. Opinies mag nie herhaal word nie, maar as 'n deelnemer voel dat sy / haar respons eerder 'n variasie van 'n reeds genoemde opinie is, mag dit so dokumenteer word (Cohen *et al.*, 2007:309; Drennan *et al.*, 2007:456; Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne *et al.*, 2007:82-83).

In die huidige studie het die fasiliteerder met elke groepsessie die deelnemers gevra om self hul response te verbaliseer, sodat geen onduidelikhede geskep word nie. Deelnemers het goeie samewerking getoon en nie uit hul beurt gepraat nie. Geen onderlinge bespreking is aangemoedig nie. Alle response is op die blaaibord neergeskryf. Indien ŉ deelnemer sy / haar opinie geverbaliseer het, het van die ander lede soms net instemmend met die kop geknik. Nadat die blaaibord bladsy volgeskryf was, is dit op die muur geplak waar dit vir al die deelnemers sigbaar was. (Verwys na **Bylae E** vir ŉ voorbeeld van die NGT-program)

Hierdie rondomtalieproses is volgehou totdat al die deelnemers se response gelys is. Verwys na **Figuur 2.1** vir ŉ skematiese voorstelling van die lokaalrangskikking en rigting van die rondomtalieproses.

Figuur 2.1 Skematiese voorstelling van die lokaalrangskikking en rigting van die rondomtalieproses.





Stap 4: **Besprekingsessie** (20-40 minute): Elke respons wat op die blaaibord neergeskryf is, word nou deur die groep bespreek. Daar word geleentheid aan al die deelnemers gegee om die opinies te bestudeer en kommentaar te lewer. Na deeglike oorweging word sommige response weggelaat en ander saamgevoeg, totdat al die deelnemers tevrede is. Die groep kan dan die belangrikheid van elke respons bespreek en besluit of dit so aanvaar moet word, of nie. Dit is nie net die fasiliteerder se plig om enige prosedurele onduidelikheid te verduidelik of onsekerhede in die hersiene lys uit te klaar nie, maar enige deelnemer mag dit doen (Cohen *et al.*, 2007:309; Drennan *et al.*, 2007:456; Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne *et al.*, 2007:82-83).

Die fasiliteerder het in hierdie studie al die voltooide bladsye teen die muur opgeplak sodat elkeen dit deeglik kon bestudeer. Soms het deelnemers spontaan gevoelens oor spesifieke opinies met die res van die groep gedeel. Alle opinies was welkom. Volgens groepkonsensus is slegs die enkele ooreenstemmende response met dieselfde betekenis saamgevoeg. Die fasiliteerder het dan die nuutsaamgestelde response op die blaaibord neergeskryf en weer genommer tot almal tevrede was met die finale lys. Die laaste stap is daarna geïmplementeer.

Stap 5: **Stemproses** (20-40 minute): Hierdie stap behels dat elke deelnemer 5 indekskaarte ontvang. Daarna moet elke deelnemer vyf response wat vir hulle die belangrikste is op die hersiene lys, prioritiseer. Die belangrikste respons word op kaart nommer 5 geskryf, wat vir die skrywer die meeste punte of gewig dra. Kaart nommer 1 tel dus die minste punte. Elke deelnemer stem dan afsonderlik vir die 5 response op haar / sy die lys. Alle kaarte se puntetellings word nou teenoor die spesifieke respons op die bladsye op die muur neergeskryf. Die totale punte wat aan elke individuele respons toegesê is, word bymekaar getel en die totale word dan teenoor daardie respons neergeskryf.

Die deelnemers kan onmiddellik sien wat die resultate van die data-insameling is, en watter idees of opinies in daardie groep die swaarste gewig dra (Drennan *et al.*, 2007:456; Dunham, 1998:aanlyn; Perry & Linsley, 2006:348; Tuffrey-Wijne *et al.*, 2007:82-83).

Tydens dié studie het die fasiliteerder aan al die deelnemers opdrag gegee om die hersiene lys deeglik te bestudeer voordat hulle afsonderlik daaroor gestem het. Elke deelnemer het die volgende instruksies ontvang. Bo-aan elke indekskaart moes die nommer van die respons volgens die hersiene lys neergeskryf word. In die middel moes 'n paar kernwoorde oor die respons neergeskryf word. Regs aan die onderkant van die kaart is die individuele skrywer se prioriteitsnommer neergeskryf. Die fasiliteerder het 'n voorbeeld van hoe die indekskaart moet lyk, op die blaaibord geteken. Al die deelnemers is ingelig dat die respons met die hoogste prioriteit op kaart nommer 5 geskryf moes word en dat kaart nommer 1 se respons die minste sal tel. Geen interaksie tussen die deelnemers het in hierdie fase plaasgevind nie. Sien **Figuur 2.2** vir die voorbeeld wat aan die deelnemers voorgehou is.

Figuur 2.2 Voorbeeld van die indekskaart

Nadat al die deelnemers hul indekskaarte voltooi het, het die fasiliteerder die kaarte opgeneem. Sy het twee deelnemers uit elke groep geselekteer om die kaarte te hanteer. Hierdie deelnemers moes die kaarte skommel en volgens prioriteit die kaarte se puntetelling uitlees.

Een deelnemer moes die nommer van die spesifieke respons op elke kaart hardop uitlees, asook die puntetelling wat daaraan toegeken is. Die tweede deelnemer moes kontroleer dat die eerste student die nommers van response en puntetellings korrek oorgedra het. Die fasiliteerder het daarna die nuwe prioriteitstelling teenoor die spesifieke nommer van elke respons neergeskryf. Al die groepslede moes verifieer dat die fasiliteerder die korrekte puntetoekennings teenoor die regte respons neergeskryf het. Na die laaste puntetoekenning het die fasiliteerder al die punte teenoor elke respons bymekaar getel. Hierdie proses is ook deur die hele groep gekontroleer. Die respons of opinie met die hoogste totaal is as die prioriteit nommer een geïdentifiseer.

Die deelnemers van FSSON was baie beïndruk met hierdie metode van data-analise. Dit was die eerste keer dat hulle met die NGT te doen gehad het. NGT was egter nie ’n nuwe metode van data-insameling vir die studente van die SvV nie. Al die deelnemers in die vier verskillende groepe was nuuskierig om die finale uitslag te sien.

Kwalitatiewe navorsing se data-insameling en data-ontleding kan nie geskei word nie (De Vos *et al*., 2005:335; Moule & Goodman, 2009:345). Data-ontleding in dié studie het alreeds in die besprekingsessie begin. Deelnemers het die bladsye met die verskillende response ontleed en dié met ooreenstemmende betekenis saamgevoeg. Tydens die NGT-stemproses, is die data verder ontleed toe die fasiliteerder en deelnemers hul response geprioritiseer het deur persoonlike prioriteitsnommers daaraan toe te ken. Die deelnemers het die resultate tydens elke stap saam met die fasiliteerder vir akkuraatheid en egtheid kontroleer. Met die vasstelling van die finale punte, kon die deelnemers, fasiliteerder en die navorser dadelik sien watter response die hoogste prioriteit geniet het.

2.13 DATA-ONTLEDING

Volgens Berg (2007:46) moet rou, kwalitatiewe data eers georganiseer word voordat die navorser die inhoud kan analiseer. Data-ontleding behels dat die data gereduseer, grafies voorgestel en geverifieer moet word, voordat ’n gevolgtrekking gemaak kan word.

2.13.1 Data-reduksie

In kwalitatiewe navorsing word die groot volume data verklein sodat dit toegankliker vir ontleding word. Die navorser poog om inligting te transformeer sodat temas uiteindelik geïdentifiseer kan word, wat die navorsing gevolglik meer hanteerbaar en effektiewer kan maak (Berg, 2007:47; Burns & Grove, 2009:521; Moule & Goodman, 2009:345).

Inhoudsontleding is in die huidige studie gebruik om data te reduseer. (Sien punt **2.14**).

2.13.2 Data-voorstelling

Nadat kwalitatiewe data gereduseer is, word dit op ’n georganiseerde, kompakte wyse voorgestel. Tradisionele voorbeelde van hierdie voorstellings sluit in figure, tabelle, kolomme, sigblaaie en veldnotas. Data-voorstelling vergemaklik die proses van ontleding en verifiëring (Berg, 2007:47; Creswell, 2008:261; Moule & Goodman, 2009:345).

In hierdie studie, is data deurlopend deur middel van figure, tabelle, kolomme en sigblaaie voorgestel. Hierdie voorstelling is in **Bylae F en G** aangeheg.

2.13.3 Data-verifikasie

Volgens Berg (2007:48) word die data vir akkuraatheid en egtheid verifieer. Hierdie verifiëring kan deur die navorser se kollegas met gelyke kennis van die onderwerp uitgevoer word.

Volgens Van Breda (2005:7) moet die data deur ŉ verwante portuurgroep geverifieer word. Daarna word die response volgens die portuurgroep se aanbevelings in kategorieë en verbandhoudende temas geplaas.

In hierdie studie het portuurgroepe gehelp met die verifiëring en kodering van data. Dit word onder punt **2.15.1.3** bespreek.

2.14 INHOUDSONTLEDING

Inhoudsontleding is ŉ eenvoudige werkswyse om data te reduseer, te prosesseer en te analiseer. Inhoudsontleding behels dat die data sistematies in temas geklassifiseer en gekodeer word. Hierdie temas vorm die basis van data-ontleding (Burns & Grove, 2009:528; Cohen *et al.*, 2007:475; Moule & Goodman, 2009:349).

Vir die doel van hierdie studie, is Van Breda (2007:4-11) se Sewe Stappe Vir Multigroepdata-Ontleding as werkswyse gevolg. Dit behels die volgende:

Stap 1 Die data word ingesleutel

Stap 2 Die Top 5 word geïdentifiseer en geprioritiseer

Stap 3 Die inhoud word ontleed

Stap 4 Die bevindings word bevestig

Stap 5 Die groepe se data word gekombineer volgens rangorde

Stap 6 Die demografiese data word gedokumenteer (opsioneel)

Stap 7 Die NGT data word gerapporteer.

Ter bespreking van die stappe, die volgende:

Stap 1 Die data word ingesleutel

Met hierdie stap word al die individuele response op ŉ sigblad (*spreadsheet*) volgens spesifieke kolomme ingesleutel. Response word volgens die verskillende groepe se nommers, stemtellings, gemiddelde puntetelling en die Top 5 ingesleutel.

Dit word as volg verdeel:

In *kolom 1* word die nommer van die groep en die getal deelnemers (N) aangedui.

In *kolom 2* word die kategorieë en temas aangedui. Die kolom word vir eers leeg gelaat.

In *kolom 3* word al die response van die deelnemers aangedui. Die ongeredigeerde, direkte woorde van die deelnemers word gebruik. Die response van die rondomtalieproses is as gewone druk ingesleutel, en die response van die besprekingsessie as skuinsdruk.

Kolom 4 toon die puntetellings wat die response ontvang het. Sommige response het geen stemme ontvang nie, maar hul word nie weggelaat nie sodat ŉ geheelbeeld gevorm kan word.

Kolom 5 toon die totaal en gemiddeld van die stemtellings aan. Elke totaal word deur die aantal deelnemers gedeel om ŉ gemiddeld te kry.

Kolom 6 toon die Top 5 aan. (Hierdie kolom word vir eers leeg gelaat en sal tydens Stap 2 ingevul word). **Tabel 2.1** is ŉ voorbeeld van so ŉ sigblad wat op die rekenaar ingesleutel is.

Tabel 2.1 Sigblad met groepnommers, response, stemtellings, totaal en gemiddeld.

Kolom 1	Kolom 2	Kolom 3	Kolom 4	Kolom 5	Kolom 6
Groep	**Kategorie en temas**	**Response**	**Stemtellings**	**Totaal en Gemiddeld**	**Top 5**
1 N=5		1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment. *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	2,5,2,1,5	15÷5=3	

Al hierdie stappe volgens Van Breda (2005:4-11) se voorgestelde werkswyse is in die huidige studie uitgevoer. Alle response is volgens bogenoemde kolomme op die rekenaar sigblad ingevoer. ’n Kollega van die navorser het al die inligting op die rekenaar sigblad met die rou data vergelyk en gekontroleer of dit korrek ingevoer is. Die navorser het al die geskrewe bladsye hardop voorgelees, terwyl die kollega die data op die rekenaarskerm gekontroleer het. Op hierdie wyse is groot hoeveelhede data gestoor. Sien **Bylae F** vir die volledig gedokumenteerde sigblaaie.

Stap 2 Die Top 5 response word geïdentifiseer en geprioritiseer

Met hierdie stap word al die groepe se response in rangorde geplaas. Hierdeur is die Top 5 response geïdentifiseer. Al die stemtellings in Kolom 4 is bymekaar getel om ’n totaal te verkry. Die totaal is deur die aantal deelnemers gedeel om die gemiddeld te verkry, wat weer in Kolom 5 verskyn.

In Kolom 6 word die vyf response met die hoogste gemiddelde as prioriteite geïdentifiseer. Dit vorm dan die Top 5 (kolom 7) en word met ’n asterisk (*) aangedui. Verwys na **Tabel 2.2** as ’n voorbeeld van Stap 2.

Tabel 2.2 Sigblad met prioriteitstellings en identifisering van die Top 5.

Kolom 1	Kolom 2	Kolom 3	Kolom 4	Kolom 5	Kolom 6	Kolom 7
Groepe	**Kategorie +tema**	**Response**	**Stem-tellings**	**Totaal en gemiddeld**	**Prioriteit**	**Top 5**
1		1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	2,5,2,1,5	15÷5=3.0	1	*
1		2. No discipline in staff (going out as they please and drink on duty) *Abuse of patients (physical beating).*	1,3,2,3,2	11÷5=2.2	2	*

Stap 3 en 4 Die inhoud word ontleed en bevindings word bevestig

'n Sigblad dokument word uitgedruk sodat die navorser direk met pen daarop kan werk. Tydens hierdie stap word al die data (response) deeglik gelees en oordink. Terwyl die navorser die data lees, begin die proses van interpretasie. Elke respons moet 'n paar keer deurgelees word om vertroud te raak met die inhoud. Die response wat min of meer dieselfde betekenis het, word onder 'n tema in 'n inhoudsanalise oorgedra. Daar kan verskeie individuele temas wees. Elke tema moet egter inhoudelik eiesoortig wees. Aangesien daar redelik baie temas uit die data kan ontwikkel, kan sekere temas in 'n kategorie geplaas word (Babbie, 2007:384; Van Breda, 2005:5-6).

In hierdie studie is portuurgroepkontrolering gebruik om die inhoudsontleding van al die groepe te kombineer en vir akkuraatheid te kontroleer, en die waarheidsgetrouheid van die studie te verhoog (Shenton, 2004:73; Van Breda, 2005:7). Die navorser het twee portuurgroepe in die studie gebruik. Die eerste groep het uit die navorser, die kontrolerende kollega en ŉ neutrale kollega bestaan.

Elkeen het vooraf ŉ kopie van die sigblad (Stap 1) waarop al die response verskyn het, ontvang. In die vergadering is al die response hardop voorgelees, waarna die portuurgroep besluit het onder watter kategorie en tema hulle geplaas moes word. Die inhoudsontleding is op die rekenaar ingesleutel.

Om die betroubaarheid en bevestigbaarheid van die studie verder te verhoog is besluit om die groep met nog twee kollegas te vergroot. Portuurgroep 2 het dus uit vyf persone bestaan. Twee nuwe kollegas, wat nie by die aanvanklike beoordelingsgroep betrokke was nie, het aangesluit. Elke lid het ŉ elektroniese kopie van die sigblad, soos deur portuurgroep 1 voltooi is, ontvang. Twee dae is aan die betrokke persone gegee om die sigblad te bestudeer voordat almal weer vir die ontleding bymekaar gekom het.

Tydens hierdie vergadering is met die inhoudsontleding begin. Elke respons is hardop voorgelees en daarna het die portuurgroep saam besluit of hulle saamstem met die eerste groep se plasings, temas en of enigiets moes verander. Van die kategorieë en temas het dieselfde gebly, terwyl ŉ paar wel verander is.

Alle kommentaar en veranderings is op die navorser se sigblad afskrif ingevul. Twee kollegas het ook hulle afskrifte as bewys van die proses aan die navorser oorhandig. Die harde kopieë is deur die navorser vir bewaring ontvang. **Tabel 2.3** is ŉ voorbeeld van die inhoudsontleding en bevestiging van bevindinge wat in Stappe 3-4 aanbeveel is. In hierdie studie is Kolom 6 en Kolom 7 gekombineer sodat die Top 5 (*) met die prioriteitswaardes vereenselwig kan word.

Tabel 2.3 Voorbeeld van Stappe 3 en 4:

Kolom 1	Kolom 2	Kolom 3	Kolom 4	Kolom 5	Kolom 6
Groep 1 FSSON N=5	**Kategorie**	**Tema**	**Response**	**Totaal**	**Top 5**
1	4. Werksomgewing	Onveilig	1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	3.0=15	*1

Stap 5 Kombinering van al die groepe se rangordes

In stap 5 word al vier groepe se data saamgevoeg. Verskeie stappe word gevolg om al die kategorieë en temas te kombineer en te prioritiseer. Stappe 3 en 4 is meer kwalitatief van aard, terwyl stap 5 meer kwantitatief van aard is. Kolom 2 se kategorieë is genommer en Kolom 6 (Top 5) word volgens rangordes voltooi. In oorleg met Van Breda se aanbevelings, is ’n kopie van die sigblad weer genereer sodat die navorser dit in Stap 5 kon aanwend (Van Breda, 2005:7-8).

In hierdie stap van die studie is die kategorieë in Kolom 1 wat in die vorige stappe apart volgens groepe onderskei is, gekombineer en volgens bypassende nommers gerangskik. Daarna is die Top 5 van die gekombineerde kategorieë in rangorde van hoog na laag gerangskik. ’n Kopie van hierdie gekombineerde rangskikkings is vir die voorgestelde verwerkings gebruik. Sien **Bylae G 2.1** vir die volledige dokumentasie oor die kombinering en rangskikking van die kategorieë. In ooreenstemming met Van Breda (2005:8) is ’n nuwe sigblad ontwikkel waarop die volgende inligting aangebring is. (Verwys na **Tabel 2.4**)

Tabel 2.4 Voorstelling van Stap 5

Kolomme 1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Kategorie	Top 5 **1** Aantal prioriteits-response (Top 5) per kategorie.	*Top 5* ***2*** Rangorde wat hier toegeken word.	Nr **1** Aantal response per kategorie.	*Nr* ***2*** Rangorde wat hier toegeken word.	Gemid. **1** Gemiddelde van al die response per kategorie gedeel deur aantal response per kategorie.	*Gemid.* ***2*** Rangorde wat hier toegeken word.	Finale rangorde Rangwaardes van Top 5 (2) + Nommer 2 + Gemiddeld 2 wat hier bymekaar getel word = finale rangorde

Die aantal Top 5-response wat per kategorie voorgekom het, is in Kolom 2 (Top 5 ***1***) gedokumenteer. In Kolom 4 (Nommer 1) is die aantal response wat in elke kategorie voorgekom het, ingevul. Daarna is die gemiddelde tellings van al die response wat per kategorie voorgekom het, in Kolom 6 (Gemiddeld 1) bereken. Al die waardes wat in elke kategorie voorgekom het, is bymekaar getel, waarna dit deur die aantal response wat in daardie kategorie voorgekom het, gedeel is. Kolom 3 (Top 5 ***2***), Kolom 5 (Nommer 2) en Kolom 7 (Gemiddeld 2) is geprioritiseer met rangordes waarvan die groter getalle die belangrikste waarde gehad het. Daarna is Kolomme 3, 5 en 7 se rangorde tellings bymekaar getel. Hierdie totaal is in Kolom 8 gelys, en vorm die finale rangordetotaal van elke kategorie. Hierdie kolom is daarna van groot na klein gerangskik. Sodoende kon die finale rangorde volgens prioriteit bepaal word.

Bogenoemde stappe is eers op papier gedoen en daarna op die rekenaar ingevoer. Met hierdie duplisering het die navorser seker gemaak dat daar geen foute tydens die berekening van die rangordes ingesluip het nie. (Verwys na **Bylae G 2.2** vir die berekening van die rangorde waardes). Die kategorie wat bo aan die sigblad verskyn, is die belangrikste kategorie. Onder aan die sigblad verskyn die kategorie wat as die minste belangrik tydens die groepskombinasies beskou is.

Kolom 8 (Finale rangorde) weerspieël die holistiese, multidimensionele resultaat wat as verteenwoordigend van al die nominale groepe aanvaar word. Terselfdertyd word die Top 5-kolom, Nommer-kolom en die Gemiddelde-kolom nie as minder belangrik beskou nie. Die Top 5 sluit die response in waaroor die deelnemers die sterkste gevoel het. In die Nommer-kolom is die aantal kere wat die response geopper is, wat as ŉ aanduiding van die belang daarvan beskou word, alhoewel sommige response geen stemtellings ontvang het nie. Die Gemiddelde-kolom se resultate word as belangrik geag, ongeag die grootte van die groep. Hierdie waardes is in rangorde van hoog tot laag gerangskik, wat die gemiddeldes van al die kategorieë gekombineer het (Van Breda, 2005:10).

In dié stap, het die tema *Persoonlike Faktore* (telling-15) die hoogste finale rangorde ontvang. Daarna volg *Werksomgewing* (telling-12), *Onprofessionele Gedrag* (telling-8), *Leeromgewing* (telling-7) en laastens die *Ongeklassifiseerde Kategorie* (telling-3). Bogenoemde bevindinge sal verder in **Hoofstuk 3** in dieselfde volgorde bespreek word.

Stap 6 Die demografiese data word gedokumenteer (opsioneel)

Die demografiese data sal verder in **Hoofstuk 3** beskryf word.

Stap 7 Rapportering van die NGT data (opsioneel)

Tydens hierdie fase word al die resultate en bevindinge van die data-ontleding volledig bespreek. Dit word in **Hoofstuk 3** beskryf.

2.15 MAATREëLS OM GELOOFWAARDIGHEID (*Trustworthiness*) IN DIE STUDIE TE VERSEKER.

Elke navorser moet sekere maatreëls in ’n kwalitatiewe studie implementeer om die geloofwaardigheid van die studie te verseker. Hierdie riglyne moet nougeset gevolg word om te verseker dat die deelnemers se menings akkuraat gerapporteer word. Só word die gehalte en integriteit van die navorsing gewaarborg. Die volgende kriteria geld vir die geloofwaardigheid van kwalitatiewe navorsing:

- **Waarheidsgetrouheid** (*credibility)***,**
- **Betroubaarheid** (*dependability*)**,**
- **Bevestigbaarheid** (*confirmability)*
- **Oordraagbaarheid** (*transferability*)

(Moule & Goodman, 2009:343; Polit & Beck, 2008:71,536; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49)

2.15.1 Waarheidsgetrouheid

Bevindinge en interpretasie moet so akkuraat as moontlik weergee word. ’n Getroue weergawe verseker die egtheid daarvan. Waarheidsgetrouheid word verhoog deur triangulasie, asook deelnemer- en portuurgroepkontrolering (Moule & Goodman, 2009:343; Polit & Beck, 2008:539; Shenton, 2004:65-68; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49,342; Vivar, 2007:68).

2.15.1.1 Triangulasie

Die feit dat die groepe uit deelnemers met verskillende opinies en agtergrond bestaan het, het bygedra tot die egtheid van die bevindinge. Die deelnemers was afkomstig uit twee verskillende verpleegskole. Hierdie diversiteit van die populasie het reeds die data begin trianguleer. Data-ontleding is verder deur die portuurgroepe hanteer. Kwaliteit in navorsing word ook versterk as twee of meer navorsers die data kodeer en saam ontleed (Leedy & Ormrod, 2010:99; Polit & Beck, 2008:546;

Plummer-D'Amato, 2008:124; Shenton, 2004:65-66; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:383).

Die demografiese data en die dinamika van deelnemers sal verder in **Hoofstuk 3** beskryf word.

2.15.1.2 Deelnemer-kontrolering

Geloofwaardigheid word verhoog wanneer deelnemers met die interpretasie van die data help en verseker dat die data akkuraat beskryf is. Deelnemers kontroleer of die response wat aangeteken word, wel ooreenstem met wat gesê is tydens die groepbesprekings (Creswell, 1998:203; Plummer-D'Amato, 2008:124; Polit & Beck, 2008:545; Potter *et al.*, 2004:128; Shenton, 2004:68).

In hierdie studie is die rondomtalieproses, groepbesprekings en stemproses onmiddellik deur al die deelnemers, sowel as die fasiliteerder, in die teenwoordigheid van die navorser gekontroleer. Dit sluit in die prioriteitstellings, die kodering en die totale rangordes soos deur die groep gefinaliseer. Moontlike foute is reeds op hierdie tydstip uitgeskakel. Die transkripsie van die individuele response deur die fasiliteerder op die blaaibord is onmiddellik vir akkuraatheid geverifieer. Met die uitlees van die indekskaarte tydens die stemproses het die twee betrokke deelnemers saam die data gekontroleer, terwyl die res van die groep seker gemaak het dat die fasiliteerder dit korrek op die finale blaaibord bladsy aangeteken het.

2.15.1.3 Portuurgroepkontrolering

'n Portuurgroep kan uit kollegas, navorsers of akademici bestaan, met die doel om die navorsingsbevindinge te bespreek en terugvoer te verskaf. Enige aanbevelings deur die portuurgroep ondersteun die navorser se argumentering en rapportering (Plummer-D'Amato, 2008:124; Shenton, 2004:67; Van Breda, 2005:7).

In hierdie studie is van twee portuurgroepe gebruik gemaak. Die eerste portuurgroep het uit die navorser en twee kollegas bestaan. Hulle het die data kodeer en vir akkuraatheid kontroleer.

Daarna het die tweede portuurgroep van vyf persone die datakodering geverifieer. Hierdie portuurgroep het uit die navorser en vier kollegas bestaan. Twee kollegas van die eerste portuurgroep, een nuwe kollega en die studieleier.

2.15.2 Betroubaarheid

Betroubaarheid van die data beteken dat as die studie weer met soortgelyke deelnemers in dieselfde konteks as die huidige studie herhaal sou word, die uitkomsdata dieselfde sal wees. Betroubaarheid kan nie sonder die teenwoordigheid van geloofwaardigheid plaasvind nie (Moule & Goodman, 2009:189; Polit & Beck, 2008:539; De Vos *et al.*, 2005:346).

Volgens Streubert Speziale en Carpenter (2007:342) kan betroubaarheid gevestig word as die navorser elke stap van die navorsingmetodologie so akkuraat moontlik beskryf. Dit beteken egter nie dat ander navorsers wat die volledige, gedokumenteerde proses nougeset volg tot dieselfde gevolgtrekking sal kom nie. Lesers sou wel ’n studie kon verstaan, indien dit duidelik beskryf is (Plummer-D’Amato, 2008:124; Shenton, 2004,71).

Gevolglik het die navorser probeer om elke stap so noukeurig moontlik te beskryf en te dokumenteer, sodat dit maklik deur die leser verstaan sal word. ’n Voorstelling van die dokument-spoor word in **Tabel 2.5** verskaf.

2.15.3 Bevestigbaarheid

Bevestigbaarheid beteken dat die akkuraatheid van die data deur twee of meer onafhanklike persone / groepe bevestig kan word (De Vos *et al.*, 2005:347; Polit & Beck, 2008:539). Volledige dokumentering van al die navorsingstappe is noodsaaklik. Indien alles nougeset en noukeurig noteer is, kan die leser die proses volg en gevolglik verstaan hoe die resultate bereik is (Moule & Goodman, 2009:190; Shenton, 2004:72; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:49).

Al die stappe in hierdie studie is volledig gedokumenteer. Met die dokument-spoor kan die navorser hiervan bewys lewer. (Verwys na **Tabel 2.5** vir 'n voorstelling hiervan).

Tabel 2.5 Voorstelling van die dokument-spoor in hierdie studie

Navorsingsverloop	**Bewys van dokumente**
Populasie: demografiese data	Naamlyste met demografiese data
Toestemming van al die betrokkenes (Deelnemers en instansies vir verkenningsonderhoud en nominale groepe)	a) Toestemmingsvorms van die Dekaan (Gesondheidswetenskap), Vise-rektor (Studentesake), Hoof (SvV), Hoof (Departement Gesondheid), en Hoof (FSSON) b) Toestemming deur deelnemers aan nominale groepe
NGT-proses: Nominalegroepdata Navorser notas Deelnemer notas (opsioneel)	} Bladsye Veldnotas Deelnemer notas (anoniem)
Inhoudsontleding: Stap 1 – Invoer van data op rekenaar Stap 2 –Top 5 Stap 3 + 4 – Ontleding: Portuurgroep 1 en Portuurgroep 2 Stap 5 – Kombinering van groepe se data Finale rangorde	} Sigblaaie en prosesnotas

Van bogenoemde dokumente is in spesifieke lêers op ŉ persoonlike rekenaar, rekenaar-geheuestokkies en kompakskyf gestoor (Burns & Grove, 2009:448; Polit & Beck, 2008:387).

2.15.4 Oordraagbaarheid

Om oordraagbaarheid te verhoog moet daar ŉ omvattende beskrywing van die navorsingsproses, populasie en data-ontleding bestaan. Indien die data-bevindinge toepaslik vir ander navorsers en spesialiteitsvelde is, kan die bevindinge veralgemeen word. Om verder oordraagbaarheid van die bevindinge te verseker, kan die groepslede uit verskillende kulture, ras, geloof, ouderdomme en geslag bestaan (De Vos *et al.*, 2005:347; Polit & Beck, 2008:539; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:342; Vivar, 2007:68). Die demografiese data is volledig in Hoofstuk 3 beskryf.

2.16 ETIESE OORWEGINGS

Die professionele en etiese waardes van verpleegkundige navorsing handhaaf die beginsel dat die deelnemers aan ŉ studie beskerm moet word teen enige fisieke of emosionele skade. Waardes soos eerlikheid, integriteit en objektiwiteit is van besondere belang. Objektiwiteit vereis dat die navorser se geloof, oorwegings en vooropgestelde idees nie die studie se gehalte mag beïnvloed nie (Babbie, 2007:62; Burns & Grove, 2009:184; De Vos *et al.*, 2005:57; Polit & Beck, 2008:167; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:57). Etiese waardes wat aan hierdie studie rigting gebied het, sluit in waardebegrippe wat verband hou met vrywillige deelname en ingeligte toestemming, selfbeskikking, privaatheid, anonimiteit (van inligting), vertroulikheid, welgesindheid en regverdigheid. Vervolgens sal die toepassing van hierdie waardes kortliks bespreek word.

2.16.1 Vrywillige deelname en ingeligte toestemming

Vrywillige deelname beteken dat geen persoon onder enige omstandighede gedreig, gemanipuleer of gedwing mag word om aan navorsing deel te neem nie (Babbie, 2007:26; Berg, 2007:71-72; Burns & Grove, 2009:204).

Daar moes ook toestemming van al die betrokke hoofde van instansies verkry word. Al die inligting wat die navorser op die deelnemers se toestemmingsvorms geskryf het, was ook aan die instansies beskikbaar gestel. Elke navorsingstudie moet aan spesifieke etiese beginsels voldoen voordat daar vanaf owerheidsweë toestemming verleen sal word dat dit op deelnemers en op spesifieke persele uitgevoer mag word. Dit is om te verseker dat daar aan geen deelnemende student, instansie of publieke organisasies enige skade berokken word nie (Babbie, 2007:69; Burns & Grove, 2009:184).

Inligting oor die huidige navorsingstudie se metode en ontwerp is gevolglik skriftelik aan die betrokke persone en instansies voorgelê. Aangesien die SvV verbonde is aan ’n hoëronderwysinstansie, moes daar toestemming vanaf die instansie se Etiese Komitee verkry word. Nadat die navorser die navorsingsvoorstel met voorbeelde van al die toestemmingsdokumente aan die Fakulteit Gesondheidswetenskappe se Etiese Komitee gestuur het, is die nodige toestemming verkry om met die studie voort te gaan. Skriftelike toestemming is ook van die Dekaan van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe en die Vise-rektor van Studentesake verkry. Verder is skriftelike toestemming ook van die hoof van die SvV verkry. Bogenoemde toestemming was vir die betrokkenheid van die twee nominale groepe wat uit die vierde jaar studentverpleegkundiges bestaan het.

Daar is ook skriftelike toestemming van die Hoofde van die Departement van Gesondheid en die Free State School of Nursing verkry. Dit was nodig omdat die derdejaar studentverpleegkundiges van FSSON aan die verkenningsonderhoud en twee nominale groepe deelgeneem het.

Ingeligte toestemming behels dat alle deelnemers ’n volledige verduideliking oor die navorsingsproses en die doel daarvan sal ontvang, voordat hulle enige besluite daaroor neem. Deelnemers moet ingelig word indien daar enige voor- of nadele aan hul deelname verbonde is. Alle deelnemers moet hierdie inligting mondelings sowel as skriftelik ontvang.

Nadat die deelnemers voldoende essensiële inligting oor die studie ontvang het, het hulle ŉ keuse om daaraan deel te neem, of nie. Inligting moet in die deelnemers se taal van voorkeur geskied en die navorser moet seker maak dat die deelnemers alles verstaan (Burns & Grove, 2009:203; De Vos *et al*., 2005:59; Polit & Beck, 2008:176).

Deelnemers betrokke by hierdie studie het die nodige inligting oor die navorsingstudie se doel, data-insamelingsmetode, tydsverloop en die belang van hulle bydrae tot die projek ontvang. Dit is mondelings sowel as skriftelik aan hulle oorgedra. Daar was twee toestemmingsbriewe in elke deelnemer se lêer beskikbaar. Deelnemers is genoeg tyd gegun om die vorm deur te lees en kon vrae stel indien daar onduidelikhede voor ondertekening was. Alle deelnemers moes dit vrywilliglik gedoen. Een kopie was vir hulle eie bewaring en die tweede kopie is deur die navorser ontvang as bewys van ingeligte, geskrewe toestemming.

2.16.2 Selfbeskikking

Elke voornemende deelnemer het die keuse om aan ŉ studie deel te neem of nie. Hierdie keuse mag nie beïnvloed word deur enige beloftes, vooroordele of dreigemente van benadeling teenoor diegene wat nie deelneem nie. Deelnemers het die reg om ter enige tyd aan die studie te onttrek. Elke deelnemer het die reg om vrae te stel tydens enige fase van die data-insamelingsproses of indien daar enige prosedurele onduidelikheid is. Deelnemers moet altyd met respek behandel word, en veral individue se keuse om deel te neem, of nie, moet deur die navorser eerbiedig word (Burns & Grove, 2009:190; Polit & Beck, 2008:172).

In punt **2.16.1** is vrywillige deelname reeds bespreek. Dit sluit van nature aan by selfbeskikking. Die navorser het, sover haar kennis strek, alle deelnemers ten alle tye met respek behandel.

2.16.3 Privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid

Privaatheid moet deurgaans deur die navorser gewaarborg word. Sonder die deelnemers se toestemming, mag geen identifiserende inligting op enige dokument verskyn nie. “Reg op privaatheid” beteken dat die deelnemers so natuurlik moontlik mag optree en hul gedagtes oor die onderwerp van die studie mag deel, sonder dat dit pertinent geïdentifiseer sal word (Burns & Grove, 2009:195; Polit & Beck, 2008:174).

Anonimiteit beteken dat data nie aan individuele deelnemers gekoppel mag word nie. ’n Deelnemer het die reg om te aanvaar dat alle inligting anoniem hanteer sal word. Deelnemers se identifikasie mag nêrens gedokumenteer of mondelings genoem word nie. Vanweë insamelingstegnieke waar deelnemers van aangesig tot aangesig inligting deel, is daar egter geen anonimiteit nie. Indien anonimiteit nie gewaarborg kan word nie, moet die navorser eerder verseker dat alle inligting van die deelnemers vertroulik hanteer word. Dit beteken dat geen data met identifiserende inligting gepubliseer of ekstern beskikbaar gestel word nie (Babbie, 2007:64-65; Burns & Grove, 2009:196-197; Cohen *et al.*, 2007:64; Polit & Beck, 2008:180-181).

Verder mag geen inligting sonder die deelnemer(s) se toestemming gebruik word nie. Indien die deelnemer(s) skriftelik daartoe toestemming gee, mag die navorser die inligting gebruik en publiseer. Wanneer inligting gepubliseer word, mag daar geen identifiserende data van die deelnemers daaraan gekoppel word nie. Waar die identiteit van die deelnemers ook aan die fasiliteerder bekend is, moet die navorser onderneem dat alle inligting vertroulik hanteer sal word. Die navorser fokus dus eerder op konfidensialiteit as op anonimiteit. Soos reeds genoem, is anonimiteit in groepsverband onmoontlik, maar die vertroulikheid van data kan wel gewaarborg word (Babbie, 2007:65; Burns & Grove, 2009:197; Cohen *et al.*, 2007:64).

In hierdie studie was die inligting van die deelnemers nie anoniem nie, maar die fasiliteerder het hulle verseker dat alle data vertroulik hanteer sal word. Deelnemers kon self getuig dat daar nêrens name in enige stadium van die NGT op dokumente aangeteken is nie. Geen response kon dus aan enige deelnemer gekoppel word nie

en al die data is naamloos gekaart. Deelnemers is tydens die onderhoudproses versoek om die inligting van die besprekingsessie as vertroulik te hanteer.

2.16.4 Welgesindheid

'n Navorser het 'n plig teenoor die deelnemers om enige ongemak of emosionele skade te verhoed. Emosionele skade is nie altyd sigbaar, dus moet die navorser spesifiek daarna oplet. Dit is belangrik dat die fasiliteerder van die nominale groepe kundig en ervare in die uitvoer van die tegniek moet wees. Dit sal verhoed dat deelnemers aan onsensitiewe hantering van emosionele kwessies wat mag voorkom blootgestel word (Babbie, 2007:63-64; Burns & Grove, 2009:198; Polit & Beck, 2008:170).

Geen waarneembare of sigbare emosionele probleme het tydens die studie ontstaan nie. Al die deelnemers het deurgaans rustig en kalm voorgekom. As gevolg van die fasiliteerder se kundigheid, was daar genoeg aanmoediging om enige negatiewe gevoelens wat kon ontstaan het, te lug. Aan die einde van die proses het geen deelnemer emosioneel ontsteld of ongelukkig voorgekom nie.

2.16.5 Regverdigheid

Elke deelnemer het die reg op regverdige behandeling en mag nie deur die navorser uitgebuit word nie. Dit beteken dat al die deelnemers se response erken word en nie daaroor beoordeel word nie. Al die menings van die deelnemers moet dus sensitief hanteer word. Vryheid van spraak moet deur die navorser respekteer word (Polit & Beck, 2008:173-174). Byvoorbeeld, die seleksie van die deelnemers moet regverdig geskied, streng op grond van die insluitingskriteria. Ewekansige seleksie verhoed dat deelnemers daarvan ontneem word om regverdig behandel te word. Om die proses selfs meer regverdig te maak, moet die deelnemers verteenwoordigend van die populasie wees, ongeag ras, ouderdom of sosio-ekonomiese status (Burns & Grove, 2009:198).

Tydens die data-insameling van hierdie studie het die fasiliteerder elke deelnemer se opinie aangehoor en noteer. Geen deelnemer is ontneem van enige vryheid van spraak nie. Alle deelnemers se response is aangeteken en geen inligting is weggelaat nie.

2.17 OPSOMMING

In **Hoofstuk 2** van die studie is die navorsingsmetodologie en -ontwerp volledig bespreek en uiteengesit. Die volgende hoofstuk sal handel oor die navorsingsbevindinge, wat aan die hand van ’n literatuuroorsig bespreek sal word.

HOOFSTUK 3

BESPREKING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE

3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsbevindinge, soos in **Hoofstuk 2** uiteengesit, aangebied. Die Nominalegroeptegniek is gevolg om data in te samel en Van Breda (2005:4-11) se “Sewe stappe” vir veelvuldige groepe om data te ontleed (Sien **2.14**). Tydens die NGT vind data-insameling en data-ontleding gelyktydig plaas. Stemtellings is reeds vereenselwig om die prioritisering van kategorieë te bepaal. Voordat hierdie prioriteitskategorieë vervolgens bespreek word, sal die demografiese profiel sowel as die vergelyking van die deelnemergroepe se response aangetoon word.

3.2 DEMOGRAFIESE DATA

Volgens Van Breda (2005:10) is die insameling van demografiese data tydens stap 6 opsioneel. In hierdie studie is die demografiese besonderhede belangrik om die verskeidenheid van die deelnemers te beskryf en die geloofwaardigheid van die studie te verhoog. Hierdie data sluit geslag, taalvoorkeur, ras en ouderdom in. (Sien **Tabel 3.1**).

Tabel 3.1 Demografiese data van deelnemers

	FSSON 1 (Engels)	**FSSON 2 (Engels)**	**SvV 1 (Afrikaans)**	**SvV 2 (Engels)**	**Totaal**
Groep	1	2	3	4	
Getal Deelnemers:	5	6	8	8	27
Geslag:					
Manlik	1	5	0	6	12
Vroulik	4	1	8	2	15

	FSSON 1 (Engels)	FSSON 2 (Engels)	SvV 1 (Afrikaans)	SvV 2 (Engels)	Totaal
Ras:					
Blank	0	0	8	0	8
Swart	3	6	0	8	17
Bruin	2	0	0	0	2
Ouderdom	24-38 jaar	24-32 jaar	21-25 jaar	21-27 jaar	

Die 11 deelnemers van FSSON het uit 2 groepe bestaan. In Groep 1 (FSSON 1) was daar vyf deelnemers, waarvan vier vroulik en een manlik was. Twee deelnemers was bruin en drie swart. Hierdie groep het Engels as huistaal aangedui. Groep 2 (FSSON 2) het uit ses deelnemers bestaan. In hierdie groep was die meerderheid manlike deelnemers (vyf teenoor een vroulike deelnemer). Al die studente in die groep was swart. Hulle het drie verskillende tale as hul huistaal aangedui: Sesotho, Tswana en Xhosa. Die bespreking is met die deelnemers se toestemming in Engels gevoer.

Van die SvV was daar 16 deelnemers gewees. Die deelnemers het ook uit 2 groepe bestaan. In Groep 3 (SvV 1) was daar agt deelnemers, almal vroulik. Hierdie groep het in totaal uit wit Afrikaanssprekende deelnemers bestaan. Groep 4 (SvV 2) het ook uit agt deelnemers bestaan, met ses manlike en twee vroulike swart deelnemers. Hulle huistaal is ’n Afrikataal, maar hulle het Engels as die taal van keuse vir die studie aangedui. Aangesien die UV ’n dubbelmedium hoëronderwysinstansie is, kon die SvV groepbesprekings in Afrikaans of Engels gevoer word. FSSON se onderrigtaal is Engels en gevolglik is die groepbesprekings in Engels gehou.

Die vier groepe het gesamentlik uit 27 deelnemers bestaan, waarvan 15 vroulik en 12 manlik was. Die swart (17), wit (8) en bruin (2) deelnemers het die mees algemene etniese groepe in die Vrystaat verteenwoordig. Die deelnemers se ouderdomme het van 21 jaar (jongste) tot 38 jaar (oudste) gewissel. Addisionele relevante demografiese inligting sal verder in die bespreking van die bevindinge uitgelig word.

3.3 VERGELYKING VAN GROEPE SE RESPONSE

Die vyf Engelssprekende deelnemers in FSSON 1 het 25 response gegenereer in antwoord op die navorsingvraag. FSSON 2 se groep van ses Engelssprekende deelnemers het 14 response gegenereer. FSSON 2 het een lid meer gehad, maar daar was 11 minder response. SvV 1 se agt Afrikaanssprekendes het 13 response aangebied, terwyl SvV 2 se groep van agt Engelssprekendes, 24 response voorgelê het. 'n Groot aantal ooreenstemmende response het in al vier groepe voorgekom. Herhaling van die meeste response het op saturasie van die data gedui (Polit & Beck, 2008:70-71; Streubert Speziale & Carpenter, 2007:95).

FSSON se 11 studente het altesaam 39 response aangebied, waarvan 24 stemtellings ontvang het. Die 16 deelnemers van die SvV het 37 response voortgebring waarvan 28 stemtellings ontvang het. (Sien **Tabel 3.2**).

Tabel 3.2 Vergelyking van FSSON en SvV se response en stemtellings:

Groepe	Aantal deelnemers	Aantal response per groep	Aantal stemtellings van response per groep
FSSON	11	39	24
SvV	16	37	28

As die twee instansies se response vergelyk word, het die vyf minder deelnemers van FSSON meer response gegenereer as dié van die SvV. In teenstelling, het meer SvV response stemtellings ontvang. Geen noemenswaardige verskille in die response het voorgekom nie, ongeag die groep.

Die meeste opvattings in al vier die groepe het sterk ooreenkomste getoon, en het ook in belang ooreengestem. Die rasverspreiding en geslag van die deelnemers het nie 'n beduidende verskil in response meegebring nie. Response met ooreenstemmende betekenis het in al vier groepe se Top 5-kategorieë voorgekom. Vervolgens 'n voorstelling (sien **Tabel 3.3**) van die vier groepe se Top 5-kategorieë (soos deur response aangetoon is) en die finale bevindinge wat in 3.5 volledig bespreek gaan word.

Tabel 3.3 Groepe se Top 5-kategorieë en die finale bevindinge.

Top 5	FSSON 1	FSSON 2	SvV 1	SvV 2	Finale bevindinge
1	Werksomgewing	Persoonlike faktore	Persoonlike faktore	Werksomgewing	1.Persoonlike faktore
2	Onprofessionele gedrag	Werksomgewing	Persoonlike faktore	Persoonlike faktore	2.Werksomgewing
3	Werksomgewing Onprofessionele gedrag	Werksomgewing	Werksomgewing	Persoonlike faktore	3.Onprofessisonele gedrag
4	Persoonlike faktore	Persoonlike faktore	Werksomgewing	Werksomgewing	4.Leeromgewing
5	Leeromgewing	Onprofessionele gedrag	Persoonlike faktore	Onprofessionele gedrag	

Die rangwaarde van die kategorieë in elke groep is duidelik waarneembaar. In die FSSON 1- en SvV 2-groep is die kategorie *Werksomgewing* eerste geprioritiseer. Albei hierdie groepe het uit swart deelnemers bestaan. FSSON 1 het meer vroulike en SvV meer manlike deelnemers gehad. Beide FSSON 2 en SvV 1 se groepe het *Persoonlike Faktore* as nommer een geprioritiseer. FSSON 2 se groep het slegs uit swart deelnemers bestaan, waarvan die meeste manlik was. Daarteenoor het SvV 1 se groep uit wit vroulike deelnemers bestaan.

In die tweede plek, het twee groepe (SvV 1 en SvV 2) *Persoonlike Faktore* geplaas. FSSON 1 se groep het *Onprofessionele Gedrag* en FSSON 2 het *Werksomgewing* tweede geprioritiseer. Derdens het drie groepe (FSSON 1, FSSON 2 en SvV 1) *Werksomgewing* aangedui op hul rangorde. *Onprofessionele Gedrag* is ook by FSSON 1 as ’n prioriteit nommer 3 aangedui. SvV 2 het *Persoonlike Faktore* derde plek geplaas. *Persoonlike faktore* is daarna weer deur drie groepe (FSSON 1, FSSON 2 en SvV 2) in die nommer 4 plek geplaas. Laastens: Slegs een groep (FSSON 1), het *Leeromgewing* laag geprioritiseer terwyl FSSON 2 en SvV 2 *Onprofessionele Gedrag* in hierdie posisie geplaas het.

SvV 1 se groep het *Persoonlike Faktore* as hul vyfde en laagste waarde aangedui. ’n Oorsigtelike opmerking is dat hier nie regtig baie verskille tussen geslag en ras voorgekom het nie.

3.4 NAVORSINGSBEVINDINGE

Die doel van die navorsingsvraag was om die faktore te identifiseer wat verhoed dat studente psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies. Vyf kategorieë van redes, elk met spesifieke verbandhoudende temas is geïdentifiseer, naamlik:

- *Persoonlike Faktore*
- *Werksomgewing*
- *Onprofessionele Gedrag*
- *Leeromgewing*
- *Ongeklassifiseer*

Van hierdie vyf kategorieë, het die kategorie *Persoonlike Faktore* die hoogste waarde behaal. *Werksomgewing* was tweede; *Onprofessionele Gedrag* derde; *Leeromgewing* vierde en *Ongeklassifiseer* laaste. Genoemde kategorieë sal vervolgens ook in hierdie volgorde bespreek word. Elke kategorie se Top 5 response word in onderskeie temas verdeel. Van die kategorieë is besonder nou verweef, en het ’n invloed op mekaar gehad.

3.4.1 Persoonlike Faktore

“The job doesn’t make you a professional, your attitude does”
(Norton in Clarke & Walsh, 2009: 5)

Elke individu is uniek en het bepaalde eienskappe, voorkeure, motiewe, houdings, vermoëns, waardes, talente en doelwitte. Besluitneming is verwant aan die individu se persoonlike eienskappe en keuses word dus daarvolgens gemaak. Hierdie keuses word ook bepaal deur die individu se belewenisse en ervarings in sekere situasies. Keuses bevredig die individu se strewe na onafhanklikheid, selfstandige gedrag, belangstellings en voorkeure (Iyengar & Lepper, 1999:349-350; Markus &

Schwartz, 2010:348-349; Patall, Cooper & Robinson, 2008:270-271; Shaver & Scott, 1991:24-25).

Teen hierdie baie breë agtergrond word die beroepskeuse van die deelnemers in hierdie studie dan ook beskou. Hul persoonlike redes om nie psigiatriese verpleegkunde as beroep te kies nie, is in ses oorkoepelende temas tuisgebring. (Verwys na **Tabel 3.4**).

Tabel 3.4 Persoonlike faktore: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes:

KATEGORIE	GROEP	TEMAS	RESPONSE	GEMIDDELDE/ TOTAAL	TOP 5
1.Persoonlike faktore	2 ***FSSON 2***	Vaardigheidsverlies	1. Loss of skills that student learned in general nursing.	4.5 (27)	*1
	4 ***SvV 2***	Vaardigheidsverlies	1. Limits the application of general nursing knowledge and skills.	2.0 (16)	*2
	3 ***SvV 1***	Vaardigheidsverlies	1. Vaardighede wat in vorige studiejare aangeleer is, word nie gebruik.	1.625 (13)	*5
	3 ***SvV 1***	Emosioneel uitputtend	2. Emosioneel uitputtend.	3.375 (27)	*1
	1 ***FSSON 1***	Emosioneel uitputtend	2. Emotional tiring job.	1.6 (8)	*4
	4 ***SvV 2***	Swak prognose	2. See limited progress in patients - poor prognosis.	1.625 (13)	*3
	2 ***FSSON 2***	Swak prognose	2. See no progress in patients' conditions because they are long-term patients.	1.0 (6)	*5
	3 ***SvV 1***	Emosioneel oorbetrokkenheid	3. Emosionele oorbetrokkenheid by pasiënte – word deel van persoonlike lewe. *Moeilik om ander mense se emosionele "issues" te hanteer*.	2.125 (17)	*2
	4 ***SvV 2***	Beperkte beroepsgeleenthede	3. Limited psychiatry facilities limit opportunities to expand career.	2.0 (16)	*2
	2 ***FSSON 2***	Beroepsvoorkeur	3. No passion or interest in psychiatry.	1.66 (10)	*4

Uit **Tabel 3.4** blyk dat moontlike *Vaardigheidsverlies* (*1,*2,*5) die deelnemers se grootste rede was, gevolg deur die temas *Emosioneel Uitputtend* (*1,*4), *Swak Prognose* (*3,*5), *Emosioneel Oorbetrokke* (*2), *Beperkte Beroepsgeleenthede* (*2), en *Beroepsvoorkeur* (*4).

3.4.1.1 Vaardigheidsverlies

Kliniese vaardigheid is daardie psigomotoriese prosedures wat op die teoretiese grondslagkennis volg en in die praktyk implementeer word. Blootstelling aan kliniese ondervinding dra by tot die verpleegkundige se ontwikkeling van kennis, vaardighede, waardes en houdings. Hierdie volgehoue interaksie tussen pasiënt, omgewing en verpleegkundige is waardevol omdat vaardighede aangeleer en beoefen kan word (Bruce, Klopper & Mellish, 2011:176; Ramritu & Barnard, 2001:48; Safadi, Jaradeh, Bandak *et al*., 2010:147).

Deelnemers aan hierdie studie het gevoel dat onvoldoende interaksie tussen pasiënte en hul spesifieke psigiatriese omgewing tot vaardigheidsverliese by die verpleegkundiges kan lei. Al die groepe het vrees vir vaardigheidsverlies as ŉ rede genoem waarom psigiatriese verpleegkunde nie as ŉ voorkeurberoep beskou word nie. In FSSON 1 het vaardigheidsverlies wel stemtellings ontvang, maar dit was nie onder die Top 5 nie. In die ander drie groepe het vaardigheidsverlies wel die Top 5 behaal, te wete by FSSON 2 (*1), SvV 1 (*5) en SvV 2 (*2). Deelnemers het gevoel dat ŉ loopbaan in psigiatriese verpleegkunde sal veroorsaak dat vaardighede in ander spesialiteitsvelde soos Algemene Verpleegkunde, Verloskunde en Gemeenskapsgesondheids-verpleegkunde verlore sal raak. Die volgende response was insiggewend:

FSSON 2	***Loss of skills that student learned in general nursing***
SvV 2	***Limits the application of general nursing knowledge and skills***
SvV 1	***Vaardighede wat in vorige studiejare aangeleer is, word nie gebruik nie***
FSSON 1	***Loss of skills learned in general nursing, community and midwifery***

Die deelnemers het beweer dat ’n gebrek aan daaglikse blootstelling, bogenoemde kliniese vaardighede in ’n psigiatriese veld verlore sal laat raak. Voorts het hulle gesê dat personeel in psigiatriese velde nie oor ’n wye verskeidenheid van vaardighede beskik nie. Hulle voer tereg aan dat vertroue in ’n persoon se vermoëns bydra tot die groei van professionele en deskundige vaardigheid. Professionele vaardighede behels die volgehoue interaksie tussen ’n verpleegkundige en die omgewing deur wetenskaplike kennis en praktyk in die kliniese veld te integreer (Epstein & Hundert, 2002:226-227; Garside & Nhemachena, 2012:3-4; Safadi *et al.*, 2010:152).).

Die deelnemers se persepsie dat hulle sommige van hul algemene verpleegkundige vaardighede kan verloor, word ook in die studie van Epstein en Hundert gevind. Volgens Epstein en Hundert (2002:228) ontwikkel vaardighede verskillend in die kliniese praktyk. Indien die studentverpleegkundige nie genoeg blootstelling aan sekere kliniese situasies het nie, word kliniese vaardighede, vermoëns en deskundigheid verloor. So ’n studentverpleegkundige mag wel oor die wetenskaplike kennis beskik, maar nie die nodige kliniese vaardighede hê nie. Vaardigheidsontwikkeling is kontekstueel, en onvoldoende ervaring in ander spesialiteitsvelde veroorsaak vaardigheidsverlies (Epstein & Hundert, 2002:228; Garside & Nhemachena, 2012:3; Safadi *et al*., 2010:152).

Deelnemers aan hierdie studie het ook die opinie uitgespreek dat psigiatriese verpleegkunde tot vaardigheidsverlies in *ander* spesialiteitsareas kan lei. Daar moet in ag geneem word dat die ontwikkeling van vaardighede elkeen se eie verantwoordelikheid is. In die lig van Bruce *et al*. (2011:14) se siening neem elke verpleegkundige eie verantwoordelikheid om verworwe professionele kennis, houding, gedrag en vaardighede in stand te hou. Indien verpleegkundiges egter nie intrinsiek gemotiveer is om kennis, vermoëns en vaardighede te verbeter nie, kan die bepaalde werksomgewing nie daarvoor verantwoordelik gehou word nie.

In ag genome dat vaardigheidsontwikkeling en -verlies elkeen se eie verantwoordelikheid is, word dit as ’n persoonlike faktor geïdentifiseer. Aangesien vaardigheidsverlies nie in ander studies as ’n rede vir die studentverpleegkundiges se aversie in ’n psigiatriese veld genoem is nie, moet daar meer na hierdie siening gekyk word.

3.4.1.2 Emosioneel uitputtend

Sommige individue se onvermoë om stresvolle aktiwiteite en die eise van 'n werksomgewing te hanteer lei tot emosionele uitputting. Emosionele ooreising kan inderdaad ontstaan as verpleegkundiges in omgee-beroepe (*caring professions*) werksaam is. In psigiatriese verpleegkunde, waar daar met pasiënte en hul psigiese probleme gewerk word, is daar 'n groter risiko vir emosionele uitputting (Sharrard, 1992:32; Zerwekh & Garneau, 2012:36). Response uit hierdie studie wat hiervan getuig is:

SvV 1	***Emosioneel uitputtend***
FSSON 1	***Emotional tiring job***

Emosionele uitputting is deur twee groepe as deel van die Top 5 geprioritiseer. SvV 1 het dit as prioriteit *1 aangewys. Die tweede respons is afkomstig van FSSON 1 waar emosionele uitputting prioriteit *4 van die Top 5 was. Die deelnemers in SvV 1 het almal saamgestem oor die las van psigiatriese verpleegkunde op die persoonlike emosionele welstand. Hierdie beswaar is deur al die verantwoordelike deelnemers as 'n rede aangevoer waarom psigiatriese verpleegkunde nie as 'n loopbaan oorweeg sal word nie. Al dié deelnemers het aan die bespreking oor die punt deelgeneem.

In FSSON 1 het die meeste deelnemers dieselfde gevoel, maar die respons is slegs as *4 in die Top 5 geprioritiseer. Volgens dié groep was dit nie die belangrikste rede om nie psigiatriese verpleegkunde as beroep te oorweeg nie. Ook hier is die beswaar van die deelnemers ondersteun.

Daar is bewys dat negatiewe ervarings deur studentverpleegkundiges in 'n kliniese psigiatriese praktyk gevoelens van verleentheid, vrees en skok veroorsaak (Fisher, 2002:132-133). Negatiewe ervarings beïnvloed die studentverpleegkundiges se emosies, en kan tot emosionele uitputting lei (Kipping, 2000:207; Rushworth & Happell, 2000:131). Sharrard (1992:32,34) het inderdaad aangetoon dat psigiatriese verpleegkunde tot emosionele ooreising lei. Volgens haar kan voortdurende interaksie met hierdie pasiënte bydra tot dié emosionele las.

Hierdie psigiese uitputting word egter nie deur alle individue ervaar nie. Persoonlike eienskappe bepaal of psigiatriese pasiënte as ’n emosionele las, of eerder as ’n uitdaging beskou word.

Die beskouing van emosionele uitputting word ook in Melrose en Shapiro (1999:1456) beskryf. Deelnemers in dié studie was nie onaangetas deur die psigiatriese pasiënte nie en het self hul ervaring as emosioneel uitputtend beskou. In die studie van Kloster, Høie en Skår (2007:159) beweer die deelnemers ook dat psigiatriese verpleegkunde emosioneel uitputtend is, en emosionele energie benodig. ’n Sprekende reaksie was*: I think I would be depressed by working there.* Holmes (2006:405) se studie sluit hierby aan, en toon dat sommige deelnemers psigiatriese werkplekleerervarings as persoonlik onaangenaam ervaar het.

Soos reeds genoem, is daar in die teenswoordige studie bevind dat sommige van die kategorieë nou verweef is. Hierdie bevinding word deur die reeds genoemde studies beaam. In die huidige studie kon gesien word dat emosies en die werksomgewing mekaar beïnvloed het. Sommige deelnemers se ervarings in psigiatriese omgewings het tot emosionele uitputting gelei, wat ’n persoonlike siening is, omrede nie alle verpleegpersoneel deur negatiewe ervarings emosioneel uitgeput word nie. Die werksomgewing lei soms tot intense emosies (positief of negatief) en beïnvloed sonder twyfel die individu se ervarings en keuses (Billings & Halstead, 2009:233).

Volgens Kneisl en Trigoboff (2009:35) veroorsaak emosionele uitputting dat alle gesondheidspersoneel swak sorg lewer, maar dit geld veral by psigiatriese verpleegkundiges. Gevolge van swak sorg is vermyding van pasiënte, nie-betrokkenheid en insidente van etikettering. In die huidige studie het die deelnemers die psigiatriese personeel se gebrekkige omgee vir die pasiënte as rede vir emosionele uitputting aangesien. Sulke swak pasiëntsorg is daagliks waargeneem en het ’n gevoel van magteloosheid by die studentverpleegkundiges laat ontstaan. Volgens hulle het hierdie magteloosheid verder tot hul eie emosionele uitbranding bygedra. Dus voel die deelnemers dat emosionele uitputting ’n grondige rede is waarom psigiatriese verpleegkunde nie as ’n loopbaan oorweeg sal word nie.

3.4.1.3 Swak prognose

Die kronisiteit van psigiatriese versteurings lei tot die persepsie dat psigiatriese pasiënte nooit sal herstel nie en ŉ swak prognose het. Nog ŉ siening is dat psigiatriese pasiënte stadige vordering toon en vinnige beterskap nie algemeen voorkom nie (Clarke & Walsh, 2009:12; Uys & Middleton, 2010:16,51).

Hierdie sienswyse is in die NGT-bespreking ondersteun. ŉ Voorbeeld daarvan is die volgende respons:

SvV 2 See limited progress in patients – poor prognosis

Slegs twee groepe het pasiënte se swak vordering egter as een van die redes aangevoer waarom psigiatriese verpleegkunde nie as ŉ beroep oorweeg sal word nie. In SvV 2 het hierdie respons ŉ rangwaarde van *3 in die Top 5 behaal. Deelnemers het die pasiënte se swak vordering ontmoedigend gevind veral omdat hulle vinnige resultate wil sien. Die deelnemers het ook geen verwagting gehad dat pasiënte met ŉ kroniese psigiatriese siekte of verstandelike gestremdheid ooit optimaal sal funksioneer nie.

Bogenoemde siening is nie uniek nie. Dit blyk ook uit ŉ studie van Happell (1999a:483). In dié studie het deelnemers beaam dat pasiënte se swak vordering een van die redes is waarom psigiatriese verpleging as ŉ ongewilde beroep beskou word. Puskar en Bernardo (2003:29) se studie sluit hierby aan. Uit fokusgroep-onderhoude blyk die stellings: *Pasiënte word nie vinnig beter nie* en *medikasie neem te lank voor dit werk* twee verskillende redes te wees waarom studente nie psigiatriese verpleegkunde as loopbaan sal oorweeg nie. Hulle het gevoel dat die pasiënte se prognose swak is.

Die tweede groep wat swak prognose as rede aangevoer het, was FSSON 2. Die volgende respons staaf genoemde siening:

FSSON 2 See no progress in patients' conditions because they are long-term patients

Hierdie respons het 'n Top 5-rangwaarde van *5 ontvang. Hierdie groep het redeneer dat langtermyn-pasiënte se siektebeeld net versleg. Daar was geen sprake van enige waarneembare beterskap in die tyd toe hulle as studente hul psigiatriese rotasies gewerk het nie. Volgens die deelnemers is hierdie pasiënte se kroniese siektebeeld nie 'n uitdaging nie en is die swak pasiëntvordering demotiverend.

Hoekstra *et al.* (2010:6) se studie ondersteun hierdie stelling. In semi-gestruktureerde onderhoude het deelnemers negatief oor psigiatriese verpleegkunde as 'n loopbaankeuse reageer. Een van die redes was swak pasiëntvordering. Volgens hulle was daar in elk geval onsekerheid oor die behandelbaarheid van psigiatriese siektetoestande. In Kloster *et al.* (2007:159) se studie noem deelnemers ook die gebrek aan pasiëntvordering as een van die redes waarom psigiatriese verpleegkunde nie as beroep oorweeg sal word nie. Een reaksie was: *The patients rarely become well.*

Bogenoemde persepsie is in die teenswoordige studie beaam, daarin dat deelnemers gevoel het dat die herstel van psigiatriese pasiënte te lank neem. Hulle het gevoel dat stimulasie-aktiwiteite geen doel dien nie aangesien dié pasiënte nooit optimaal sal funksioneer nie. Die deelnemers het die gebrekkige pasiëntvordering as onbevredigend beskou en daarom besluit om nie 'n beroep as psigiatriese verpleegkundiges te oorweeg nie.

3.4.1.4 Emosionele oorbetrokkenheid

Die ontwikkeling van terapeutiese verhoudings tussen 'n pasiënt en 'n studentverpleegkundige vorm 'n inherente deel van die verpleegsorg in die kliniese psigiatriese praktyk. In hierdie terapeutiese verhouding raak dit moeilik vir sommige verpleegkundiges om hulle eie emosies sowel as die pasiënt s'n te beheer.

Dit veroorsaak innerlike konflik as verpleegkundiges oorbetrokke raak by die pasiënt se emosionele probleme en nie ŉ emosionele afstand kan handhaaf nie (Gray, 2010:350; Kipping, 2000:215; Määttä, 2006:7; Uys & Middleton, 2010:187).

Dieselfde siening het ook in die studie uitgekom. Twee response uit die SvV 1-groep staan uit:

SvV 1	***Emosionele oorbetrokkenheid by pasiënte – word deel van persoonlike lewe. Moeilik om ander mense se emosionele "issues" te hanteer.***

Hierdie respons het die tweede hoogste rangwaarde in SvV 1 behaal. Vroulike deelnemers in dié groep het gesê dat hulle te betrokke by die pasiënte raak. Volgens die deelnemers het die oorbetrokkenheid ŉ invloed op hulle persoonlike lewe gehad.

Deelnemers in hierdie groep het genoem dat dit moeilik is om eie emosies te beheer of verwerk, veral as hulle nog met pasiëntkwessies gekonfronteer word. Hulle het hierop uitgebrei dat dit soms ook moeilik was om tussen pasiëntkwessies en eie kwessies te onderskei. In hierdie groep was daar ŉ konsensus oor die emosionele betrokkenheid wat tot emosionele uitputting gelei het. ŉ Soortgelyke respons is nie deur een van die ander groepe voorgehou nie.

Die SvV 1-groep het verder gevoel dat pasiënte die persoonlike ruimte van die studentverpleegkundige betree. Die skending van die persoonlike ruimte word ook in Fisher (2002:130-131) se studie beskryf. Skending neem byvoorbeeld die vorm van persoonlike opmerkings teenoor die studentverpleegkundige aan. Sulke insidente lei tot verleentheid, skok, woede en ongemak. ŉ Uitbreiding op die ervaring van skending, sluit in dat pasiënte seksuele opmerkings teenoor die studentverpleegkundiges maak. Hierdie ervarings het negatiewe emosionele reaksies by die studentverpleegkundige ontketen. Verder stel Fisher dit onomwonde dat intense emosionele reaksies teenoor psigiatriese pasiënte ŉ besliste invloed op die terapeutiese verhouding kan hê.

Geen deelnemer aan hierdie studie het genoem dat pasiënte hul seksueel wangedra tydens werkplekleerervarings of persoonlike uitlatings gemaak het nie. Daar kan egter met geen sekerheid gesê word dat deelnemers *nie* sulke ervarings gehad het nie. ’n Algemene besprekingspunt wat byvoorbeeld wel na vore gekom het, was die gevoel van onveiligheid wat die vroulike studentverpleegkundiges in mansale ervaar het. Geen melding van enige kritiese insidente is deur enige deelnemer gemaak nie. Dit kan dalk wees dat die deelnemers net gevoel het dat psigiatriese verpleegkunde tot emosionele las bydra en oorbetrokkenheid onvermydelik is.

3.4.1.5 Beperkte beroepsgeleenthede

Beroepsvooruitgang in ’n spesifieke organisasie vereis kennis en ervaring. Werknemers wat genoeg ondervinding opgedoen het, word bevorder na posisies met beter vooruitsigte en meer verantwoordelikhede. Hierdie bevordering beteken dat hulle geskik is vir ’n hoër gesagsposisie in die organisasie (Chitty & Black, 2011:8; Sharf, 1997:218). In Toren, Zelker en Porat (2012:53) se studie noem die deelnemers dat die moontlikheid van beroepsvooruitgang belangrik is wanneer ’n beroepskeuse gemaak word.

Vanuit die response van die studentverpleegkundiges in hierdie studie het die moontlikheid van beroepsvordering in psigiatriese rigtings betwyfel. Een so ’n reaksie uit SvV 2 was:

> ***SvV 2 Limited psychiatry facilities limit opportunities to expand career.***

Deelnemers het bogenoemde stelling ’n rangwaarde van *2 in die Top 5 gegee. Volgens dié groep is daar geen vooruitsigte in psigiatriese inrigtings vir bevordering nie. Hul voel dat geskikte poste waarin ’n verpleegkundige kan vooruitgaan nie beskikbaar is nie. Geen van die ander drie groepe het ooreenstemmende opmerking(s) geopper nie.

Ook hier is die opvatting van die deelnemers nie uniek nie. Deelnemers aan Hoekstra *et al.* (2010:6) se navorsing was onseker oor die moontlikheid van bevordering in ’n psigiatriese veld.

Respondente in Kipping (2000:213) se studie beklemtoon ook stressore soos onsekerheid oor beroepsvooruitsigte, werksekuriteit en bevordering in 'n psigiatriese veld.

In die SvV 2-groep was daar 'n algemene gevoel dat beroepsvooruitgang in 'n loopbaankeuse belangrik is. Daarom is dit as oorweging genoem waarom psigiatriese verpleegkunde nie as 'n beroep oorweeg sal word nie.

3.4.1.6 Beroepsvoorkeur

Persone besluit om verskillende redes op 'n beroep. Sommiges neem besluite op grond van subjektiewe oorwegings, soos belangstelling. Ander se beroepskeuses word deur eksterne faktore soos die werksomgewing beïnvloed (Osa-Edoh & Alutu, 2011:15; Sulz, Humbert, Gyurcsik *et al*., 2010:2-3;6).

Die rol wat persoonlike voorkeur in beroepskeuse speel, word in die volgende respons illustreer:

FSSON 2 No passion or interest in psychiatry.

Hierdie groep se deelnemers het hierdie respons 'n rangwaarde van *4 in die Top 5 gegee. In die besprekingsessie het al die deelnemers hierdie stelling beaam en verklaar dat hulle nie persoonlike belangstelling in die psigiatriese veld het nie. Sommige deelnemers het genoem dat slegs sekere persone met spesiale eienskappe soos geduld in die psigiatriese veld kan werk.

Deelnemers uit die ander drie groepe het soortgelyke response gegenereer, maar hierdie response het nie die Top 5 kategorieë behaal nie. Verdere ooreenstemmende response sluit in dat hulle persoonlike belangstelling eerder in van die ander dissiplines van verpleegkunde lê. Die deelnemers kon nie regtig in diepte verduidelik waarom hulle nie psigiatriese verpleegkunde as voorkeur beskou nie.

Opmerkings, soos dat dit nie by hul persoonlikheid pas nie, is tydens die bespreking gemaak. Hier het hulle ook genoem dat hulle eerder fisiese bo psigiese verpleging verkies.

Die tema van persoonlike voorkeur moet ernstig opgeneem word. In Hoekstra *et al.* (2009:6) se studie beweer die deelnemers dat hul persoonlike ondervinding in die psigiatriese veld veroorsaak dat dit nie as ’n rigting oorweeg word nie. Hulle beweer ook dat slegs individue met sekere persoonlike eienskappe en vaardighede in psigiatriese verpleegkunde kan werk. Hulle noem geduld, gesag, selfrespek en oorredingsvermoë as van die unieke eienskappe. In die plaaslike studie is dit byvoorbeeld ’n paar keer tydens die besprekings genoem dat die deelnemers nie die geduld vir psigiatriese pasiënte het nie.

Die besprekings in ander studies het getoon vat die voorgraadse studentverpleegkundiges meer belangstel in teaterverpleegkunde, kritieke sorg en pediatriese verpleegkunde. Mediese en chirurgiese verpleegkunde is ook populêr omdat dit as “werklike” verpleging gesien word (Happell, 1999b:503-504; Happell, 1999a:482-483; Hoekstra *et al.*, 2009:4-5; Stevens & Dulhunty, 1997:aanlyn).

Die deelnemers aan hierdie studie se aversie in ’n beroep in psigiatriese verpleegkunde was werklik opvallend. Hul persoonlike voorkeure kon duidelik in al die temas raakgesien word.

3.4.2 Werksomgewing

’n Werksomgewing is die fisiese omgewing waarin professionele werksverrigting en -aktiwiteite plaasvind. ’n Veilige werksomgewing beskerm werknemers teen fisiese, psigiese en emosionele skade. Indien ’n omgewing nie aan dié vereistes voldoen nie, lei dit daartoe dat persone onveilig kan voel (Chitty & Black, 2011:276-277).

In hierdie kategorie was daar twee temas: *Onveilige Omgewing* en *Nie-Stimulerende Omgewing*. (Sien **Tabel 3.5**).

Tabel 3.5 Werksomgewing: temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes:

KATEGORIE	GROEP	TEMAS	RESPONSE	GEMIDDELDE EN TOTAAL	TOP 5
2.Werksomgewing	1 ***FSSON 1***	Onveilig	1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	3.0 (15)	*1
	2 ***FSSON 2***	Onveilig	1. Feel unsafe in some sections - patients behaviour is unpredictable.	2.16 (13)	*2
	3 **SvV 1**	Onveilig	1. Onveilige omgewing (dame in manssaal werk).	1.75 (14)	*4
	4 ***SvV 2***	Onveilig	1. Unsafe environment.	1.125 (9)	*4
	4 ***SvV 2***	Nie-stimulerend	2. Boring-only routine work, e.g. medication and feeding. Nursing patients who have been there for more than 20 years → long-term.	2.5 (20)	*1
	3 ***SvV 1***	Nie-stimulerend	2. Roetinewerk - doen dieselfde goed oor en oor (Geen ruimte vir persoonlike groei en professionele groei).	2.0 (16)	*3
	1 ***FSSON 1***	Nie-stimulerend	2. Not challenging - faced with the same situation daily.	1.8 (9)	*3
	2 ***FSSON 2***	Nie stimulerend	2. Feels like a waste of time – limited activities. Not challenging - do the same thing every day (not much to do when on duty). *Staff only gives medication-no therapeutic interventions by staff.*	2.0 (12)	*3

Al die groepe het in dié kategorie hul response met rangwaardes in die Top 5 geprioritiseer. Slegs twee temas het in die Top 5 voorgekom: *Onveilige Omgewing* (*1,*2,*4,*4) en *Nie-Stimulerende Omgewing* (*1,*3,*3,*3).

3.4.2.1 Onveilige omgewing

Deelnemers in al vier groepe het vrees vir onveiligheid as ŉ rede genoem. In FSSON 1 het onveilige omgewing die hoogste rangwaarde in die Top 5 gekry. In FSSON 2 het dit die tweede hoogste rangwaarde in die Top 5 gekry. In SvV 1en SvV 2 is aan onveilige werksomgewing ŉ rangwaarde van *4 elk in die Top 5 toegeken. Dat die deelnemers die omgewing as onveilig beskou het, spreek uit die volgende response:

> ***FSSON 1*** ***Working with psychiatry patients causes anxiety in student – patients dangerous. Unsafe environment.***
> ***Always feel on guard to prevent harm to self or patients.***

Die groep se response stem verder ook ooreen met die werkservaring waaroor deelnemers in Happell (1999a:482) se studie rapporteer het. Deelnemers aan hierdie studie het hul persoonlike vrees vir pasiënte met ŉ psigiatriese siektetoestand duidelik gemaak. Happell (1999b:503) het soortgelyke vrese beskryf. Psigiatriese verpleegkunde word negatief ervaar omdat psigiatriese pasiënte gevrees word en deelnemers voel dat hulle onbevoeg is om met sulke pasiënte te werk. Nog ŉ respons oor die waargenome onveiligheid was:

> ***FSSON 2*** ***Feel unsafe in some sections – patients' behaviour is unpredictable.***

Hoekstra *et al.* (2010:6) het ook bevind dat deelnemers psigiatriese pasiënte met aggressie assosieer. Dié deelnemers se persepsie was dat psigiatriese pasiënte onvoorspelbaar is. Hierdie onvoorspelbaarheid, tesame met die aggressiewe gedrag, het vrees en wantroue by die deelnemers veroorsaak en hul beroepskeuse beïnvloed. Een respondent in Hoekstra se studie het gesê: *I can't look into their heads and that's what scares me. I can't figure them out.*

Vrees is een van die hoofpersepsies waarmee psigiatriese verpleging wêreldwyd bejeën word. Holmes (2006:405) toon aan dat persoonlike veiligheid van belang word indien psigiatriese verpleegsorg oorweeg word.

Voorgraadse studentverpleegkundiges in Rushworth en Happell (2000:129) se studie, het dieselfde opinie gehuldig. Al die respondente bevestig die ontwikkeling van vrees om met psigiatriese pasiënte te werk. ’n Beroep in die psigiatriese verpleegkunde is ’n ongewilde keuse by voorgraadse studentverpleegkundiges vanweë die angs, vrees en wantroue wat daarmee gepaard gaan (Landeen, Byrne & Brown, 1995:881). Verwys ook na Stevens en Dulhunty (1997:aanlyn). Verder het navorsing onder mediese studente deur Malhi, Parker en Parker *et al* (2002:419) bevestig dat die persepsie dat psigiatriese pasiënte gevaarlik is wyer as net onder verpleegpersoneel strek, en dat daardie deelnemers dus ook nie psigiatriese praktyk as beroep oorweeg nie.

Die invloed van die media speel ook ’n rol in die skep van persepsies oor psigiatriese pasiënte Mediabeelde, rolprente en koerantberigte dra by tot die skep van vrees vir gevaarlike psigiatriese pasiënte (Hoekstra *et al.* 2010:7; Happell, 1999a:482; Landeen *et al.*, 1995:878; Stevens & Dulhunty, 1997:aanlyn; Wells, Ryan & McElwee, 2000:84). In hierdie studie het deelnemers nie na enige media-invloede gewys nie.

Vrees vir ’n onveilige omgewing is wel deur sommige van die vroulike deelnemers aangeraak:

SvV 1 Onveilige omgewing (dame in mansaal werk)

Van die vroulike deelnemers (SvV 1) het hierdie rede waarom hulle nie psigiatriese verpleegkunde as ’n beroep sal oorweeg nie, aangevoer. In sekere afdelings waar hulle werksaam was, is hulle soggens tydens die pasiënte se selfsorgaktiwiteite alleen saam met manlike pasiënte toegesluit. Daar was geen toesig en ondersteuning deur permanente personeel tydens hierdie tye nie.

Hierdie negatiewe situasie het tot die ontstaan van vrees gelei. Deelnemers aan hierdie studie het nooit genoem dat die onveilige gevoel vanweë enige suggestiewe opmerkings deur die manlike pasiënte veroorsaak is nie.

Al die deelnemers het gevoel dat daar ŉ mate van gevaar kan wees omdat hulle nie die nodige vaardigheid het om moontlike aggressie te hanteer nie.

Curtis (2007:286) se studie dui ook aan dat daardie deelnemers in die psigiatriese praktyk geïsoleerd gevoel het. Hulle noem dat daar geen ondersteuning van die permanente personeel vir hulle was nie (Sharif & Masoumi, 2005:4). Kipping (2000:215) se bevindinge resoneer die negatiewe ervaring. Daar het respondente die gebrek aan ondersteuning en toesig van permanente personeel as stresvol beskryf.

Volgens die deelnemers aan die plaaslike studie was daar slegs ŉ ongedefinieerde gevoel dat psigiatriese pasiënte gevaarlik is. Al vier groepe se deelnemers het hierdie persepsie gehad, maar geen insident van gewelddadige optrede of gedrag teen die deelnemers is gerapporteer nie. Deelnemers het dus nie werklike belewenisse van aanranding ervaar nie, maar het genoem dat hulle weet van "iemand" wat deur ŉ pasiënt geslaan is. Op hierdie tema is egter nie verder uitgebrei nie.

3.4.2.2 Nie-stimulerende omgewing

Persoonlike bevrediging in ŉ stimulerende werksomgewing word gemeet aan individuele behoeftes, waardes en motivering. Elke individu selekteer ŉ werksomgewing wat by sy of haar persoonlike eienskappe pas. Sekere verwagtinge soos belonings, onafhanklikheid, kreatiwiteit en intellektuele stimulasie word aan ŉ werksomgewing gestel. Hierdie intrinsieke verwagtinge word bevredig deur die werksverrigting.

Indien werksverrigting nie voldoen aan intellektuele stimulasie of kreatiewe verwagtinge nie, is daar nie motivering of belangstelling vir daardie werk nie (Arthur, Hall & Lawrence, 1989:30; Chitty & Black, 2011:11; Reardon *et al*., 2000:31; Sharf, 1997:65).

Oor die werksomgewing in psigiatriese verpleging het deelnemers die volgende te sê gehad:

SvV 1	***Roetinewerk – doen dieselfde goed oor en oor (geen ruimte vir persoonlike groei en professionele groei)***
FSSON 1	***Not challenging – faced with the same situation daily***
SvV 2	***Boring – only routine work, e.g. medication and feeding.***
	Nursing patients who have been there for more than 20 years→long-term
FSSON 2	***Feels like a waste of time – limited activities.***
	Not challenging - do the same thing everyday (not much to do when on duty.)

Hierdie response was afkomstig van al die deelnemers. SvV 2 het hierdie respons ŉ rangwaarde van *1 in die Top 5 gegee. FSSON 1, FSSON 2 en SvV 1 het elkeen aan hierdie response ŉ rangwaarde van 3* in die Top 5 gegee. Al hierdie deelnemers het gesê dat "al" wat ŉ mens heeldag in ŉ psigiatriese opset doen is om medikasie uit te deel, dit aan te teken, verslag te skryf en afhanklike pasiënte te voer. Veral by langtermyn pasiënte en diegene met verstandelik gestremdhede, was die tipe werk glad nie opwindend nie. Al die deelnemers het gesê dat daar geskrewe dagprogramme met stimulasie-aktiwiteite in elke saal beskikbaar was, maar dat dit nooit geïmplementeer is nie.

Hierdie response stem ooreen met Happell (1999a:482) se bevindinge. In haar studie het deelnemers die psigiatriese werksomgewing as vervelig en oninteressant beskou. Volgens hulle benodig individue spesifieke kwaliteite om in so omgewing te werk. Kloster *et al*. (2007:159) se werk sluit hierby aan. Een opmerking uit hierdie studie lui: *Too much of the same all the time. I like to be physically active – not sitting still.* Deelnemers aan hierdie studie noem ook dat psigiatriese verpleegkunde nie produktief genoeg is nie: *I think I would be depressed by working there. Boring.*

Deelnemers aan ’n ander studie van Happell (1999b:503) het die psigiatriese werksomgewing as oninteressant sowel as neerdrukkend beskou. Volgens een deelnemer was psigiatriese verpleegkunde nie ’n uitdagende beroep nie.

Puskar en Bernardo (2003:29) asook Rushworth en Happell (2000:131) se deelnemers het psigiatriese verpleegkunde as ’n ongewilde beroep beskou aangesien dit vervelig en oninteressant is. Die deelnemers het eerder ’n belangstelling in kliniese en tegnologiese werk soos kritieke sorgeenhede of mediese / chirurgiese areas getoon. Nog areas wat belangstelling by die deelnemers ontlok het, is verloskunde en teaterverpleegkunde, omdat deelnemers dit as opwindend en interessant beskou het. ’n Skynbaar algemene beskouing is dat velde waarin toegewydheid ’n groot deel van verpleegsorg uitmaak, nie as uitdagend beskou word nie (Happell, 1999b:502; Oermann & Sperling, 1999:78; Stevens & Dulhunty, 1997:aanlyn; Rognstad, Aasland & Granum, 2004:499). In die plaaslike studie is daar ooreenkomste met bogenoemde internasionale bevindinge.

In teenstelling met hierdie sienswyses het 92 deelnemers uit 151 in Kloster *et al.* (2007:159) se studie, psigiatriese verpleegkunde gunstig as ’n beroep beskou. Die rede was dat hulle psigiatriese verpleegkunde juis as uitdagend en opwindend beskou het. Ook in Rushworth en Happell (2000:132-133) se studie het 16 uit 30 deelnemers aangedui dat psigiatriese verpleegkunde as beroep gewild is. Die redes daarvoor is dat daardie deelnemers psigiatriese verpleegkunde juis as interessant, uitdagend en belonend gesien het.

In ’n studie van Surgenor *et al.* (2005:106) het studentverpleegkundiges gemengde menings en houdings oor psigiatriese verpleging gehuldig. Beide positiewe en negatiewe sienswyses het voorgekom. Een verklaring vir die diversiteit kan wees dat die studentverpleegkundiges wat wel in psigiatriese verpleegkunde belang gestel het, positiewe ervarings gehad het. Volgens dié studie het finale jaar studentverpleegkundiges meer positief as die eerstejaar studente reageer, waarskynlik omdat hul wyer lewenservaring tot ’n positiewer houding bygedra het.

Die oorweldigende konsensus is dat psigiatriese verpleegkunde nie stimulerend, uitdagend of interessant beskou word nie. Hierdie bevinding kan inskakel by die aanname wat gemaak word dat daar nie veel is om by ŉ psigiatriese afdeling te doen nie, en die siening dat psigiatriese verpleging nie fisiek harde werk is nie. Hierin is nog ŉ voorbeeld van temas wat ŉ invloed op mekaar kan hê, te vind. Die vraag ontstaan of deelnemers dalk emosioneel uitgeput raak indien hulle pasiënte moet stimuleer, en juis daarom sulke aktiwiteite vermy. Hierdie vermyding van stimulasie-aktiwiteite lei weer tot verveling, en die siening dat psigiatriese verpleegkunde oninteressant is. Dieselfde kan ook van emosionele oorbetrokkenheid afgelei word. Dalk is die psigiatriese werksomgewing vervelig en oninteressant vanweë die deelnemers se onttrekking van die pasiënte, juis omdat hulle emosionele betrokkenheid wil vermy. Daar vind dus min interaksie met die pasiënte plaas, en so ŉ werksomgewing kom dus nie-stimulerend voor.

3.4.3 Onprofessionele Gedrag

Die verpleegkundige se etos bepaal dat elke pasiënt die reg het om met respek behandel te word. Waardes soos houdings, menings en aspirasies bepaal gedrag. ŉ Waardesisteem wat geminag word, lei tot onprofessionele optrede. Onprofessionele optrede vind plaas wanneer pasiënte nie met respek of waardigheid behandel word nie en intervensies toegepas word wat kwaadwillig bedoel is (Chitty & Black, 2011:100,108; Clarke & Walsh, 2009:4-5; Zerwekh & Garneau, 2012:395).

Temas in die kategorie oor onprofessionele gedrag sluit in dat die psigiatriese personeel geen professionele dissipline toon nie, mishandeling van pasiënte (fisies en psigies) en pasiënte wat uitgebuit word. (Verwys na **Tabel 3.6**).

Tabel 3.6 Onprofessionele gedrag: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en Top 5-waardes.

KATEGORIE	GROEP	TEMAS	RESPONSE	GEMIDDELDE EN TOTAAL	TOP 5
3.Onprofessionele gedrag	2 ***FSSON 2***	Geen professionele dissipline a) Personeel verlaat saal b) Drink aan diens	1 Lack of supervision of staff - staff goes out as they like and drink on duty.	1.0 (6)	*5
	1 ***FSSON 1***	Geen professionele dissipline a) Personeel verlaat saal b) Drink aan diens	2. No discipline in staff (going out as they please and drink on duty) *Abuse of patients (physical beating).*	2.2 (11)	*2
	1 ***FSSON 1***	Uitbuiting van pasiënte	3. Exploitation of patients to do staff duties (patients bath other patients).	1.8 (9)	*3
	4 ***SvV 2***	Verbale en fisiese mishandeling van pasiënte	3. Verbal and physical abuse of the patients by staff-affects the prognosis of patients.	0.875 (7)	*5

Geen Professionele Dissipline (*2,*5), *Uitbuiting van Pasiënte* (*3), *Verbale en Fisiese Mishandeling* (*5) is in die Top 5 van hierdie kategorie. Dié temas word vervolgens bespreek.

3.4.3.1 Geen professionele dissipline

Elke professie het bestaande reëls en waardes. Waardes is gebaseer op etiese beginsels, standaarde en professionele gedragskodes. Hierdie standaarde stipuleer en bepaal die professionele verpleegkundige se optrede. Professionele integriteit is 'n refleksie van die individu se waardes en oordeel in die uitleef van die professie. In die verpleegprofessie word professionele integriteit deur bepaalde etiese

gedragskodes reguleer (Clarke & Walsh, 2009:5-7; Chitty & Black, 2011:71,100-101; Solum, Maluwa & Severinsson, 2012:129; Zalta, 2012:aanlyn).

Response oor ongedissiplineerdheid en onprofessionele gedrag onder psigiatriese personeel sluit in:

FSSON 1	***No discipline in staff (going out as they please and drink on duty)***
	Abuse of patients (physical beating)
FSSON 2	***Lack of supervision of staff- staff goes out as they like and drink on duty***

Die FSSON 1-groep het dié Top 5 respons ŉ rangwaarde van *2 en FSSON 2-groep ŉ *5-waarde gegee. Hierdie twee groepe het onderskeidelik uit 6 manlike en 5 vroulike deelnemers bestaan. Beide groepe het met minagting na die onprofessionele gedrag van professionele verpleegkundiges verwys. Hulle het genoem dat die alkoholmisbruik en afwesigheid van personeel in hul opinies onaanvaarbaar is. Volgens hulle het die afwesigheid en gebrek aan toesig, beduidende angs veroorsaak.

Die alkoholmisbruik wat hier waargeneem was, is ongelukkig ŉ bekende tendens by verpleegkundiges. Ander studies het ook getoon dat verhoogde alkoholgebruik toeneem in omgeeberoepe, en noem selfs sekere waarskuwingstekens as voorbeeld. Trinkoff en Storr (1998:581) toon aan dat 40% van psigiatriese verpleegkundiges verskeie substanse misbruik.

Dunn (2005:582) noem dat alkoholmisbruik by verpleegpersoneel geassosieer word met swak werkverrigting, soos gereelde of onverklaarbare afwesighede, traagheid, afname in werksprestasie en verwaarloosde pasiëntsorg. Hughes, Howard en Henry (2002:1424) sluit hierby aan en bevestig dat verpleegpersoneel neig tot substansiemisbruik.

Ook volgens Kneisl en Trigoboff (2009:350) is daar 'n risiko dat gesondheidspersoneel substanse kan misbruik. Voorbeelde van die waarskuwingstekens is gereelde afwesigheid, verdwyning uit die eenheid wanneer aan diens is, oordeelsfoute en geïrriteerdheid.

Alkoholmisbruik in die werkplek is teenstrydig met professionele etiese optrede en gedrag. Onetiese, onprofessionele optrede van professionele verpleegkundiges beïnvloed studentverpleegkundiges se leerervarings negatief (Erdil & Korkmaz, 2009:499-590). Verpleegkundiges wat nie integriteit, etiese beginsels, professionele waardes en kwaliteit pasiëntsorg handhaaf nie, se optrede lei tot ongunstige werkplekleerervarings. Studentverpleegkundiges word dus nie blootgestel aan positiewe rolmodelle in die praktyk nie (Erdil & Korkmaz, 2009:590. Laabs, 2011;437).

Deelnemers aan die huidige studie het genoem dat personeel se gedrag aan diens nie voldoen het aan etiese standaarde soos dit aan hulle geleer is nie. Hulle het hul ernstige misnoeë oor hierdie optrede van personeel wat veronderstel is om as rolmodelle in die praktyk op te tree, uitgespreek. Hierdie onprofessionaliteit is met minagting bejeën, en daarom wil die deelnemers selfs nie eens hierdie beroep – waar hulle dalk in dieselfde posisie kan beland en nie gerespekteer word nie – oorweeg nie.

3.4.3.2 Uitbuiting en mishandeling van pasiënte

Mishandeling kom voor as weerlose pasiënte fisies, emosioneel of seksueel mishandel, uitgebuit, verwaarloos of diskriminerend behandel word. Gesondheidspersoneel werksaam in psigiatriese instansies neig ongelukkig tot fisiese en emosionele mishandeling van pasiënte. Emosionele mishandeling is soms subtiel en word nie maklik uitgeken nie terwyl fisiese mishandeling makliker waargeneem kan word. Voorbeelde van emosionele mishandeling is intimidasie, skree, vloek, uitbuiting of afknouery (Barber, 2007a:938-939. Barber, 2007b:1023-1024).

Waarnemings hieroor wat in die plaaslike studie genoem is, sluit in:

SvV 2	***Verbal and physical abuse of the patients by staff – affects the prognosis of patients.***
FSSON 1	***Exploitation of patients to do staff duties (patients bath other patients).***

In SvV 2 is die respons in die Top 5 met ’n rangwaarde van *5 geprioritiseer. FSSON 1 se respons het ’n rangwaarde van *3 in die Top 5 ontvang. Beide groepe het die personeel se gedrag veroordeel en genoem dat pasiënte deur die personeel misbruik word. Weerlose pasiënte soos veral diegene met verstandelik gestremdhede asook kroniese pasiënte in langtermynsale, word as slagoffers van mishandeling uitgewys. Voorbeelde van die mishandeling was aanranding en spottery. Deelnemers het genoem dat professionele verpleegkundiges veronderstel is om as die pasiënte se kampvegters op te tree, maar dat hulle dit nie so in die praktyk ervaar het nie.

Deelnemers aan Stevens en Dulhunty (1997:aanlyn) se studie het ook kommer oor die pasiënte se welstand in psigiatriese inrigtings uitgespreek. Wolf (2012:19) se studie verwys na tekortkominge in verpleegsorg soos swak kommunikasietegnieke, pasiëntmishandeling, verwaarlosing, manipulasie, vyandigheid, woede, pasiëntvermyding en swak verpleegsorg.

Respondente in Kipping (2000:212-213) se studie sluit hierby aan en verwys na die nie-etiese gedrag van personeel wat ’n negatiewe houding teenoor pasiënte vertoon, of skinder onder mekaar en lui of bakleierig optree. Nog voorbeelde van onprofessionele gedrag uit Erdil en Korkmaz, (2009:593) se studie sluit in fisiese of psigologiese mishandeling en skending van pasiënte se privaatheid. Die deelnemers noem byvoorbeeld dat personeel hul pasiënte verskreeu, rondstamp en vir pasiënte sê dat hulle “mal” is. Hulle het gevoel dat die verpleegkundiges nie as rolmodelle aktief enige etiese beginsels gehandhaaf het nie. Hierdie gedrag verskil totaal van dit wat in die teorie aan die studente geleer is.

Deelnemers aan die huidige studie was ongelukkig oor die onprofessionele gedrag van die personeel en het hul vrees uitgespreek dat as hulle daar sou werk, hulle ook so sal optree. Volgens hulle oordeel is dit ŉ besliste vooruitsig dat personeel in psigiatriese instansies afgestomp sal raak en daarom nie meer sorgsame verpleging sal lewer nie.

3.4.4 Leeromgewing

Werkplekleerervarings is waardevol vir die ontwikkeling van kritiese denke, besluitnemingsprosesse en professionele waardes. Kennis gebaseer op wetenskaplike teoretiese onderrig moet in die kliniese praktyk toegepas word. Studentverpleegkundiges ontwikkel kliniese vaardighede deur interaksie met pasiënte in ŉ werklike leeromgewing (Billings & Halstead, 2009:283; Bruce *et al.*, 2011:253; Quinn & Hughes, 2007:341).

Die kategorie *Leeromgewing* is in twee temas verdeel: *Stagnering* en *Verkeerde Verpleegsorg*. (Sien **Tabel 3.7**).

Tabel 3.7 Leeromgewing: Temas met gemiddeldes, totale puntetellings en die Top 5 waardes:

KATEGORIE	GROEP	TEMAS	RESPONSE	GEMIDDELDE EN TOTAAL	TOP 5
4.Leeromgewing	1 ***FSSON 1***	Stagnering	1. Staff not up to date with the newest information and development. *Don't have personal patience to tolerate patients.*	1.0 (5)	*5
	1 ***FSSON 1***	Verkeerde verpleeg en mediese sorg	2. Improper nursing care e.g. wound care.	1.0 (5)	*5

Stagnering en verkeerde verpleeg- en mediese sorg het beide ŉ telling van*5 in die Top 5 behaal en is slegs deur die deelnemers van FSSON 1 geprioritiseer.

ŉ Stawende voorbeeld van dié temas is die volgende response:

FSSON 1	***Staff not up to date with the newest information and development. Don't have personal patience to tolerate patients*** ***Improper nursing care e.g. wound care***

Deelnemers het saamgestem dat die professionele verpleegkundiges in die psigiatriese veld tot stagnasie neig en nie belangstel om hul kliniese vaardighede verder te ontwikkel nie. Hulle was ook van mening dat daar nie veel uitdagings en leergeleenthede in die psigiatriese veld is vir volgehoue vaardigheidsontwikkeling nie. Daar is aangedui dat die onbevoegde gedrag wat hulle van die huidige psigiatriese personeel waargeneem het tot dié persepsie bygedra het.

Hier kan ook genoem word dat die vorige bespreking oor die vrees vir vaardigheidsverlies moontlik tot hierdie opinie kon bygedra het. Deelnemers het beskryf dat bogenoemde onbevoegdheid van die personeel wat waargeneem is, daartoe kan lei dat ŉ beroep in psigiatriese verpleegkunde beteken dat hulle ook sekere vaardighede sal verloor. Die twee temas is dus interverweef en het mekaar onteenseglik beïnvloed.

Kliniese werkplekleerervarings in die praktyk vorm ŉ integrerende fokuspunt van die studentverpleegkundige se vaardigheidsontwikkeling (Sharif & Masoumi, 2005:1). Professionele verpleegkundiges in die kliniese praktyk dien as rolmodelle vir studentverpleegkundiges, en het gevolglik ŉ invloed op hul leerervarings. Indien professionele verpleegkundiges nie vaardig, toegewyd of deskundig voorkom nie, gaan werkplekleerervarings teenproduktief wees (Billings & Halstead, 2009:287; Bruce *et al.*, 2011:228; Quinn & Hughes, 2007:341).

Onprofessionele gedrag in die kliniese praktyk stel ŉ swak voorbeeld aan die studentverpleegkundiges. Negatiewe gedrag soos verlies aan geesdrif, swak terapeutiese verhoudings, onetiese gedrag, skending van pasiëntregte, onprofessionele vaardighede en onvoldoende kennis kom dikwels in die praktyk voor (Bruce *et al.*, 2011:228).

Deelnemers aan Fisher (2002:130) se studie sonder ook dieselfde gedrag as ŉ kritiese insident uit. Voorbeelde in dié studie van swak gedrag was psigiatriese pasiënte wat nie aandag ontvang het nie en personeel wat nie toegewyd voorgekom het nie.

Deelnemers aan die teenswoordige studie het negatief oor die toepassing van teoretiese beginsels in die praktyk voorgekom. Volgens die FSSON 1-groep is die personeel van die psigiatriese gesondheidsorg instansies waar hulle gewerk het, nie op hoogte van die nuutste verpleegtussentredes op die gebied van psigiatriese verpleegkunde nie.

Studentverpleegkundiges word gekonfronteer met die skreiende teenstrydighede van swak teorie-praktyk integrasie. Dit wat hulle geleer word, word nie reflekteer deur die professionele optrede van die verpleegkundiges nie. Hierdie probleem van swak integrasie van teorie en praktyk deur die professionele verpleegkundiges word ook in Alavi en Cattoni (1995:348) se studie genoem.

Hier is ook ŉ noue verband tussen die kategorieë van *Onprofessionele Gedrag* en *Leeromgewing*. Indien die deelnemers ŉ negatiewe ervaring het van geregistreerde personeel wat onprofessioneel optree, beïnvloed dit die studente se leerervaring. Hierdie invloed kan ook in die teenswoordige studie waargeneem word. Deelnemers het genoem dat die personeel nie as kliniese of professionele rolmodelle opgetree het nie en daarom was hulle leerervaring onbevredigend. Onbevredigende leerervarings het vervolgens bygedra tot hul besluit om nie psigiatriese verpleegkunde as beroep te oorweeg nie.

3.4.4 Ongeklassifiseerde Kategorie

In hierdie kategorie is daar twee meedelings. Beide response was egter geïsoleerde stellings, en het op die einde geen puntetellings ontvang nie. Dié twee response kon nie by enige ander kategorie tuisgebring word nie, en word slegs ter kennisname en volledigheid gedokumenteer. (Verwys na **Tabel 3.8**).

Tabel 3.8 Ongeklassifiseerde kategorie: Response met puntetellings.

KATEGORIE	GROEP	TEMAS	RESPONSE	GEMIDDELDE EN TOTAAL	TOP 5
5.Ongeklassifiseer	4 ***SvV 2***	Ongeklassifiseer	1. Supervisors are poorer qualified than subordinates.	0	
	4 ***SvV 2***	Ongeklassifiseer	2. Rotation of shifts and wards between night and day duty - uncomfortable. *Fights between staff about rotation between wards.*	0	

3.5 TEORETIESE BEGRONDING

Die teoretiese begronding wat hierdie studie se bevindinge ondersteun, is die beroepsteorie wat deur Parsons ontwikkel is, naamlik die “Trait-factor”-teorie.

3.5.1 “Trait-factor”-teorie

Hierdie studie se uiteindelike bevindinge het by Parsons se “Trait-factor”-beroepsteorie aanklank gevind. Tradisioneel vorm Parsons se teorie die hoeksteen van beroepsontwikkelingsteorieë. Volgens dié teorie vind kongruensie tussen individuele eienskappe en die interaksie met die omgewing plaas. Gevolglik word ’n aanname gemaak dat beroepskeuses op dié kongruensie berus. Parsons se teorie is die afgelope eeu deur verskeie ander navorsers aangepas of verander. Prakties gesproke is dié teoretiese benadering egter nog steeds insiggewend tydens besluitneming oor ’n beroep (Arthur *et al.*, 1989:26-27; Sharf, 1997:25; Stead & Watson, 2006:15).

Parsons se “Trait-factor”-teorie hou drie oorwegings voorin die keuses van ’n beroep, te wete:

- Individue het verskillende behoeftes, waardes, houdings, vermoëns, gawes, belangstelling en ambisies (*Traits*).
- Individuele kenmerke van ’n werksomgewing verskil ten opsigte van voordele, nadele, geleenthede, vooruitsigte, vereistes en vergoeding (*Factors*).
- Die interaksie tussen ’n individu en die werkomgewing bepaal of hy / sy ’n beroep of aanstelling daarin sal aanvaar, of nie (Arthur *et al*., 1989:28-29; Sharf, 1997:25; Stead & Watson, 2006:1).

Die teorie fokus dus op die kenmerke van ’n individu, byvoorbeeld sy vermoëns, belangstellings, behoeftes, voorkeure en waardes. Hierdie eienskappe behels teenswoordige sowel as potensiële aanleg. Elke persoon is bewus van eie bevoegdhede, en hierdie selfkennis bepaal dan die moontlike beroepskeuses (Arthur *et al*, 1989:28; Sharf, 1997:28).

Elke werksomgewing het sekere vereistes. Kennis oor hierdie spesifieke vereistes is belangrik wanneer individue oor ’n moontlike beroep moet besluit. Indien die persoon oor selfkennis beskik en die werksomgewing se vereistes verstaan, word die beroepskeuse vergemaklik. Individuele behoeftes ten opsigte van ’n bevredigende werksomgewing is verskillend en is beslissend in die individu se besluit oor ’n beroepskeuse. Suksesvolle integrasie en interaksie tussen individu en die werksomgewing lei tot ’n positiewe ervaring in daardie beroep (Ferrans, Zerwic, Wilbur *et al*., 2005:341; McDaniels & Gysbers, 1992:28-29; Sharf, 1997:44; Stead & Watson, 2006:15). ’n Suksesvolle beroepskeuse berus op die positiewe ervaring van die interaksie tussen die individu en werksomgewing. ’n Kritiese aspek in hierdie beroepsteorie is as individue die omgewing se vereistes en take kan integreer met hul persoonlike behoeftes (eienskappe) (Arthur *et al*., 1989:27. Sharf, 1997:25. Stead & Watson, 2006:15).

Bogenoemde beginsels van Parsons het duidelik in hierdie studie na vore gekom. In dié studie kon die deelnemers se individuele menings in hul besluitneming oor psigiatriese verpleegkunde geëien word. Die deelnemers se response was kenmerkend in hul beskrywing oor eie bevoegdhede en gevoelens waarom psigiatriese verpleegkunde nie oorweeg sal word nie. Onderskeidend in die studie is die feit dat die kategorie wat persoonlike faktore (*traits*) verteenwoordig wel die hoogste prioriteit in die data-verwerking ontvang het, gevolg deur die kategorie werksomgewing (*factors*). Uit die studie is waargeneem dat die inkongruensie tussen die deelnemers se individuele eienskappe en die werksomgewing werklik tot die besluit gelei het om nie psigiatriese verpleegkunde as beroep te kies nie.

3.5.2 Samevatting

In hierdie studie is die faktore wat verhoed dat studentverpleegkundiges psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies deur die Nominalegroeptegniek (NGT) verken en beskryf. Die NGT as metode was uiters geskik omdat die studentverpleegkundiges ’n kans gehad het om hulle eie opinies te lug. Uit hierdie data-ontleding is daar vyf kategorieë geïdentifiseer. Die twee belangrikste bevindinge raak die terrein van persoonlike opvattings en die psigiatriese werksomgewing. In elkeen van die vier groepe in hierdie studie is die persoonlike- en werksomgewingsfaktore genoem as redes waarom psigiatriese verpleegkunde nie as beroep oorweeg word nie.

In die kategorie van persoonlike faktore, het die hooftemas ingesluit kommer oor vaardigheidsverlies; ’n persepsie oor pasiënte se swak prognose; die gedagte dat ’n loopbaan in psigiatriese verpleegkunde emosioneel uitputtend is; die feit dat beroepsgeleenthede skaars is en laastens dat psigiatriese verpleegkunde nie ’n beroepsvoorkeur sou wees nie.

In die werksomgewingkategorie, was die hooftemas die vrees vir fisieke onveiligheid en die siening dat psigiatriese verpleegkunde as sodanig nie stimulerend is nie. Die kategorie van onprofessionele gedrag van die verpleegkundiges en die onbevredigende leeromgewing het gevolg. Laastens, in die ongeklassifiseerde kategorie, het ’n negatiewe siening oor toesighouers se kwalifikasies en die probleme met skofruilings ontstaan.

Alhoewel geen persoonlikheidstoetse, houdings of vermoëns in dié studie getoets is nie, kan die basiese beginsels van Parsons se beroepsteorie aanvaar word (Arthur *et al*, 1989:28; Sharf, 1997:28). ’n Duidelike verband kan tussen die deelnemers se persoonseienskappe en hul beoordeling van die werksomgewing in dié studie waargeneem word

3.6 SLOT

Die NGT-onderhoude het verskeie redes waarom die deelnemende studentverpleegkundiges nie die psigiatriese verpleegkunde as loopbaan sal oorweeg nie, aan die lig gebring. Van al die redes, het *Persoonlike Faktore* en *Werksomgewing* die hoogste prioriteit-tellings ontvang. Hierna het *Onprofessionele Gedrag, Leeromgewing* en die *Ongeklassifiseerde kategorie* gevolg. Die deelnemende studentverpleegkundiges se response is ’n grondige bewys van hul negatiwiteit teenoor psigiatriese verpleegkunde as ’n loopbaan. Interessant genoeg, het die response van die verskillende groepe van die FSSON (diplomakursus) en die SvV (graadkursus) beduidende ooreenkomste in die meeste kategorieë getoon.

In **Hoofstuk 4** sal die gevolgtrekkings en aanbevelings ten opsigte van die studie bespreek word.

HOOFSTUK 4
GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

In **Hoofstuk 3** is die navorsingsbevindinge bespreek. Hierdie hoofstuk handel oor die gevolgtrekkings wat gemaak is en daarna sal die aanbevelings bespreek word.

4.1 GEVOLGTREKKING

Uit hierdie studie is dit duidelik dat individue natuurlik verskil en elkeen persoonlike voorkeure volgens hul eie behoeftes vorm. Die data wat uit die NGT groepsverband verkry is, verteenwoordig hierdie diverse individuele opinies. Daar kan geredeneer word dat individue se persoonlikhede verskillend is en daarom dat van die kategorieë / temas met mekaar oorvleuel het. Van die belangrikste oorvleuelings is in die bespreking uitgelig.

Eerstens kan daar beweer word dat die invloed van persoonlike faktore sekere bepalings op die werksomgewing geplaas het. Aan die ander kant kan ook genoem word dat die werksomgewing sonder enige twyfel sommige individue beïnvloed het. Tweedens is gevind dat vaardigheidsverlies, as ’n tema onder die kategorie persoonlike faktore, met die stagnasie en onbevoegdheid van personeel volgens die kategorie leeromgewing verweef is. Daar kan redeneer word dat die psigiatriese personeel nie die nodige kennis en vaardigheid (leeromgewing) gehad het nie en daarom het die studentverpleegkundige deelnemers die persepsie ontwikkel dat almal wat in die psigiatriese verpleegpraktyk werk mettertyd hulle vaardighede sal verloor (persoonlike faktore).

Verder kan genoem word dat die onvoldoende stimulasie van die pasiënte sekere gevolge gehad het. Om psigiatriese pasiënte voortdurend te stimuleer het tot emosionele uitputting (persoonlike faktore) gelei, met die gevolg dat hierdie aktiwiteite eerder vermy word. Die vermyding van stimulasie-aktiwiteite kan weer daartoe lei dat die werksomgewing as vervelig en oninteressant beskou kan word. Selfs emosionele oorbetrokkenheid sal ook hierby kan inskakel. Deelnemers het die interaksie met psigiatriese pasiënte as ’n emosionele las waargeneem, en moes daagliks daarteen waak om nie oorbetrokke te raak nie. Daarom is interaksie weer eens met die psigiatriese pasiënte vermy, moontlik as ’n verdedigingsmeganisme om sodoende die deelnemers se geestelike welstand te beskerm. Hierdie oënskynlike teenstrydigheid veroorsaak weer dat die werksomgewing as vervelig beskou is, aangesien die deelnemers nie aktief by die pasiënte betrokke *wou* raak nie. Voorts is die onprofessionele gedrag van die psigiatriese verpleegpersoneel met die leeromgewing verweef. Waarneming van hierdie swak situasie het minagting by die studente-deelnemers uitgelok – tot so ’n mate, dat psigiatriese verpleegkunde nie eens as ’n loopbaan oorweeg word nie.

Indien die beroepsteorie van Parsons bygereken word, word dit duidelik dat persoonlike faktore ook ’n rol speel. Volgens dié teorie kom individuele eienskappe, insluitende persoonlike waardes, in oorweging wanneer ’n beroep se werksomgewing beskou word. In hierdie studie was dit duidelik dat die deelnemers van mening was dat hulle persoonlike waardes nie ooreenstem met die leeromgewing en moontlike werksomgewing van ’n bestaande psigiatriese gesondheidsinstelling nie.

Plasing in verskillende psigiatriese liggings het ook ’n rol in die deelnemers se keuses gespeel, hoewel dit vir die doel van hierdie studie nie deel uitgemaak het van die navorsingsontwerp nie. Daar kan egter van die deelnemers se kommentaar afgelei word dat sekere werksareas in die psigiatriese omgewing meer reaksie by die deelnemers ontlok het as ander.

Sommige deelnemers het spontaan kommentaar oor sekere werksareas gelewer. Op hierdie gebied kan moontlik verdere navorsing gedoen word om te bepaal watter spesifieke areas in die psigiatriese veld die besluite van die deelnemers beïnvloed het, of nie.

4.2 AANBEVELINGS

Die aanbevelings van hierdie studie is gerig op punte soos kliniese onderrigmetodes (persoonlike aspekte), die kliniese praktyk (omgewingsaspekte), bemarking en verdere navorsing.

4.2.1 Kliniese Onderrigmetodes

Elke individu bekom en verwerk inligting op ’n unieke wyse. In hierdie studie het persoonlike faktore as probleemtema die hoogste prioriteit geniet. Die tema is oorheers deur negatiewe opinies oor psigiatriese verpleegkunde as loopbaan. Om hierdie persoonlike eienskappe te probeer verander is nie die doel van opleidigsinstansies nie en sal ook nie noodwendig suksesvol wees nie. Dus sou opleidingskole eerder daarop fokus om strategieë te ontwikkel om die houdings en persepsies van studentverpleegkundiges positief te beïnvloed. Aangesien persoonlike faktore etlike aspekte aangeraak het, kan verskeie strategieë en metodes gebruik word om dit aan te spreek. Die eerste strategie wat aanbeveel word, is op kliniese onderrig gefokus.

4.2.1.1 Vroeë blootstelling in die program

Tans ontvang die studentverpleegkundiges by FSSON en SvV grotendeels in hul derde en vierde jaar die formele teoretiese komponent van psigiatriese verpleegkunde. Gevolglik word aanbeveel dat studentverpleegkundiges vroeër aan die psigiatriese begrippe bekendgestel word. Die voorstel is dat die eerstejaar studentverpleegkundiges reeds aan die begin van hul opleiding aan die beginsels van geestesgesondheid bekendgestel word.

Hierdie bekendstelling kan in die kurrikulum ingeweef word, deur spesifieke inhoude oor geestesgesondheid aan te bied. Dit kan byvoorbeeld die formaat van ŉ werkswinkel of geskeduleerde klasse aanneem.

Die doel van vroeë blootstelling is om die beginner studentverpleegkundige bekend te maak met die beginsel van geestesgesondheid in die persoonlike lewe, sowel as in ŉ professionele hoedanigheid. ŉ Vroeë blootstelling deur middel van ŉ werkswinkel of skeduleerde klasse kan moontlik latere wanpersepsies en angs uit die weg ruim (Melrose & Shapiro, 1999:1455).

Die inhoud van só ŉ werkswinkel of skeduleerde klasse kan byvoorbeeld die volgende insluit:

- die begripsraamwerk van geestesgesondheid;
- die dinamika van geestesgesondheid;
- hanteringsmeganismes en kommunikasietegnieke;
- krisistussentrede;
- die lug en bespreking van gevoelens;
- die bevordering van geestesgesondheid; en
- reflekterende aktiwiteite.

Toenemende blootstelling aan psigiatriese teorie kan studentverpleegkundiges se houding meer positief en ontvankliker maak (Happell, 1999a:483). Psigiatriese pasiënte word in verskeie verpleegafdelings aangetref en is nie net tot psigiatriese instansies beperk nie (Happell, 1999a:483; Happell, 1999b:505; Surgenor *et al*., 2005:106). Hierdie wye verspreiding van pasiënte met psigiatriese probleme in die meeste verpleegafdelings kan problematies vir eerstejaars wees indien hulle nie die nodige kennis het om pasiënte te hanteer nie. Vroeë blootstelling kan dus noodsaaklike inligting aan die eerstejaar studentverpleegkundiges verskaf en moontlik vooropgestelde vrese besweer. Die gelyke status en noodsaaklikheid van al die verpleegvelde moet in opleidingskole onderskryf word (Rushworth & Happell, 2000:135). Hierdeur word holisme bevorder, aangesien alle pasiënte ten laaste tog in totaliteit verpleeg moet word.

Die belang van hierdie aanbeveling is bevestig deur toevallige en informele gesprekke wat met afstudeerde verpleegkundiges gevoer is. Volgens hulle sou die vroeë blootstelling aan die psigiatriese komponent hul meer voorberei het om sulke pasiënte te hanteer, ongeag die verpleegdissipline waarin hulle gewerk het. Daar is ook genoem dat hulle as eerstejaars graag meer van hierdie spesialiteitsarea sou wou geweet het, en dit dan nie met soveel vrees sou bejeën het nie.

4.2.1.2 Interaktiewe werkswinkel

Die aanbieding van 'n meer intensiewe werkswinkel word gedurende die derde of vierde jaar aanbeveel, veral net voordat die studentverpleegkundiges in die psigiatriese praktyk geplaas word. Hierdie werkswinkel se fokus kon dan op die ontwikkeling en voorbereiding van die studentverpleegkundige se vaardighede konsentreer word (Curtis, 2007:286-287). Dit is belangrik dat die werkswinkel interaktief moet wees.

Die doel van die werkswinkel is juis om die studentverpleegkundige bloot te stel aan die psigiatriese patologie en begrippe, moontlik deur middel van rolspel en gevallestudies. Daarna moet hulle al die vaardighede wat hulle waargeneem het deur middel van praktiese toepassings demonstreer.

Verskeie temas en onderrigmetodes word hiervoor aanbeveel, te wete:

- Temas, wat insluit:
  - die verpleegkundige beraming en diagnosering van psigiatriese pasiënte;
  - interpersoonlike hanteringsmeganismes soos konflikontlonting;
  - gedragsmodifikasietegnieke soos hantering van aggressie en manipulasie
  - die voer van terapeutiese gesprekke.

- Onderrigmetodes, byvoorbeeld:
  - kort video-insetsels;
  - dokumentêre films;
  - rolspel;
  - gevallestudies;
  - gestandaardiseerde pasiënt-simulasie (GPS)
  - ontladingsessies (*debriefing*) (Curtis, 2007:286-287; Hoekstra *et al*., 2010:7).

Visuele materiaal oor pasiënte wie se psigiatriese toestande wel verbeter het, kan in die veiligheid van die bekende klassituasie aan die studente getoon word om sodoende die stigmatisering te verminder. Video-insetsels en dokumentêre films wat die realiteit van psigiatriese pasiënte en hul terapeutiese omgewings uitbeeld, kan help om die studentverpleegkundiges se angs verdryf (Brown, 2008:640; Hoekstra *et al*., 2010:7). Na die teoretiese komponent behandel en beeldmateriaal vertoon is, kan die studentverpleegkundiges byvoorbeeld hul nuutgevonde vaardighede deur middel van rolspel en gevallestudies inoefen. Alle vrae, onduidelikhede en vrese kan hiertydens hanteer word.

Die video-insetsels word gevolg deur simulasie met die hulp van gestandaardiseerde pasiënte. Gestandaardiseerde pasiënte is individue wat spesifieke opleiding ontvang het om ŉ siekte of probleem te simuleer (Becker, Rose, Berg *et al*., 2006:103). Hierdie alternatiewe onderrigmetode kan met vrug ook in psigiatriese verpleegkunde gebruik word (Brown, 2008:639). Gestandaardiseerde pasiënt-simulasie (GPS) vind in ŉ gekontroleerde en veilige omgewing plaas, waar studentverpleegkundiges kliniese vaardighede op ŉ “pasiënt” kan oefen. Hierdie benadering skep geleentheid vir studentverpleegkundiges om selfvertroue in hul eie vermoëns te ontwikkel, persoonlike probleemareas te identifiseer en daarop te verbeter. Na die GPS vind ŉ ontladingsessie plaas waar al die betrokkenes oor die gebeure reflekteer en gevoelens oor die waarde van die opleiding lug. Hierdie ontladingsessie skep sonder twyfel ŉ klimaat wat meer bevorderlik vir leer is (Hoekstra *et al*., 2010:7; Shawler, 2008:531; Wickers, 2010:e83).

Aan die einde van die werkswinkel moet alle studentverpleegkundiges hul vaardigheid met die bystand van ’n GPS demonstreer, wat die ideale geleentheid is om in ’n veilige omgewing vaardighede te oefen. Indien daar enige onsekerheid of negatiewe gevoelens ontstaan, kan dit tydens die ontladingsessie na die tyd bespreek word. Negatiewe gevoelens wat opduik of negatiewe insidente wat ontstaan, moet onmiddellik deur die lektor hanteer word om ontlonting te verseker. Die proses sal die studentverpleegkundiges se angs verminder en meer selfvertroue laat ontwikkel. Die gebruik van ’n GPS vervang egter nooit die blootstelling aan werklike pasiënte nie, maar dien slegs as onderrighulpmiddel wat teorie en praktyk moet integreer voordat die studente die praktyk bereik.

Bykomend kan die studentverpleegkundiges hul persoonlike gevoelens en vrese volgens die “Fear in a bag”-metode hanteer. Volgens hierdie tegniek word studentverpleegkundiges gevra om elkeen hul vrees of persepsie oor psigiatriese verpleegkunde anoniem op ’n stukkie papier neer te skryf en dit dan in ’n sak te plaas. Elke studentverpleegkundige kry dan ’n beurt om een papiertjie uit die sak uit te haal en te lees wat daarop staan. Sy / hy moet daarna op die voorgehoude vrees of persepsie reageer deur gedagtes met sy / haar medekollegas daaroor uit te ruil. Hierdie metode lei tot die besef dat meer as een persoon dalk van dieselfde mening kan wees en dat ’n eie persepsie nie ’n eensydige of isolerende aspek hoef te wees nie. Die “Fear in a bag”-metode is ’n aanvullende tegniek wat aan die begin en einde van die werkswinkels toegepas kan word, hoewel dit nooit die ontladingsessie moet vervang nie (Neill, 2012:aanlyn).

4.2.2 Kliniese Praktyk

Die aanbevelings wat hier gemaak word, is op omgewingsfaktore gerig.

4.2.2.1 Nouer samewerking tussen instansies

Volgens Kloster *et al.* (2007:161) kan die gebruik van slegs onderrigmetodes nie die studentverpleegkundige se beroepsvoorkeur verander nie. Die omgewing moet ook sekere veranderings ondergaan. Alhoewel opleidingskole gewoonlik min invloed in psigiatriese inrigtings en hul personeel se funksionering het, kan sekere aanbevelings wel gemaak word om die leerervarings te probeer verbeter.

Volgens die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging moet alle akkrediteerde opleidingsinstansies oor onderlinge samewerkingsooreenkomste beskik. Dit kan as die grondslag vir nouer samewerking dien om optimale werkplekleerervarings aan die studentverpleegkundiges te verseker. Verpleegopleidingskole word gesien as plekke waar studente onderrig word, in teenstelling met die plasingsareas wat beskou word as plekke waar studente klinies praktiseer. Die lewering van kundige, vaardige en bevoegde verpleegkundiges is egter ŉ gedeelde verantwoordelikheid (Happell, 2009b:375).

Nouer samewerking tussen al die instansies het ten doel dat wedersydse insette van beide die opleidingskole en praktyk aangehoor word om sodoende die leerervaring van studentverpleegkundiges positief te verander. Nog ŉ doel is om die personeel van die instansies te bemagtig ten opsigte van hul eie professionele vaardighede en ontwikkeling. Opleidingskole moet dus moeite doen om effektiewe ooreenkomste met alle psigiatriese instansies te sluit.

Strategieë vir nouer samewerking wat hier aanbeveel word, is:

- ŉ kwartaallikse vergadering met al die betrokke personeel van die opleidingskole en psigiatriese instansies;
- die uitruil van inligting oor praktykvereistes, leeruitkomste, doelwitte, take, pasiëntbehoeftes;
- kwartaallikse terugvoer van alle partye indien enige probleme met opleiding of studente ervaar is;

- die beskikbaarheid en toeganklikheid van alle hulpbronne en –middels aan studentverpleegkundiges by elke instansie;
- uitruiling van probleemoplossingstegnieke en die oordeelkundige implementering daarvan; en
- wedersydse effektiewe kommunikasie wat deur senior verpleegbestuurslede koördineer word.

Opleidingskole kan as opvoedkundige hulpbronne dien en opleiding op gebiede wat deur die betrokke instansie as leemtes geïdentifiseer is, verskaf. Soortgelyke werkswinkels as vir die studentverpleegkundiges kan ook vir die kliniese inrigtings se personeel aangebied word. Sodoende kan die psigiatriese praktykverpleegkundiges op hoogte gehou word van enige vakveranderings of aanpassing in die leeruitkomste wat studentverpleegkundiges moet bereik. Dit is ook die ideale geleentheid waar al die kliniese psigiatriese instansies en opleidingskole se personeel mekaar beter kan leer ken. Professionele verhoudings en brûe kan op die manier gebou word.

4.2.2.2 Preseptors

'n Preseptor is 'n professionele verpleegkundige wat die student in die praktyk begelei. Kenmerkend van dié fasilitering is die integrasie van teorie en praktyk, die ontwikkeling van vaardighede en ondersteuning van die studentverpleegkundige. Elke studentverpleegkundige ontvang persoonlike aandag wat kan lei tot optimale leerervarings (Happell, 2008:850; Yonge, Billay, Myrick *et al.*, 2007:9). Positiewe leerervarings het 'n meer ontspanne houding tot gevolg, wat op die beurt weer leer gaan bevorder. In hierdie klimaat word psigiatriese verpleegkunde outomaties ook dan gunstiger gesien (Charleston & Happell, 2005:1175; Gough & Happell, 2009:3161).

Geskikte preseptore wat voldoen aan die voorgeskrewe vereistes van die opleidingskool en erkende verpleegkwalifikasies moet aangewys word. Die preseptor tree as 'n mentor, fasiliteerder, rolmodel en leier op. So 'n preseptor kan 'n kliniese fasiliteerder of professionele verpleegkundige uit die praktyk wees.

Die doel van preseptorskap is dat die studentverpleegkundiges deurlopend ondersteuning van ŉ kundige persoon in die praktyk ontvang. Hierdie persoon moet ook die fynere punte van teorie en praktyk integrasie aan die studentverpleegkundige kan vertoon.

Vereistes waaruit so ŉ preseptorskap sou bestaan, sluit in:

- die verpligte bywoning van ŉ induksieprogram en toepaslike opleiding;
- die bywoning van gereelde vergaderings met die programkoördineerders;
- die aanbieding en frekwensie van terugvoer-geleenthede (*feedback*) wat aan studentverpleegkundiges gebied moet word; en
- verpligte reflektering wat met studentverpleegkundiges na elke plasing in die psigiatriese gesondheidsorg instansie gedoen moet word.

4.2.2.3 Informele aktiwiteite

Studentverpleegkundiges kan jaarliks ŉ geleentheid in samewerking met ŉ psigiatriese instansie bywoon of reël. ŉ Goeie voorbeeld van só ŉ geleentheid is die jaarlikse institusionele atletiekbyeenkoms wat reeds by verskeie psigiatriese instansies gehou word. Hierdie byeenkoms is sosiaal van aard en totaal ontspanne, waartydens studentverpleegkundiges hul pasiënte op ŉ heel ander manier kan leer ken. Studentverpleegkundiges kan ook ŉ jaarlikse sosiale geleentheid help reël wat volgens ŉ spesifieke tema aangebied kan word, byvoorbeeld ŉ dans. Hierdie is ŉ ideale kans vir die senior studentverpleegkundiges om die eerstejaars uit te nooi en sodoende die psigiatriese pasiënte op ŉ meer sosiale vlak aan hulle bekend te stel. Die senior studentverpleegkundiges kan as mentors vir die eerstejaars optree. So ŉ sosiale geleentheid waar studentverpleegkundiges in ŉ ontspanne atmosfeer en onder die oog van hul meer senior kollegas met pasiënte omgaan en kommunikeer, sal waarskynlik hul persepsies oor psigiatriese verpleegkunde meer positief verander (Hoekstra *et al.*, 2010:7).

4.2.2.4 Institusionele konferensies

Oerman en Sperling (1999:78) stel voor dat studentverpleegkundiges van opleidingskole 'n konferensie reël waar alle studente van verskeie instansies beraadslag oor verskeie onderwerpe. Terapeutiese tussentredes wat geevalueer / gekritiseer word en bespreking van verskillende kliniese situasies kan byvoorbeeld as netwerk of leergeleenthede benut word. Nog 'n voorstel is die reël van institusionele debatte. Op so 'n wyse kan etiese dilemmas, die gebruik van tegnologie in die psigiatriese verpleegpraktyk en spesifieke terapeutiese tussentredes se voor- of nadele beredeneer word. Relevante en selfs kontroversiële temas kan in so 'n sessie bespreek en ontleed word. Sodoende kan psigiatriese verpleegkunde so interessant moontlik vir die studentverpleegkundiges voor gehou word. Ten laaste kan jong, dinamiese en kundige gassprekers genooi word om studentverpleegkundiges toe te spreek en hulle sodoende motiveer om psigiatriese verpleegkunde as beroep te oorweeg.

4.2.3 Bemarking van Psigiatriese Verpleegkunde

Teenswoordig word daar baie klem op die kommersiële handelsmerk van 'n produk en die advertering daarvan gelê. Die huidige generasie studentverpleegkundiges word daagliks aan bekende en beroemde handelsmerke blootgestel. Hierdie tendens kan tot voordeel van verpleegopleiding gebruik word, daarin dat psigiatriese verpleegkunde spesifiek as 'n handelsmerk adverteer kan word. Doelbewuste advertensieveldtogte moet in die media geloods word. Die positiewe en versorgende aspekte van die psigiatriese verpleegpraktyk kan aan die publiek en studente voorgehou word. In so 'n mate sal die stigmatisering van psigiatriese verpleging en die vrees vir psigiatriese pasiënte progressief verminder kan word.

Terselfdertyd kan hoërskole besoek word, waar psigiatriese verpleegkunde spesifiek as 'n uitdagende en bevredigende loopbaan bemark kan word (Puskar & Bernardo, 2003:31). Wells *et al*. (2000:86) se navorsingsdeelnemers het byvoorbeeld voorgestel dat psigiatriese verpleegkunde reeds op hoërskoolvlak adverteer moet word. Volgens hulle moet psigiatriese verpleegkunde as 'n dinamiese loopbaan vir die jonger geslag uitgebeeld word, en nie net as die werksgebied vir middeljarige

persone beskryf word nie. Entoesiastiese, positiewe jong professionele verpleegkundiges kan as rolmodelle in so ’n advertensie vir hierdie loopbaan gebruik word.

4.2.4 Verdere Navorsing

Navorsing oor die sienings van finale jaar studentverpleegkundiges in ander provinsies as die Vrystaat behoort ook gedoen te word om vas te stel of die belemmerende faktore oor die provinsiale grense ooreenstem. Studies kan onderneem word wat studentverpleegkundiges se houding voordat hulle in die psigiatriese praktyk geplaas word vergelyk met hulle siening daarna. Addisionele navorsing kan ook onderneem word om te bepaal of gekontroleerde blootstelling aan psigiatriese teorie en opleiding, enige positiewe resultate tydens die plasing van die student tot gevolg gehad het.

Belangrike navorsing wat by hierdie studie sou kon aansluit is om vas te stel watter spesifieke faktore wel tot ’n meer positiewe ervaring of loopbaankeuse in psigiatriese verpleegkunde sou kon bydra.

4.3 PERSOONLIKE REFLEKTERING

In kwalitatiewe navorsing word persoonlike opinies en gedagtes ondersoek. ’n Navorser is dus persoonlik betrokke in hierdie proses en subjektiwiteit kan ’n hindernis in kwalitatiewe navorsing veroorsaak. Veroorloof my dus die reg om self ook oor ’n paar gedagtes in hierdie studie te reflekteer.

Aangesien ek ’n beginner in die navorsingsveld is, was die hele ervaring spanningsvol en terselfdertyd ook opwindend. Daar was sekere hoogtepunte in die studie sowel as ’n paar laagtepunte. As ek ’n besonderse hoogtepunt mag uitlig was dit die toepassing van die nominalegroeptegniek. Hierdie manier van data-insameling was regtig vanaf die begin tot einde ’n positiewe belewenis. Van die oomblik waar al die studente oor moontlike deelname genader is, totdat die laaste

groep voltooi is, was fassinerend. Elke reëling wat met sukses uitgevoer is, het bygedra tot my selfvertroue as navorser.

Al die nominale groepe was suksesvol in die sin dat alles ten opsigte van die logistieke reëlings goed afgeloop het. Die psigiatriese verpleegfasiliteerder se teenwoordigheid het ook definitief tot hierdie aangename belewenis bygedra. Die FSSON-studente se nuuskierigheid oor hierdie metode van data-insameling en hulle positiewe terugvoer ten laaste was baie spesiaal. Behalwe dat hulle deelname waardevol vir my studie was, het hulle ook hul waardering vir hierdie onbekende tegniek wat onmiddellike resultate lewer, getoon.

'n Laagtepunt was egter die kleiner getal in beide FSSON groepe wat vir die groepsessies opgedaag het. Alhoewel die aantal studente volgens die voorgeskrewe bronne voldoende was, was ekself teleurgestel. 'n Vlietende gevoel van mislukking as navorser het hieroor ontstaan. Hierdie was dan ook my persoonlike punt van aanvaarding dat elke pad na sukses met dorings besaai is en dat my eie kosbare navorsing nie so belangrik vir ander persone as vir my is nie.

Die volgende dag het al die studente van beide die SvV-groepe vir hulle sessies opgedaag. Hiertydens het ek weer nuwe moed geskep. Nou het al die skryfwerk voorgelê. Ek het aanvanklik hiermee gesukkel omdat my persoonlike oordeel die skrywery beïnvloed het, want ek wou graag my eie opinies op die bevindinge afdruk. Nadat ek hierdie hindernis geïdentifiseer en uitgeskakel het, kon ek voortgaan met die dokumentasie van die bevindinge. Die beskrywing van die deelnemers se response het my egter weer laat besef waarom my navorsing so belangrik vir die voortbestaan van psigiatriese verpleegkunde is.

Tydens hierdie beskrywing het ek ook gewonder of studentverpleegkundiges in ander provinsies dieselfde menings as diegene in die Vrystaat huldig. Gelukkig leer sulke ervarings 'n beginner-navorser om in toekomstige studies elke opsie vir oorweging te ondersoek. Ek het algaande meer vertroue in myself as 'n navorser ontwikkel. Byvoorbeeld, het ek nooit besef dat 'n mens se woordeskat soveel kan uitbrei nie. Ek het tot onlangs geglo dat ek in staat is om te skryf, maar moes toe later nederig erken dat daar nog baie is om te leer.

Die “skryfwerk” het my tot ’n beter navorser laat groei en ontwikkel. Ek glo dat elke persoon met die nodige ywer en belangstelling daarin kan slaag om navorsing te doen, veral as dit oor ’n onderwerp handel wat na aan die hart lê. Psigiatriese verpleegkunde is my passie en ek hoop dat hierdie studie ’n paar veranderings teweeg sal laat bring om sodoende hierdie beroep se gewildheid onder verpleegsters te verhoog.

Hierdie navorser kan dus sê dat psigiatriese verpleegkunde as ’n voorkeur loopbaan tans in ’n benarde posisie verkeer en dat kreatiwiteit benodig word om jong studentverpleegkundiges in die toekoms daarvoor te werf. Verpleegopleidingskole het ’n verantwoordelikheid en ’n plig om indringende aksieplanne te implementeer om psigiatriese verpleegtekorte te help aanspreek.

4.4 TEN SLOTTE

In hierdie kwalitatiewe studie het die navorser deelnemers se redes ondersoek waarom hulle nie psigiatriese verpleegkunde as ’n beroep wil oorweeg nie. ’n Volledige uiteensetting van die navorsingsmetodologie, populasie bepaling, data-insameling en data-ontleding is beskryf. Die belangrikste bevindinge van hierdie studie is bespreek en uiteindelik op Parsons’ se Beroepsteorie gegrond. Daarna is pertinente gevolgtrekkings gemaak.

Bepaalde aanbevelings is gemaak, wat spesifiek op kliniese onderrigmetodes, praktykverbetering, bemarking en verdere navorsing gerig is. ’n Noot van persoonlike reflektering het as ’n nagedagte ontstaan, wat gebruik is om persoonlike groei as navorser op ’n kwalitatiewe wyse te verwoord.

“It is our attitude at the beginning of a difficult undertaking which, more than anything else, will determine its successful outcome.”

(William James, 2012:aanlyn)

BRONNELYS.

Alavi, C. & Cattoni, J. 1995. Good nurse, bad nurse. Journal of Advanced Nursing, 21:344-349.

Arthur, M.B., Hall, D.T. & Lawrence, B.S. 1989. Handbook of Career Theory. New York: Cambridge University Press.

Babbie, E. 2007. The Practice of Social Research. 11th ed. Belmont, USA: Thomson Wadsworth.

Barber, C.F. 2007a. Abuse by care professionals. Part 1: An introduction. British Journal of Nursing, 16(15):938-940.

Barber, C.F. 2007b. Abuse by care professionals. Part 2: A behavioural assessment. British Journal of Nursing, 16(16):1023-1025.

Becker, K.L., Rose, L.E., Berg, J.B., Park, H. & Shatzer, J.H. 2006. The teaching effectiveness of standardized patients. Journal of Nursing Education, 45(4):103-111.

Berg, B.L. 2007. Qualitative research methods for the social sciences. 6th ed. Boston: Pearson.

Billings, D.M. & Halstead, J.A. 2009. Teaching in Nursing. A guide for Faculty. Indianapolis: Saunders Elsevier.

Brink, H. 2006. Fundamentals of research methodology for health care professionals. 2nd ed. Cape Town: Juta & Co. (Pty) Ltd.

Brown, J.F. 2008. Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15:638-644.

Bruce, J.C., Klopper, H.C. & Mellish, J.M. 2011. Teaching and Learning the Practice of Nursing. 5th ed. Cape Town: Pearson Education.

Burns, N. & Grove, S.K. 2009. The practice of nursing research: Conduct, Appraisal, Synthesis and Generation of evidence. 6th ed. Missouri: Elsevier Saunders.

Charleston, R. & Happell, B. 2005. Psychiatric nurses and undergraduate nursing students' perceptions of preceptorship in the mental health setting. The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 10(3):1166-1178.

Chitty, K.K. & Black, B.P. 2011. Professional Nursing. Concepts & Challenges. 6th ed. Missouri: Saunders Elsevier.

Clarke, V. & Walsh, A. 2009. Fundamentals of Mental Health Nursing. New York: Oxford University Press.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. 2007. Research Methods in Education. 6th ed. New York: Routledge.

Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. 2007. Step-by-step guide to critiquing research. Part 1 Quantitative research. British Journal of Nursing, 16(11):660-662.

Creswell, J.W. 1998. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. California: Sage Publications.

Creswell, J.W. 2008. Educational Research: Planning, conducting and evaluating Quantitative and Qualitative Research. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education.

Curtis, J. 2007. Working together: A joint initiative between academics and clinicians to prepare undergraduate nursing students to work in mental health settings. International Journal of Mental Health Nursing, 16:285-293.

De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. ed. 2005. Research at Grass roots for the Social sciences and Human service professions. 3rd ed. Pretoria: Van Schaik.

Delbecq, A.L. & Van de Ven, A.H. 1971. A group model for problem identification and program planning. The Journal of Applied Behavioural Science, 7(4):466-492.

Dobbie, A., Rhodes, M., Tysinger, J.W. & Freeman, J. 2004. Using a modified Nominal Group Technique as a Curriculum Evaluation Tool. Family Medicine, 36(6):402-406, June.

Drennan, V., Walters, K., Lenihan, P., Myerson, S., Cohen, S. & Iliffe, S. 2007. Priorities in identifying unmet needs in older people attending general practice: A nominal group technique study. Family Practice, 24:454-460, August.

Dunham, R.B. 1998. Nominal group technique: A users' guide. [Aanlyn]. Beskikbaar van:<http://www.bmjpg.com/qrhc/chapter5.html. [5 Maart 2010].

Dunn, D. 2005. Substance abuse among nurses - Defining the issue. AORN Journal, 82(4):573-596, October.

Epstein, R.M. & Hundert, E.M. 2002. JAMA. [Aanlyn]. Beskikbaar van: http://jama.ama.assn.org/cgi/content/full/287/2/226. [19 Augustus 2008].

Erdil, F. & Korkmaz, F. 2009. Ethical problems observed by student nurses. Nursing Ethics, 16(5):589-598.

Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E. & Larson, J.L. 2005. Conceptual Model of Health-related quality of Life. Journal of Nursing Scholarship, 37(4):336-342, August.

Fisher, J.E. 2002. Fear and learning in mental health settings. International Journal of Mental Health Nursing, 11:128-134.

Gallagher, M., Hares, T., Spencer, J., Bradshaw, C. & Webb, I. 1993. The Nominal Group Technique: A research tool for General Practice. Family Practice, 10(1):76-81.

Garside, J.R. & Nhemachena, J.Z.Z. 2012. A concept analysis of competence and its transition in nursing. Nurse Education Today, 1-5.

Gough, K. & Happell, B. 2009. Undergraduate nursing students' attitude to mental health nursing: A cluster analysis approach. Journal of Clinical Nursing, 18:3155-3164.

Gray, B. 2010. Emotional labour, gender and professional stereotypes of emotional and physical contact, and personal perspectives on the emotional labour of nursing. Journal of Gender Studies, 19(4):349-360, December.

Happell, B. 1999a. Who wants to be a psychiatric nurse? Novice student nurses' interest in psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6:479-484.

Happell, B. 1999b. When I grow up I want to be a.? Where undergraduate student nurses want to work after graduation. Issues and Innovations in Nursing Education, 29:499-505.

Happell, B. 2008. Clinical experience in mental health nursing: Determining satisfaction and the influential factors. Nurse Education Today, 28:849-855.

Happell, B. 2009a. Influencing undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing: Acknowledging the role of theory. Issues in Mental Health Nursing, 30(1):39-46.

Happell, B. 2009b. A model of preceptorship in nursing: Reflecting the complex functions of the role. Nursing Education Perspectives, 30(6):372-376.

Hirschfield, M.J. 2009. Accepting responsibility for long-term care- A paradox in times of a global nursing shortage? Journal of Nursing Scholarship, 41(1):104-111.

Hoekstra, H.J., Van Meijel, B.B. & Van der Hooft-Leemans, T.G. 2010. A nursing career in mental health care: Choices and motives of nursing students. Nurse Education Today, 30:4-8.

Holmes, C.A. 2006. The slow death of psychiatric nursing: what next? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13:402-404, May.

Horsfall, J.H., Cleary, M., Walter, G. & Hunt, G.E. 2007. Conducting mental health research: Key steps, practicalities and issues for the early career researcher. International Journal of Mental Health Nursing, 16:S10-S16.

Hughes, T.L., Howard, M.J. & Henry, D. 2002. Nurses' use of alcohol and other drugs: Findings from a national probability sample. Substance Use & Misuse, 37(11):1423-1440.

Iyengar, S.S. & Lepper, M.R. 1999. Rethinking the Value of Choice: A cultural perspective on intrinsic motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 76(3):349-366.

James, W. 2012 [Aanlyn]. Beskikbaar van: >http://www.psychology.about.com/od/profilesofmajorthinkers/a/jamesquotes.htm. [20 Oktober 2012].

Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I. *et al*. 2007. Lifetime prevalence and age-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World mental health survey initiative. World Psychiatry, 6:168-176.

Kipping, C.J. 2000. Stress in mental health nursing. International Journal of Nursing Studies, 37:207-218.

Kloster, T., Høie, M. & Skår, R. 2007. Nursing students' career preferences: a Norwegian study. JAN: Original Research, 59(2):155-162.

Kneisl, C.R. & Trigoboff, E. 2009. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing, 2nd ed. New Jersey: Pearson Education.

Krefting, L. 1991. Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. The American Journal of Occupational Therapy, 45(3):214-222, March.

Laabs, C. 2011. Perceptions of moral integrity: Contradictions in need of explanation. Nursing Ethics, 18(3):431-440.

Landeen, J., Byrne, C. & Brown, B. 1995. Exploring the lived experiences of psychiatric nursing students through self-reflective journals. Journal of Advanced Nursing, 21:878-885.

Leedy, P.D. & Ormrod, J.E. 2010. Practical Research: Planning and design, 9th ed. New Jersey: Pearson.

Lempp, H. & Kingsley, G. 2007. Qualitative assessments. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 21(5):857-869.

Määttä, S.M. 2006. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. Nursing Philosophy, 7:3-10.

MacKenzie, M.J. 2010. Problematiek van voorgraadse studentverpleegkundiges se leerervaring in primêre gesondheidsorgklinieke. Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat [Ongepubliseerde M Soc Sc verhandeling].

Malhi, G.S., Parker, G.B., Kirkby, K.C., Boyce, P.Y., Hornabrook, C. & Jones, K. 2002. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36:416-423.

Maree, K. ed. 2010. First steps in Research. 4th ed. Pretoria: Van Schaik.

Markus, H.R. & Schwartz, B. 2010. Does choice mean Freedom and Well-being? Journal of Consumer Research, 37: 344-355, August.

McDaniels, C. & Gysbers, N.C. 1992. Counselling for Career Development. Theories, Resources and Practice. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Melrose, S. & Shapiro, B. 1999. Students' perceptions of their psychiatric mental health clinical nursing experience: A personal construct theory explanation. Journal of Advanced Nursing, 30(6):1451-1458.

Miers, M.E., Rickaby, C.E. & Pollard, K.C. 2007. Career choices in health care: Is nursing a special case? A content analysis of survey data. International Journal of Nursing studies, 44:1196-1209.

Mokoka, E., Oosthuizen, M.J. & Ehlers, V.J. 2010. Retaining professional nurses in South Africa: Nurse managers' perspectives. Health SA Gesondheid, 15(1):1-9.

Moule, P. & Goodman, M. 2009. Nursing Research: An introduction. London: SAGE.

Neill, J. 2012. [Aanlyn]. Beskikbaar van: >http://www.counselorsroom.com/.../TG_8_FEAR_IN_HAT_F0910.Do. [29 Mei 2012].

Oermann, M.H. & Sperling, S.L. 1999. Stress and challenge of psychiatric nursing clinical experiences. Archives of Psychiatric Nursing, XIII(2):74-79, April.

Osa-edoh, G.I. & Alutu, A.N.G. 2011. Parents' socio-economic status and its effect in students'educational values and vocational choices. European Journal of Educational Studies, 3(1):11-21.

Patall, E.A., Cooper, H. & Robinson, J.C. 2008. The effects of choice on Intrinsic Motivation and related outcomes: A meta-analysis of Research findings. Psychological Bulletin, 134(2):270-300.

Patzel, B., Ellinger, P. & Hamera, E. 2007. Tomorrow's psychiatric nurses: Where are we today in providing students' clinical experiences? Journal of the American Psychiatric Nurses association, 13(1):53-60.

Perry, J. & Linsley, S. 2006. The use of the nominal group technique as an evaluative tool in the teaching and summative assessment of the interpersonal skills of student mental health nurses. Nurse Education Today, 26: 346-353.

Pillay, R. 2009. Work satisfaction of professional nurses in South Africa: A comparative analysis of the public and private sectors. Human Resources for Health, 7(15):9.

Plummer-D'Amato, P. 2008. Focus group methodology. Part 2: Considerations for analysis. International Journal of Therapy and Rehabilitation, 15(3):123-129, March.

Polit, D.E. & Beck, C.T. 2008. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, M., Gordon, S. & Hamer, P. 2004. The nominal group technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. NZ Journal of Physiotherapy, 32(3):126-130.

Puskar, K.R. & Bernardo, L. 2003. Psychiatric nursing in crisis: Strategies for recruitment. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 9(1):29-32, February.

Quinn, F.M. & Hughes, S.J. 2007. Quinn's principles and practice of Nurse Educator. 5th ed. London: Nelson Thornes Ltd.

Ramritu, P.L. & Barnard, A. 2001. New nurse graduates' understanding of competence. International Nursing Review, 48:47-57.

Reardon, R.C., Lenz, J.G., Sampson, J.P. & Peterson, G.W. 2000. Career development and Planning. A comprehensive Approach. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.

Rhodes, R. & Bouic, L. 2007. Summer schools to improve recruitment and retention of pre-registration mental health student nurses. Mental Health Practice, 10(8):34-38, May.

Rognstad, M., Aasland, O. & Granum, V. 2004. How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society. Nurse Education Today, 24:493-500.

Rushworth, L. & Happell, B. 2000. 'Psychiatric nursing was great, but I want to be a "real" nurse': Is psychiatric nursing a realistic choice for nursing students? Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 9:128-137.

Safadi, R., Jaradeh, M., Bandak, A. & Froelicher, E. 2010. Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities. Nursing and Health Sciences, 12:147-154.

SARV. 2009. Statistieke. [Aanlyn]. Beskikbaar van: >http://www.sanc.co.za/. [10 November 2010].

SARV. 2005. Wet op Verpleging, Wet 33 van 2005. [Aanlyn]. Beskikbaar van:>http//www.sanc.co.za/. [10 November 2010].

Sharf, R.S. 1997. Applying career development theory to counselling. 2nd ed. California: Brooks/Cole Publishing Company.

Sharif, F. & Masoumi, S. 2005. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nursing, 4(6):1-7.

Sharrard, H.E. 1992. Feeling the strain: Job stress and satisfaction of direct-care staff in the mental handicap service. The British Journal of Mental Subnormality, 74:32-38, January.

Shaver, K.G. & Scott, L.R. 1991. Person, Process, Choice: The psychology of New Venture Creation. Entrepreneurship Theory and Practice, 23-45.

Shawler, C. 2008. Standardized patients: A creative teaching strategy for psychiatric-mental health nurse practitioner students. Journal of Nursing Education, 47(11):528-531.

Shenton, A.K. 2004. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Education for Information, 22:63-75, January.

Skool vir Verpleegkunde Jaarboek (SvV-jaarboek). 2010. Universiteit van die Vrystaat, 7-8.

Solum, E.M., Maluwa, V.M. & Severinsson, E. 2012. Ethical problems in practice as experienced by Malawian student nurses. Nursing Ethics, 19(1):128-138.

Stead, G.B. & Watson, M.B. 2006. Career Psychology in the South African context. 2nnd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Stevens, J.A. & Dulhunty, G.M. 1997. The Australian Electronic Journal of Nursing Education. [Aanlyn]. Beskikbaar van: http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/archive/vol3-1/acareer.htm. [26 Februarie 2012].

Streubert Speziale, H.J. & Carpenter, D.R. 2007. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sulz, L.D., Humbert, M.L., Gyurcsik, N.C., Chad, K.E. & Gibbons, S.L. 2010. A Student's Choice: Enrolment in Elective Physical Education. PHENex Journal, 2(2):1-17.

Surgenor, L.J., Dunn, J. & Horn, J. 2005. Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand. International Journal of Mental Health Nursing, 14:103-108.

Toren, O., Zelker, R. & Porat, N. 2012. Preferences of Israeli nursing students in choosing their future workplace. Journal of Nursing Management, 20:45-55.

Totikidis, V. 2010. Applying the Nominal Group Technique (NGT) in Community Based Action Research for Health Promotion and Disease Prevention. The Australian Community Psychologist, 22(1):18-29, December.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L. 1998. Substance abuse among nurses: Differences between specialties. American Journal of Public Health, 88(4):581-585, April.

Tuffrey-Wijne, I., Bernal, J., Butler, G., Hollins, S. & Curfs, L. 2007. Using nominal group technique to investigate the views of people with intellectual disabilities on end-of-life care provision. Journal of Advanced Nursing, 58(1):80-89.

Uys, L. & Middleton, L. ed. 2010. Mental Health Nursing: A South African Perspective. 5th ed. Cape Town: Juta & Co. Ltd.

Van Breda, A. D. 2005. Steps to analyzing multiple-group NGT data. The Social Work Practitioner Researcher, 17(1):1-15.

Van der Westhuizen, B.M. 2008. A study into the reasons leading to healthcare professionals leaving the career and possibly South Africa. Master's Degree in Business Leadership University of South Africa. November.

Vivar,C. 2007. Getting started with qualitative research: developing a research proposal. **Nurse Researcher**, 14(3):60-73.

Ward, M. & Cowman, S. 2007. Job satisfaction in psychiatric nursing. The Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14:454-461.

Waughfield, C.G. 2002. Mental Health Concepts. 5th ed. New York: Delmar.

Wells, J.S.G., Ryan, D. & Mcelwee, C.N. 2000. 'I don't want to be a psychiatric nurse': An exploration of factors inhibiting recruitment to psychiatric nursing in Ireland. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7:79-87.

WHO. 2005. [Aanlyn]. Beskikbaar van: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_s1.pdf. [10 November 2010].

Wickers, M.P. 2010. Establishing the climate for a successful debriefing. Clinical simulation in Nursing, 6:e83-e86.

Williams, D.R., Herman, A., Stein, D.J., Heeringa, G., Jackson, P.B., Moomal, H. & Kessler, R.C. 2007. Twelve-month mental disorders in South-Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. Psychological Medicine, 38:217-218, June.

Williams, P.L., White, N., Klem, R., Wilson, S.E. & Bartholomew, P. 2006. Clinical education and training: Using the nominal group technique in research with radiographers to identify factors affecting quality and capacity. Radiography, 12:215-224.

Wolf, Z.R. 2012. Nursing practice breakdowns: Good en bad nursing. MEDSURG Nursing, 21(1):16-36, January/February.

Yonge, O., Billay, D., Myrick, F. & Luhanga, F. 2007. Preceptorship and mentorship: Not merely a matter of semantics. International Journal of Nursing Education Scholarship, 4(1):1-13.

Zalta, E.N. 2012. Stanford Encyclopaedia of Philosophy, 3 January, [Aanlyn], Beskikbaar by: http://plato.stanford.edu/archives/spr2012/entries/integrity [21 April 2012].

Zerwekh, J. & Garneau, A.Z. 2012. Nursing Today. Transition and Trends. 7th ed. Missouri: Elsevier Saunders.

BYLAE A

Goedkeuring deur die Etiese Komitee

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

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

Interne Posbus G40
☎(051) 4052812
Faks nr (051) 4444359

E-pos adres: StraussHS@ufs.ac.za

Me H Strauss

2010-12-10

ME R JANSEN
IDALIA LOOTS-GEBOU
SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE
UV

REC Verwysingsnr: REC-230408-011

Geagte Me Jansen

ETOVS NR 183/2010
PROJEKTITEL: FAKTORE WAT VERHOED DAT STUDENTE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE AS LOOPBAAN KIES.

- Hiermee word u in kennis gestel dat die Etiekkomitee bogenoemde navorsingsprotokol op 30 November 2010 goedgekeur het.
- Die volgende dokumente word deur die Etiekkomitee ter voorligting gebruik: Die Helsinki-verklaring; ICH-, GCP-, FDA- en MNR-riglyne oor biomediese navorsing; Riglyne vir Kliniese Proewe 2000 Departement van Gesondheid RSA; Etiek in Gesondheidsnavorsing: Beginsels, struktuur en prosesse Departement van Gesondheid RSA 2004, 2006 (Tweede Uitgawe); die Grondwet van die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe; en die riglyne van die SA Medisynebeheerraad, asook die reëls en regulasies met betrekking tot Medisynebeheer.
- Enige wysiging, uitbreiding of ander veranderinge aan die protokol moet aan die Etiekkomitee voorgelê word vir goedkeuring.
- Die Komitee moet ingelig word aangaande enige ernstige, nadelige gebeurtenis en/of die beëindiging van die studie.
- 'n Vorderingsverslag moet na afloop van een jaar ná goedkeuring ingelewer word in die geval van langtermynstudies en 'n finale verslag by voltooiing van langtermyn- sowel as korttermynstudies.
- Verwys asseblief na die ETOVS-verwysingsnommer in alle korrespondensie met die Etiekkomitee Sekretariaat.

Vriendelike groete

.....
VOORSITTER: ETIEKKOMITEE

aa. Dr I Venter

339, Bloemfontein 9300,RSA ☎ (051) 405 2812 StraussHS@ufs.ac.za
Republiek van Suid-Afrika / Republic of South Africa

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

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

Internal Postbox G40
☎(051) 4052812
Fax nr (051) 4444359

E-mail address: StraussHS@ufs.ac.za

Ms H Strauss

2010-12-10

MS R JANSEN
IDALIA LOOTS BUILDING
SCHOOL OF NURSING
UFS

REC Reference nr: REC-230408-011

Dear Ms Jansen

ETOVS NR 183/2010
PROJECT TITLE: FACTORS THAT PREVENT STUDENTS FROM CHOOSING PSYCHIATRIC NURSING AS A CAREER.

- You are hereby kindly informed that the Ethics Committee approved the following at the meeting held on 30 November 2010.
- Committee guidance document... Declaration of Helsinki, ICH, GCP and MRC Guidelines on Bio Medical Research. Clinical Trial Guidelines 2000 Department of Health RSA; Ethics in Health Research: Principles Structure and Processes Department of Health RSA 2004; Guidelines for Good Practice in the Conduct of Clinical Trials with Human Participants in South Africa, Second Edition (2006); the Constitution of the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences and the Guidelines of the SA Medicines Control Council as well as Laws and Regulations with regard to the Control of Medicines.
- Any amendment, extension or other modifications to the protocol must be submitted to the Ethics Committee for approval.
- The Committee must be informed of any serious adverse event and/or termination of the study.
- A progress report should be submitted within one year of approval of long term studies and a final report at completion of both short term and long term studies.
- Kindly refer to the ETOVS reference number in correspondence to the Ethics Committee secretariat.

Yours faithfully

.....
CHAIR: ETHICS COMMITTEE

339, Bloemfontein 9300,RSA ☎ (051) 405 2812 StraussHS.md@ufs.ac.za
Republiek van Suid-Afrika / Republic of South Africa

BYLAE B

Toestemmingsbriewe aan die betrokke instansies vir die navorsing

Toestemming om navorsing te kan doen

Universiteit van die Vrystaat, Skool vir Verpleegkunde briefhoof

✉ 339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA / REPUBLIC OF SOUTH AFRIKA

☎: +27(0)51 401 3935
🖷: +27(0)51401 3399
E-Pos / E-mail: JansenRO@ufs.ac.za

Verwysing: Mev. Ronelle Jansen 6 Oktober 2010

Die Hoof
Skool vir Verpleegkunde
Universiteit van die Vrystaat

Geagte Prof Magda Mulder

Toestemming vir Navorsing: FAKTORE WAT VERHOED DAT STUDENTE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE AS LOOPBAAN KIES

Die navorser vra hiermee toestemming om ’n navorsingstudie op die finale jaar verpleegstudente te doen om die faktore te identifiseer wat verhoed dat hulle psigiatriese verpleegkunde kies. Die versoek spruit uit die aard van die navorser se betrokkenheid as dosent by die genoemde groep en belangstelling in psigiatrie.

Die navorser wil met die studie nie net die faktore identifiseer wat die studente se besluitneming beïnvloed om nie psigiatriese verpleegkunde as rigting te kies nie, maar ook in die proses dit as ’n meestersgraadstudie opskryf. ’n Kwalitatiewe, verkennende metode van navorsing gaan geïmplementeer word.

Die finale jaar verpleegstudente wat reeds in psigiatrie gewerk het, is vir die navorsing geïdentifiseer. Die nominale groep sal hoofsaaklik as data-insamelingstegniek gebruik word om die faktore wat hulle besluitneming beïnvloed het, soos wat dit deur die groepe ervaar word, te identifiseer.

Die beoogde navorsing sal vanaf Januarie tot November 2010 strek indien die navorser se werkslading dit toelaat en indien die nodige menslike hulpbronne beskikbaar is.

Die verpleeg professie kan hierby baat vind deurdat die resultate die struikelblokke kan identifiseer, wat as ’n rigtingwyser gebruik kan word om toekomstige studente vir psigiatrie te werf en te behou.

Deelname aan die studie is vrywillig en ingeligte toestemming sal by die deelnemers verkry word. Daar sal gepoog word om persoonlike inligting vertroulik te hou. Die deelnemers sal ingelig word dat hulle ter enige tyd van die studie kan onttrek sonder enige nagevolge. Die deelnemers sal ook bewus gemaak word daarvan dat die inligting gepubliseer gaan word.

Ek vertrou dat die versoek gunstig oorweeg sal word.

Die uwe

.....
Mev. R. Jansen
Navorser

Toestemming om navorsing te kan doen

Universiteit van die Vrystaat, Skool vir Verpleegkunde briefhoof

✉ 339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA / REPUBLIC OF SOUTH AFRIKA

☎: +27(0)51 401 3935
🖷: +27(0)51401 3399
E-Pos / E-mail: JansenRO@ufs.ac.za

Verwysing: Mev. Ronelle Jansen 6 Oktober 2010

Die Vise-Rektor
Universiteit van die Vrystaat

Geagte Prof D. Hay

Toestemming vir Navorsing: FAKTORE WAT VERHOED DAT STUDENTE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE AS LOOPBAAN KIES

Die navorser vra hiermee toestemming om ’n navorsingstudie op die finale jaar verpleegstudente te doen om die faktore te identifiseer wat verhoed dat hulle psigiatriese verpleegkunde kies. Die versoek spruit uit die aard van die navorser se betrokkenheid as dosent by die genoemde groep en belangstelling in psigiatrie.

Die navorser wil met die studie nie net die faktore identifiseer wat die studente se besluitneming beïnvloed om nie psigiatrie as rigting te kies nie, maar ook in die proses dit as ’n meestersgraadstudie opskryf. ’n Kwalitatiewe, verkennende metode van navorsing gaan geïmplementeer word.

Die finale jaar verpleegstudente wat reeds in psigiatrie gewerk het, is vir die navorsing geïdentifiseer. Die nominale groep sal hoofsaaklik as data-insamelingstegniek gebruik word om die faktore wat hulle besluitneming beïnvloed het, soos wat dit deur die groepe ervaar word, te identifiseer.

Die beoogde navorsing sal vanaf Januarie tot November 2010 strek indien die navorser se werkslading dit toelaat en indien die nodige menslike hulpbronne beskikbaar is.

Die verpleeg professie kan hierby baat vind deurdat die resultate die struikelblokke kan identifiseer, wat as ’n rigtingwyser gebruik kan word om toekomstige studente vir psigiatrie te werf en te behou.

Deelname aan die studie is vrywillig en ingeligte toestemming sal by die deelnemers verkry word. Daar sal gepoog word om persoonlike inligting vertroulik te hou. Die deelnemers sal ingelig word dat hulle ter enige tyd van die studie kan onttrek sonder enige nagevolge. Die deelnemers sal ook bewus gemaak word daarvan dat die inligting gepubliseer gaan word.

Ek vertrou dat die versoek gunstig oorweeg sal word.

Die uwe

.....
Mev. R. Jansen
Navorser

Toestemming om navorsing te kan doen

Universiteit van die Vrystaat, Skool vir Verpleegkunde briefhoof

✉ 339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA / REPUBLIC OF SOUTH AFRIKA

☎: +27(0)51 401 3935
🖷: +27(0)51401 3399
E-Pos / E-mail: JansenRO@ufs.ac.za

Reference: Mrs. Ronelle Jansen 6 October 2010

The Principal
Free State School Of Nursing
Bloemfontein

Dear Mr. Mochwaro

PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH: FACTORS PREVENTING STUDENTS FROM SELECTING PSYCHIATRIC NURSING AS A CAREER

The researcher kindly request hereby permission to conduct a research study. The research study is aimed at exploring the factors that prevent the students to select psychiatric nursing as a career.

A qualitative, exploratory and descriptive research approach will be used. Data collection will be done mainly by the nominal group technique to identify the reasons preventing the students from selecting psychiatric nursing as a career.

With your permission the researcher will conduct nominal groups with the nursing students from the Free State School of Nursing as a research technique for the research. If the workload of the researcher allows it and/or the necessary human resources are available, it will be conducted with your permission in February 2011.

The benefits of the study lie in it that the results can identify the reasons why nursing students are not interested in a career in psychiatry and to use that information to recruit/retain students for psychiatric nursing.

Participation is voluntary and informed consent will be obtained from all the participants where applicable. Personal information will be confidential because the nominal group technique uses a combination of all the groups' data. The participants may discontinue participation at any time without penalty. The participants will also be informed that the results will be published.

Thank you for your kind consideration.

Yours truly

…….

……

.

Mrs. Ronelle Jansen
Researcher

Dr. Idalia Venter
Research Supervisor

BYLAE C

Toestemmingsbriewe tot navorsing deur die betrokke instansies verskaf

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

Idalia Loots-gebou
Kantoor 29
Tel.: (051) 4013935
Selnr.: 0825544731
Epos: JansenRO@ufs.ac.za

31 Januarie 2011

Prof. M. Mulder
Die Hoof
Skool vir Verpleegkunde
Universiteit van die Vrystaat

Geagte Prof Mulder

Ek is tans besig met my M. Soc. Sc. (Verpleging). As deel van my studies moet ek 'n navorsings projek voltooi. Genoemde navorsing handel oor die faktore wat verhoed dat studente psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies.

'n Kwalitatiewe, verkennende en beskrywende metodologie gaan gevolg word. Data sal deur middel van nominale groepe ingesamel word. Die groepe sal nie langer as twee (2) ure duur nie en geen student sal aan meer as een groep deelneem nie.

Hiermee vra ek dus vir u toestemming om die 4de jaar studente wat reeds aan die psigiatrie praktika blootgestel is, in bogenoemde nominale groepe in te sluit.

Die toepaslike konfidensialiteit sal gehandhaaf word en vrywillige, ingeligte toestemming sal van die deelnemers verkry word. Ek heg die toestemmings brief aan, wat aan die deelnemers gegee gaan word. Verder is die studie deur die etiekkomitee van die fakulteit Gesondheidswetenskappe goedgekeur **(ETOVS NR. 183/2010).**

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

Ek vertrou dat die versoek gunstig oorweeg sal word.

Die uwe

Mev. R. Jansen
Navorser

Prof. M. Mulder
Die Hoof

31/1/11.

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Kantoor van die Viserektor : Akademiese Beplanning
Office of the Vice-Rector : Academic Planning

Dekaan:
Fakulteit Gesondheidswetenskappe
Universiteit van die Vrystaat
2011 -02- 09
Dean: Faculty of Health Sciences
University of the Free State

9 Desember 2010

Dr Idalia Venter
Skool vir Verpleegkunde
IL 29

Geagte Dr Venter

INSAKE: TOESTEMMING VIR BEPLANDE NAVORSINGSTUDIE

Dankie vir die skrywe en protokol soos ontvang op 8 Desember 2010.

Hiermee verleen ek toestemming vir die navorsingstudie met die title: "Faktore wat verhoed dat studente psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies."

Vriendelike groete

Prof HR (Driekie) Hay
Viserektor: Onderrig en Leer

Goedgekeur
9/2/2010

339, BLOEMFONTEIN 9300, ☎ +27 (0)51 401 3773/3971, 🖷 +27 (0)51 401 9600, hayd.rd@ufs.ac.za
web: www.ufs.ac.za, REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA / REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

Dekaan:
Fakulteit Gesondheidswetenskappe
Universiteit van die Vrystaat
2011 -02- 09
Dean: Faculty of Health Sciences
University of the Free State

Prof G. van Zyl
Dekaanskantoor: Gesondheidswetenskappe
Francois Retief gebou

9 Februarie 2011

Geagte Prof van Zyl,

Versoek om toestemming vir beplande navorsingstudie: Mev R. Jansen

Hiermee beveel ek aan dat toestemming verleen word vir navorsingstudie met die titel:
"Faktore wat verhoed dat studente psigiatriese verpleegkunde as loopbaan kies."

Vriendelike groete

PROF M. MULDER
WAARNEMENDE HOOF: SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE
09 -02- 2011
SCHOOL OF NURSING
UNIVERSITY OF THE FREE STATE

Goedgekeur. Mr
Skool vir Verpleegkunde
9/2/11

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

Idalia Loots-building
Room 29
School of Nursing
University of the Free State
4 February 2011

Reference: Mrs. Ronelle Jansen

The Principal
Free State School Of Nursing
Bloemfontein

Dear Mr. B. Mochwaro

PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH (ETOVS NR: 183/2010).

I am currently busy with research towards my M.Soc.Sc. in Nursing. The study aims to identify factors that prevent nursing students selecting Psychiatric nursing as a career. A qualitative, exploratory and descriptive research approach will be used. Data collection will be done mainly by the *nominal group technique* to identify the reasons preventing the students from selecting psychiatric nursing as a career.

Your permission is sought to allow for nominal groups to be conducted with some of the students in the Free State School of Nursing. The groups will not take more than 1 ½ hours. Naturally all participation is voluntary and the information gleaned is confidential. No person will be identified in any research report. This study has already been approved by the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences of the UFS.

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

If we can discover why students shy away from a career in psychiatric nursing, we might develop strategies to give these students a more valued experience in psychiatry during their training.

With your permission the research will commence as soon as possible and your kind co-operation is greatly appreciated.

Yours truly

.....
Mrs. Ronelle Jansen
Researcher

.....
Dr. Idalia Venter
Research Supervisor

.....
Mr. B. Mochwaro
The Principal
Free State School of Nursing

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

Idalia Loots-building
Room 29
School of Nursing
University of the Free State
22 March 2011

Reference: Mrs. Ronelle Jansen

The Head
Free State Department of Health
Bloemfontein

Dear Dr. S. Kabane

PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH (ETOVS NR: 183/2010).

I am currently busy with research towards my M.Soc.Sc. in Nursing. The study aims to identify factors that prevent nursing students selecting Psychiatric nursing as a career. A qualitative, exploratory and descriptive research approach will be used. Data collection will be done mainly by the *nominal group technique* to identify the reasons preventing the students from selecting psychiatric nursing as a career.

Your permission is sought to allow for nominal groups to be conducted with some of the students in the Free State School of Nursing. The groups will not take more than 1 ½ hours. Naturally all participation is voluntary and the information gleaned is confidential. No person will be identified in any research report. This study has already been approved by the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences of the UFS.

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA

Fakulteit Gesondheidswetenskappe/Faculty of Health Sciences
Skool vir Verpleegkunde/School of Nursing

If we can discover why students shy away from a career in psychiatric nursing, we might develop strategies to give these students a more valued experience in psychiatry during their training.

With your permission the research will commence as soon as possible and your kind co-operation is greatly appreciated.

Yours truly

.....

Mrs. Ronelle Jansen
Researcher

.....

Dr. Idalia Venter
Research Supervisor

Approved as recommended by the Mechanism

.....

Dr. S. Kabane
The Head 31/03/2011
Free State Department of Health

BYLAE D

Voorbeeld van die ingeligte toestemmingsvorms vir die onderskeie deelnemers aan die NGT-groepe

(Die dokument vir die studente is beide in Afrikaans en Engels beskikbaar)

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE
SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE

Ingeligte toestemmingsvorm vir deelname aan ’n nominalegroeptegniek onderhoud (Afrikaanse Studente)

FAKTORE WAT VERHOED DAT STUDENTE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDE AS LOOPBAAN KIES

NAVORSER: Mev. R. Jansen (Sellulêre Nommer: 00000000000)

Die volgende inligting word aan jou verskaf sodat jy kan besluit of jy vandag aan die data-insamelingsessie wil deelneem al dan nie. Jou deelname is vrywillig en jy het die reg om enige tyd te onttrek sonder dat dit jou verhouding met die navorser of die Skool vir Verpleegkunde sal benadeel.

Die doel van die data-insamelingsessie is om die faktore te identifiseer wat veroorsaak dat finale jaar verpleegstudente nie psigiatrie as ’n rigting kies nie. Jy word versoek om vir dié doel aan ’n nominale groepsessie deel te neem. Dit is ’n tegniek om inligting in te samel en die proses sal ongeveer 2 ure duur.

Die persone wat by die data-insameling en ontleding betrokke gaan wees, is jy en van jou mede 4de jaar voorgraadse studente vanjaar, asook XXXXXXXXXX, wat die nominale groepsessies sal fasiliteer.

Moet asseblief nie huiwer om enige vrae oor die data-insamelingsessie te vra voordat jy die toestemmingsvorm vir deelnemers teken nie. ’n Voordeel van die nominale groep data-insamelings-tegniek is dat die groep self die ingesamelde data tydens die nominale groep verifieer. Jou naam sal geensins aan bevindinge gekoppel word nie en slegs die fasiliteerder en moontlik die moderator sal van jou identiteit as deelnemer kennis dra. Alle onverwerkte data sal as streng vertroulik hanteer en in ’n veilige plek bewaar word.

Geen bekende risiko's word met hierdie studie in verband gebring nie.

Jy sal geen vergoeding vir jou deelname ontvang nie. Daar is geen direkte voordele vir die deelname aan die data-insamelingsessie nie. Die ingesamelde data sal ook in ’n navorsingstudie gebruik word.

Teken asseblief toestemming met volle kennis van die aard en doel van die prosedure. ’n Afskrif van hierdie toestemmingsvorm sal vir bewaring aan u gegee word.

Ek, …… willig hiermee in om aan die nominalegroepsessie deel te neem.

_____ _____
HANDTEKENING VAN DEELNEMER DATUM

_____ _____
HANDTEKENING VAN GETUIE DATUM

Ek het die implikasie van deelname aan die nominalegroepsessie aan die bogemelde deelnemer verduidelik en seker gemaak dat die deelnemer dit begryp voor tekening van die ingeligte toestemming.

_____ _____
HANDTEKENING VAN NAVORSER DATUM

UNIVERSITY OF THE FREE STATE
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF NURSING

Informed consent form for participation in a nominal group technique interview (English Students)

FACTORS THAT PREVENT STUDENTS TO CHOOSE PSYCHIATRIC NURSING AS A CAREER

RESEARCHER: Mrs R. Jansen (Cellular Number: 00000000000)

The following information is provided for you to decide whether you wish to participate in the data collection session today. Your participation is voluntary and you have the right to withdraw at any time without affecting your relationship with the researcher or the School of Nursing

The purpose of this data collection session is to identify the factors that influence the final year nursing students' choice not to choose mental health care as a career. You are requested to participate in a nominal group session, a technique to collect information and the duration will be approximately 2 hours.

Individuals involved in the data collection and analysis will be you and your fellow 4th year nursing student colleagues of this year and XXXXXXXXX, who will facilitate the nominal group session.

Do not hesitate to ask any questions about the data collection session before signing the consent from for participation. The advantage of the nominal group technique of data collection is that the group also verifies the data collected during the nominal group session. Your name will not be associated with the findings in any way and only the facilitator and probably the moderator will know your identity as a participant. All raw data will be handled with strict confidentiality and will be retained in safekeeping.

There are **no** known risks associated with this study.

You will not receive any compensation for your participation. There may be no direct benefits for your participation in the data collection session. The collected data will be used in a research study.

Please sign your consent with full knowledge of the nature and purpose of the procedures. A copy of this consent form will be given to you for safekeeping.

I, …… am willing to participate in the nominal group session.

_____ _____
SIGNATURE OF PARTICIPANT DATE

_____ _____
SIGNATURE OF WITNESS DATE

I have explained the implications of participation in the nominal group session to the above-mentioned participant and have sought his/her understanding for informed consent.

_____ _____

SIGNATURE OF THE RESEARCHER DATE

BYLAE E

Voorbeeld van die NGT-program vir al die nominale groepe

NOMINALE GROEP SESSIE

Hierdie program is ’n voorbeeld van die verloop van ’n nominalegroepsessie. Al die groepe se formaat was dieselfde.

Bekendstelling: 15 minute

1. Aankoms van die studente. Deelnemers word op hulle gemak gestel.
2. Mev. R. Jansen stel die fasiliteerder van die nominalegroepsessie, Dr. L. Van Rhyn, voor. Verwelkoming word deur Dr. L. Van Rhyn waargeneem. Deelnemers word bedank vir hulle teenwoordigheid.
3. Die doel van die nominalegroepsessie word aan die deelnemers verduidelik.
4. Tyd van die beplande sessie word aan die studente meegedeel. (1½-2 ure).
5. Daar word tyd gegee vir enige vrae oor die sessie.
6. Geskrewe toestemmingsvorms word verduidelik en studente kry tyd om dit te voltooi.
7. Die nominale groepproses word deur die fasiliteerder verduidelik. Die prosesse verloop is as volg: Neerskryf van response in stilte, terugvoer deur die rondomtalie-proses, bespreking van response, prioritisering en puntetoekenning.
8. Die rol van die fasiliteerder en navorser word verduidelik.
9. Studente word aangemoedig om response volledig te bespreek en eerlik te wees.

Nominalegroepsessie: 60-90 minute

Stap 1 Stille generering van response.
Elke deelnemer kry geleentheid om response in stilte neer te skryf.
Die vraag is op notas, wat elke student ontvang het, neergeskryf.
Die fasiliteerder lees ook die vraag hardop en dui aan dat dit op die blaaibord neergeskryf is.
Geleentheid word aan die studente gegee om redes te lys.
Studente doen dit individueel, in stilte.

Stap 2 Rondomtalie-proses
Elke deelnemer kry geleentheid om een respons te noem (geen bespreking vind nou plaas nie).
Elke respons word op blaaibord neegeskryf.
Die proses word volgehou totdat saturasie bereik is.

Stap 3 Besprekingsessie
Elke respons op die blaaibord word hardop voorgelees.
Bespreking vind plaas, waarna response verduidelik, uitgeklaar en met die groep se instemming, saamgevoeg word.
Elke saamgevoegde of hersiene respons word daarna weer duidelik genommer sodat die deelnemers elkeen kan onderskei.

Stap 4 Stemproses

Almal ontvang 5 kaarte.

Die deelnemers ontvang instruksies oor die manier waarop daar op die kaarte geskryf moet word. ’n Voorbeeld is ook op een van die blaaie geteken.

Elke deelnemer stem onafhanklik, in stilte. Die belangrikste respons ontvang 5 punte en daarna volg die ander response waarvan die mins-belangrike 1 punt ontvang.

Daarna word al die kaarte ingeneem en onder toesig van die fasiliteerder deur een van die deelnemers geskommel.

Twee persone lees en kontroleer die prioriteitsnommers van elke kaart.

Die fasiliteerder kaart elke prioriteitsnommer teenoor die nommer van die spesifieke respons op ’n skoon blaaibord bladsy.

Elke respons wat prioriteitsnommers ontvang het se punte word bymekaar getel om die finale rangorde te bereken.

Hierdie resultate is dadelik vir almal sigbaar.

Ten slotte:

Almal word bedank.
Vertroulikheid van inligting word beklemtoon.

Almal word uitgenooi vir verversings.

BYLAE F

Die vier groepe se verwerkte NGT-data: Stappe 1 – 4

1. Let op dat groepslede se response direk (en gevolglik ongeredigeerd) aangehaal word.
2. Gewone skryfstyl – Oorspronklike response wat tydens die NGT-rondomtalie proses opgehaal is.
3. *Skuinsdruk skryfstyl* – Inligting wat tydens die besprekingsessie bygevoeg is.
4. Aantal deelnemers per groep = N

(MacKenzie, 2010: Bylae F soos aangepas)

(Van Breda, 2005)

1.1 ONTLEDING VAN DIE 4 NGT-GROEPE SE RESPONSE OP DIE NAVORSINGSVRAAG: Stap 1

Waarom wil jy nie psigiatriese verpleegkunde as 'n beroep kies nie, lys jou redes?
Why won't you choose psychiatric nursing as a career, list your reasons?

Tabel F 1.1.1 Ontleding van FSSON 1-deelnemers se response op die navorsingsvraag.

Groep 1 FSSON 1 N=5	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
1		1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	2,5,2,1,5	15	1	
1		2. Not challenging - faced with the same situation daily.	1,3,5	9	3	
1		3. Do not learn anything in psychiatry except for medications and their side-effects.	0	0	0	
1		4. No discipline in staff (going out as they please and drink on duty) *Abuse of patients (physical beating).*	1,3,2,3,2	11	2	
1		5. Loss of skills learned in general nursing, community and midwifery.	4	4	0	
1		6. Cannot apply theoretical knowledge in practice e.g. stimulation of patients due to lack of equipment.	0	0	0	
1		7. Behaviour of staff is similar to that of patient e.g. dressing and grooming.	0	0	0	

Groep 1 FSSON 1 N=5	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
1		8. Emotional tiring job.	3,1,4	8	4	
1		9. Limited activities in wards leave enough time to just sit around.	0	0	0	
1		10. Staff not up to date with the newest information and development. *Don't have personal patience to tolerate patients.*	5	5	5	
1		11. Improper nursing care e.g. wound care.	5	5	5	
1		12. Lack of motivation under staff.	0	0	0	
1		13. Negligence of some nursing care activities due to shortage of staff.	0	0	0	
1		14. Lack of independence of patients (staff tell them what to do).	0	0	0	
1		15. Do not teach patients enough skills to empower rehabilitation of patients.	4	4	0	
1		16. Having problems nursing people who committed criminal acts.	0	0	0	
1		17. Different roles are expected from student e.g. nursing and parenting.	0	0	0	
1		18. Like bedside nursing the most - no opportunity for that.	0	0	0	

Groep 1 FSSON 1 N=5	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
1		19. Neglect of patients by families - no socializing.	2	2	0	
1		20. Mixing of all different types of food together for patients - affect nutritional status of patient.	0	0	0	
1		21. No privacy between patients (all patients bath together).	0	0	0	
1		22. Poor hygiene - couple of patients bath in the same bathwater.	0	0	0	
1		23. Exploitation of patients to do staff duties (patients bath other patients).	4,4,1	9	3	
1		24. Lack of supervision of wards left with junior staff.	3	3	0	
1		25. Lack of medical care on time.	0	0	0	

Tabel F 1.1.2 Ontleding van FSSON 2-deelnemers se response op die navorsingsvraag.

Groep 2 FSSON 2 N=2	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
2		1. Loss of skills that student learned in general nursing.	5,5,5,5,3,4	27	1	
2		2. Theoretical knowledge not correctly applied in practica (makes it less interesting).	2	2	0	
2		3. See no progress in patients' conditions because they are long-term patients.	4,2	6	5	
2		4. Feel unsafe in some sections - patients behaviour is unpredictable.	4,1,2,4,2	13	2	
2		5. Feels like a waste of time – limited activities. Not challenging - do the same thing everyday (not much to do when on duty). *Staff only gives medication-no therapeutic interventions by staff.*	4,5,3	12	3	
2		6. Physical abuse of patients.	3	3	0	
2		7. Lack of supervision of staff - staff goes out as they like and drink on duty.	3,3	6	5	
2		8. Intervention by staff is not concrete and observable.	1,2	3	0	

Groep 2 FSSON 2 N=2	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
2		9. Limited opportunities for professional advancement.	1	1	0	
2		10. Unprofessional conduct by staff.	2	2	0	
2		11. No clinical accompaniment by staff to students.	1,1	2	0	
2		12. Lack of interaction with family of patient.	3	3	0	
2		13. No passion or interest in psychiatry.	1,4,5	10	4	
2		14. Some of the staff's behaviour is similar to that of patients (afraid student would become like that).	0	0	0	

Tabel F 1.1.3 Ontleding van SvV 1-deelnemers se response op die navorsingsvraag.

Groep 3 SvV 1 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
3		1. Emosioneel uitputtend.	3,5,4,4,4,4,3	27	1	
3		2. Onveilige omgewing (dame in manssaal werk).	1,5,3,5	14	4	
3		3. Vaardighede wat in vorige studiejare aangeleer is, word nie gebruik.	5,3,5	13	5	
3		4. Roetinewerk - doen dieselfde goed oor en oor (Geen ruimte vir persoonlike groei en professionele groei).	4,2,5,1,4	16	3	
3		5. Sien nie onmiddellike resultate van tussentrede.	4,2	6	0	
3		6. Pasiënte en omgewing is verwaarloos - vuil en onhigiënies.	0	0	0	
3		7. Psigiatrie hospitaal voel soos tronk.	2,3	5	0	
3		8. Emosionele oorbetrokkenheid by pasiënte - word deel van persoonlike lewe. *Moeilik om ander mense se emosionele "issues" te hanteer*.	2,1,2,5,1,4,2	17	2	
3		9. Dit kan geestesgesondheid - permanente personeel – beïnvloed →word soos pasiënte.	3,2,3	8	0	

Groep 3 SvV 1 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
3		10. Voel nie soos verpleegwerk (versorging van fisiek siek mense) - eerder soos arbeidsterapie. *Nie "hands-on" werk. Beperkte verpleegsorg.*	1,3,1	5	0	
3		11. Bring jou in konflik met eie emosionele "issues"- soms op ongeleë tye.	5	5	0	
3		12. Verkies om in omgewings te werk wat voorkomend werk.	1	1	0	
3		13. Bang om verkeerde hulp aan te bied - ongestruktureerd.	1,2	3	0	

Tabel F 1.1.4 Ontleding van SvV 2-deelnemers se response op die navorsingsvraag.

Groep 4 SvV 2 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
4		1. Language barrier-can't communicate with most of the patients. (Don't know African language).	5	5	0	
4		2. Boring-only routine work, e.g. medication and feeding. Nursing patients who have been there for more than 20 years → long-term.	3,4,5,2,2,4	20	1	
4		3. Find it a contagious environment - don't open windows.	3,2	5	0	
4		4. Verbal and physical abuse of the patients by staff-affects the prognosis of patients.	2,5	7	5	
4		5. Staff influence student negatively to do the minimum for patients.	1,1	2	0	
4		6. See limited progress in patients - poor prognosis.	1,5,3,3,1	13	3	
4		7. Unsafe environment.	5,4	9	4	
4		8. Needs ongoing creativity.	4	4	0	
4		9. Passivity of patients demotivates staff.	0	0	0	
4		10. Limited exposure to practice (student work limited hours in psychiatry).	1,4	5	0	

Groep 4 SvV 2 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
4		11. Limits the application of general nursing knowledge and skills.	4,3,3,2,4	16	2	
4		12. Has negative effect on own emotions.	5	5	0	
4		13. Constant asking for money by patients irritate student. *Needs a great amount of patience and emotional stability.*	2,1	3	0	
4		14. Limited psychiatry facilities limit opportunities to expand career.	5,1,5,2,3	16	2	
4		15. Fear that student will become like patients if working there for long.	0	0	0	
4		16. Need good interpersonal skills.	0	0	0	
4		17. Unprofessional conduct by staff (leaving wards) - improper supervision (leave student alone).	1,2	3	0	
4		18. Combination of theory and practice is not always feasible.	4	4	0	
4		19. Psychiatric nursing feels like guard in prison.	3	3	0	
4		20. Can learn disrespect for patients from role models. *Staff transfer their negative emotions to patients and students.*	0	0	0	

Groep 4 SvV 2 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
4		21. The route to enter psychiatry is long - first have to do general nursing.	0	0	0	
4		22. A job for people close to retirement - not for young nurses.	0	0	0	
4		23. Supervisors are poorer qualified than subordinates.	0	0	0	
4		24. Rotation of shifts and wards between night and day duty - uncomfortable. *Fights between staff about rotation between wards.*	0	0	0	

1.2 ONTLEDING VAN DIE 4 NGT-GROEPE SE DATA: Stap 2

Tabel F 1.2.1 Identifisering van FSSON 1 (Groep 1) se Top 5-response op die navorsingsvraag.

Groep 1 N=5	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal en gemiddeld	Prioriteit	Top 5
1		1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	2,5,2,1,5	15÷5=3.0	1	*
1		2. No discipline in staff (going out as they please and drink on duty) *Abuse of patients (physical beating).*	1,3,2,3,2	11÷5=2.2	2	*
1		3. Not challenging - faced with the same situation daily.	1,3,5	9÷5=1.8	3	*
1		4. Exploitation of patients to do staff duties (patients bath other patients).	4,4,1	9÷5=1.8	3	*
1		5. Emotional tiring job.	3,1,4	8÷5=1.6	4	*
1		6. Staff not up to date with the newest information and development. *Don't have personal patience to tolerate patients.*	5	5÷5=1.0	5	*
1		7. Improper nursing care e.g. wound care.	5	5÷5=1.0	5	*
1		8. Loss of skills learned in general nursing, community and midwifery.	4	4÷5=0.8	0	
1		9. Do not teach patients enough skills to empower rehabilitation of patients.	4	4÷5=0.8	0	

Groep 1 N=5	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal en gemiddeld	Prioriteit	Top 5
1		10. Lack of supervision of wards left with junior staff.	3	3÷5=0.6	0	
1		11. Neglect of patients by families - no socializing.	2	2÷5=0.4	0	
1		12. Do not learn anything in psychiatry except for medications and their side-effects.	0	0	0	
1		13. Cannot apply theoretical knowledge in practice e.g. stimulation of patients due to lack of equipment.	0	0	0	
1		14. Behaviour of staff is similar to that of patient e.g. dressing and grooming.	0	0	0	
1		15. Limited activities in wards leave enough time to just sit around.	0	0	0	
1		16. Lack of motivation under staff.	0	0	0	
1		17. Negligence of some nursing care activities due to shortage of staff.	0	0	0	
1		18. Lack of independence of patients (staff tell them what to do).	0	0	0	
1		19. Having problems nursing people who committed criminal acts.	0	0	0	
1		20. Different roles are expected from student e.g. nursing and parenting.	0	0	0	

Groep 1 N=5	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal en gemiddeld	Prioriteit	Top 5
1		21. Like bedside nursing the most - no opportunity for that.	0	0	0	
1		22. Mixing of all different types of food together for patients - affect nutritional status of patient.	0	0	0	
1		23. No privacy between patients (all patients. bath together).	0	0	0	
1		24. Poor hygiene - couple of patients bath in the same bathwater.	0	0	0	
1		25. Lack of medical care on time.	0	0	0	

Tabel F 1.2.2 Identifisering van FSSON 2 (Groep 2) se Top 5-response op die navorsingsvraag.

Groep 2 N=6	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
2		1. Loss of skills that student learned in general nursing.	5,5,5,5,3,4	27÷6=4.5	1	*
2		2. Feel unsafe in some sections - patients behaviour is unpredictable.	4,1,2,4,2	13÷6=2.16	2	*
2		3. Feels like a waste of time – limited activities. Not challenging - do the same thing everyday (not much to do when on duty). *Staff only gives medication-no therapeutic interventions by staff.*	4,5,3	12÷6=2.0	3	*
2		4. No passion or interest in psychiatry.	1,4,5	10÷6=1.66	4	*
2		5. See no progress in patients' conditions because they are long-term patients.	4,2	6÷6=1.0	5	*
2		6. Lack of supervision of staff - staff goes out as they like and drink on duty.	3,3	6÷6=1.0	5	*
2		7. Physical abuse of patients.	3	3÷6=0.5	0	
2		8. Intervention by staff is not concrete and observable.	1,2	3÷6=0.5	0	
2		9. Lack of interaction with family of patient.	3	3÷6=0.5	0	
2		10. Theoretical knowledge not correctly applied in practica (makes it less interesting).	2	2÷6=0.33	0	

Groep 2 N=6	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
2		11. Unprofessional conduct by staff.	2	2÷6=0.33	0	
2		12. No clinical accompaniment by staff to students.	1,1	2÷6=0.33	0	
2		13. Limited opportunities for professional advancement.	1	1÷6=0.16	0	
2		14. Some of the staff's behaviour is similar to that of patients (afraid student would become like that).	0	0	0	

Tabel F 1.2.3 Identifisering van SvV 1 (Groep 3) se Top 5-response op die navorsingsvraag.

Groep 3 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
3		1. Emosioneel uitputtend.	3,5,4,4,4,4,3	27÷8=3.375	1	*
3		2. Emosionele oorbetrokkenheid by pasiënte - word deel van persoonlike lewe. *Moeilik om ander mense se emosionele "issues" te hanteer*.	2,1,2,5,1,4,2	17÷8=2.125	2	*
3		3. Roetinewerk - doen dieselfde goed oor en oor (Geen ruimte vir persoonlike groei en professionele groei).	4,2,5,1,4	16÷8=2.0	3	*
3		4. Onveilige omgewing (dame in manssaal werk).	1,5,3,5	14÷8=1.75	4	*
3		5. Vaardighede wat in vorige studiejare aangeleer is, word nie gebruik.	5,3,5	13÷8=1.625	5	*
3		6. Dit kan geestesgesondheid - permanente personeel – beïnvloed →word soos pasiënte.	3,2,3	8÷8=1.0	0	
3		7. Sien nie onmiddellike resultate van tussentrede.	4,2	6÷8=0.75	0	
3		8. Psigiatrie hospitaal voel soos tronk.	2,3	5÷8=0.625	0	

Groep 3 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
3		9. Voel nie soos verpleegwerk (versorging van fisiek siek mense) - eerder soos arbeidsterapie. *Nie "hands-on" werk. Beperkte verpleegsorg.*	1,3,1	5÷8=0.625	0	
3		10. Bring jou in konflik met eie emosionele "issues"- soms op ongeleë tye.	5	5÷8=0.625	0	
3		11. Bang om verkeerde hulp aan te bied - ongestruktureerd.	1,2	3÷8=0.375	0	
3		12. Verkies om in omgewings te werk wat voorkomend werk.	1	1÷8=0.125	0	
3		13. Pasiënte en omgewing is verwaarloos - vuil en onhigiënies.	0	0	0	

Tabel F 1.2.4 Identifisering van SvV 2 (Groep 4) se Top 5-response op die navorsingsvraag.

Groep 4 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
4		1. Boring-only routine work, e.g. medication and feeding. Nursing patients who have been there for more than 20 years → long-term.	3,4,5,2,2,4	20÷8=2.5	1	*
4		2. Limits the application of general nursing knowledge and skills.	4,3,3,2,4	16÷8=2.0	2	*
4		3. Limited psychiatry facilities limit opportunities to expand career.	5,1,5,2,3	16÷8=2.0	2	*
4		4. See limited progress in patients - poor prognosis.	1,5,3,3,1	13÷8=1.625	3	*
4		5. Unsafe environment.	5,4	9÷8=1.125	4	*
4		6. Verbal and physical abuse of the patients by staff-affects the prognosis of patients.	2,5	7÷8=0.875	5	*
4		7. Language barrier-can't communicate with most of the patients. (Don't know African language).	5	5÷8=0.625	0	
4		8. Find it a contagious environment - don't open windows.	3,2	5÷8=0.625	0	
4		9. Limited exposure to practice (student work limited hours in psychiatry).	1,4	5÷8=0.625	0	
4		10. Has negative effect on own emotions.	5	5÷8=0.625	0	

Groep 4 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
4		11. Needs ongoing creativity.	4	4÷8=0.5	0	
4		12. Combination of theory and practice is not always feasible.	4	4÷8=0.5	0	
4		13. Constant asking for money by patients irritate student. *Needs a great amount of patience and emotional stability.*	2,1	3÷8=0.375	0	
4		14. Unprofessional conduct by staff (leaving wards) - improper supervision (leave student alone). 15.	1,2	3÷8=0.375	0	
4		16. Psychiatric nursing feels like guard in prison.	3	3÷8=0.375	0	
4		17. Staff influence student negatively to do the minimum for patients.	1,1	2÷8=0.25	0	
4		18. Passivity of patients demotivates staff.	0	0	0	
4		19. Fear that student will become like patients if working there for long.	0	0	0	
4		20. Need good interpersonal skills.	0	0	0	

Groep 4 N=8	Kategorie + tema	Response	Stemtellings	Totaal	Prioriteit	Top 5
4		21. Can learn disrespect for patients from role models. *Staff transfer their negative emotions to patients and students.*	0	0	0	
4		22. The route to enter psychiatry is long - first have to do general nursing.	0	0	0	
4		23. A job for people close to retirement - not for young nurses.	0	0	0	
4		24. Supervisors are poorer qualified than subordinates.	0	0	0	
4		25. Rotation of shifts and wards between night and day duty - uncomfortable. *Fights between staff about rotation between wards.*	0	0	0	

1.3 ONTLEDING VAN DIE 4 NGT-GROEPE SE DATA: Stappe 3 en 4:

Tabel F 1.3.1 Kodering van FSSON 1 (Groep 1) se response op die navorsingsvraag.

Groep 1 FSSON 1 N=5	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	4. Werksomgewing	Onveilig	1. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	3.0=15	*****1
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen professionele dissipline c) Personeel verlaat saal d) Drink aan diens	2. No discipline in staff (going out as they please and drink on duty) *Abuse of patients (physical beating).*	2.2=11	*****2
1	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	3. Not challenging - faced with the same situation daily.	1.8=9	*3
1	2. Onprofessionele gedrag	Uitbuiting van pasiënte	4. Exploitation of patients to do staff duties (patients bath other patients).	1.8=9	*3
1	3. Persoonlike faktore	Emosioneel uitputtend	5. Emotional tiring job.	1.6=8	*4
1	1. Leeromgewing	Stagnering	6. Staff not up to date with the newest information and development. *Don't have personal patience to tolerate patients.*	1.0=5	*5
1	1. Leeromgewing	Verkeerde verpleeg en mediese sorg	7. Improper nursing care e.g. wound care.	1.0=5	*5

Groep 1 FSSON 1 N=5	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	8. Loss of skills learned in general nursing, community and midwifery.	0.8=4	
1	4. Werksomgewing	Pasiënte word nie bemagtig nie	9. Do not teach patients enough skills to empower rehabilitation of patients.	0.8=4	
1	2. Onprofessionele gedrag	Beperkte toesig	10. Lack of supervision of wards left with junior staff.	0.6=3	
1	4. Werksomgewing	Pasiënte word deur familie verwaarloos	11. Neglect of patients by families - no socializing.	0.4=2	
1	1. Leeromgewing	Beperkte stimulasie	12. Do not learn anything in psychiatry except for medications and their side-effects.	0	
1	1. Leeromgewing	Integrasie teorie en praktyk	13. Cannot apply theoretical knowledge in practice e.g. stimulation of patients due to lack of equipment.	0	
1	1. Leeromgewing	Gebrekkige verpleeg en mediese sorg	14. Negligence of some nursing care activities due to shortage of staff.	0	
1	1. Leeromgewing	Moet verskillende rolle vervul	15. Different roles are expected from student e.g. nursing and parenting.	0	

Groep 1 FSSON 1 N=5	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	1. Leeromgewing	Gebrekkige verpleeg en mediese sorg	16. Lack of medical care on time.	0	
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen respek vir pasiënte	17. Mixing of all different types of food together for patients - affect nutritional status of patient.	0	
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen respek vir pasiënte	18. No privacy between patients (all patients bath together).	0	
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen respek vir pasiënte	19. Poor hygiene - couple of patients bath in the same bathwater.	0	
1	2. Onprofessionele gedrag	Personeel se gedrag dieselfde as pasiënte	20. Behaviour of staff is similar to that of patient e.g. dressing and grooming.	0	
1	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	21. Like bedside nursing the most - no opportunity for that.	0	
1	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite	22. Limited activities in wards leave enough time to just sit around.	0	
1	4. Werksomgewing	Gebrek aan motivering	23. Lack of motivation under staff.	0	
1	4. Werksomgewing	Pasiënte word nie bemagtig nie	24. Lack of independence of patients (staff tell them what to do).	0	
1	4. Werksomgewing	Onveilig	25. Having problems nursing people who committed criminal acts.	0	

Tabel F 1.3.2 Kodering van FSSON 2 (Groep 2) se response op die navorsingsvraag.

Groep 2 FSSON 2 N=6	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
2	3. Persoonlike fatkore	Vaardigheidsverlies	1. Loss of skills that student learned in general nursing.	4.5=27	*1
2	4. Werksomgewing	Onveilig	2. Feel unsafe in some sections - patients behaviour is unpredictable.	2.16=13	*2
2	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	3. Feels like a waste of time – limited activities. Not challenging - do the same thing everyday (not much to do when on duty). *Staff only gives medication-no therapeutic interventions by staff.*	2.0=12	*3
2	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	4. No passion or interest in psychiatry.	1.66=10	*4
2	2. Onprofessionele gedrag	Geen professionele dissipline a) Personeel verlaat saal b) Drink aan diens	5. Lack of supervision of staff - staff goes out as they like and drink on duty.	1.0=6	*5
2	3. Persoonlike faktore	Gebrekkige vordering	6. See no progress in patients' conditions because they are long-term patients.	1.0=6	*5
2	1. Leeromgewing	Geen waarneming van verpleegaksies	7. Intervention by staff is not concrete and observable.	0.5=3	

Groep 2 FSSON 2 N=6	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
2	2. Onprofessionele gedrag	Aanranding van pasiënte	8. Physical abuse of patients.	0.5=3	
2	4. Werksomgewing	Kontak met familie word verwaarloos	9. Lack of interaction with family of patient.	0.5=3	
2	1. Leeromgewing	Integrasie van teorie en praktyk	10. Theoretical knowledge not correctly applied in practica (makes it less interesting).	0.33=2	
2	1. Leeromgewing	Geen kliniese begeleiding	11. No clinical accompaniment by staff to students.	0.33=2	
2	2. Onprofessionele gedrag	Onprofessionele gedrag deur personeel	12. Unprofessional conduct by staff.	0.33=2	
2	4. Werksomgewing	Stagnering	13. Limited opportunities for professional advancement.	0.16=1	
2	2. Onprofessionele gedrag	Personeel se gedrag dieselfde as pasiënte	14. Some of the staff's behaviour is similar to that of patients (afraid student would become like that).	0	

Tabel F 1.3.3 Kodering van SvV 1 (Groep 3) se response op die navorsingsvraag.

Groep 3 SvV 1 N=8	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top 5
3	3. Persoonlike faktore	Emosioneel uitputtend	1. Emosioneel uitputtend.	3.375=27	*1
3	3. Persoonlike faktore	Emosioneel oorbetrokkenheid	2. Emosionele oorbetrokkenheid by pasiënte - word deel van persoonlike lewe. *Moeilik om ander mense se emosionele "issues" te hanteer*.	2.125=17	*2
3	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	3. Roetinewerk - doen dieselfde goed oor en oor (Geen ruimte vir persoonlike groei en professionele groei).	2.0=16	*3
3	4. Werksomgewing	Onveilig	4. Onveilige omgewing (dame in manssaal werk).	1.75=14	*4
3	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	5. Vaardighede wat in vorige studiejare aangeleer is, word nie gebruik.	1.625=13	*5
3	2. Onprofessionele gedrag	Personeel se gedrag dieselfde as pasiënte	6. Dit kan geestesgesondheid - permanente personeel – beïnvloed →word soos pasiënte.	1.0=8	
3	3. Persoonlike faktore	Swak vordering	7. Sien nie onmiddellike resultate van tussentrede.	0.75=6	
3	3. Persoonlike faktore	Hospitaal voel soos tronk	8. Psigiatrie hospitaal voel soos tronk.	0.625=5	

Groep 3 SvV 1 N=8	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top 5
3	3. Persoonlike faktore	Voel nie soos verpleging nie	9. Voel nie soos verpleegwerk (versorging van fisiek siek mense) - eerder soos arbeidsterapie. *Nie "hands-on" werk. Beperkte verpleegsorg.*	0.625=5	
3	3. Persoonlike faktore	Bewuswording van eie emosionele kwessies	10. Bring jou in konflik met eie emosionele "issues"- soms op ongeleë tye.	0.625=5	
3	1. Leeromgewing	Ongestruktureerd	11. Bang om verkeerde hulp aan te bied - ongestruktureerd.	0.375=3	
3	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	12. Verkies om in omgewings te werk wat voorkomend werk.	0.125=1	
3	4. Werksomgewing	Fisieke verwaarlosing – sale en pasiënte	13. Pasiënte en omgewing is verwaarloos - vuil en onhigiënies.	0	

Tabel F 1.3.4 Kodering van SvV 2 (Groep 4) se response op die navorsingsvraag.

Groep 4 SvV 2 N=8	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top 5
4	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	1. Boring-only routine work, e.g. medication and feeding. Nursing patients who have been there for more than 20 years → long-term.	2.5=20	*1
4	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	2. Limits the application of general nursing knowledge and skills.	2.0=16	*2
4	3. Persoonlike faktore	Beperkte beroepsgeleenthede	3. Limited psychiatry facilities limit opportunities to expand career.	2.0=16	*2
4	3. Persoonlike faktore	Swak vordering en swak prognose	4. See limited progress in patients - poor prognosis.	1.625=13	*3
4	4. Werksomgewing	Onveilig	5. Unsafe environment.	1.125=9	*4
4	2. Onprofessionele gedrag	Verbale en fisiese mishandeling van pasiënte	6. Verbal and physical abuse of the patients by staff-affects the prognosis of patients.	0.875=7	*5
4	1. Leeromgewing	Beperkte blootstelling in in praktyk	7. Limited exposure to practice (student work limited hours in psychiatry).	0.625=5	
4	3. Persoonlike faktore	Taal	8. Language barrier-can't communicate with most of the patients. (Don't know African language).	0.625=5	
4	3. Persoonlike faktore	Negatiewe effek op emosies	9. Has negative effect on own emotions.	0.625=5	

Groep 4 SvV 2 N=8	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top 5
4	4. Werksomgewing	Onveilig	10. Find it a contagious environment - don't open windows.	0.625=5	
4	1. Leeromgewing	Benodig voortdurend kreatiwiteit	11. Needs ongoing creativity.	0.5=4	
4	1. Leeromgewing	Integrasie teorie en praktyk	12. Combination of theory and practice is not always feasible.	0.5=4	
4	2. Onprofessionele gedrag	Geen professionele dissipline	13. Unprofessional conduct by staff (leaving wards) - improper supervision (leave student alone).	0.375=3	
4	3. Persoonlike faktore	Benodig baie geduld	14. Constant asking for money by patients irritate student. *Needs a great amount of patience and emotional stability.*	0.375=3	
4	3. Persoonlike faktore	Voel soos 'n tronk	15. Psychiatric nursing feels like guard in prison.	0.375=3	
4	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite a.g.v rolmodelle	16. Staff influence student negatively to do the minimum for patients.	0.25=2	
4	2. Onprofessionele gedrag	Swak rolmodelle	17. Can learn disrespect for patients from role models. *Staff transfer their negative emotions to patients and students.*	0	
4	3. Persoonlike faktore	Bang om soos pasiënte te word	18. Fear that student will become like patients if working there for long.	0	

Groep 4 SvV 2 N=8	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top 5
4	3. Persoonlike faktore	Benodig goeie interpersoonlike vaardighede	19. Need good interpersonal skills.	0	
4	3. Persoonlike faktore	Blootstelling aan psigiatrie te laat	20. The route to enter psychiatry is long - first have to do general nursing.	0	
4	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	21. A job for people close to retirement - not for young nurses.	0	
4	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite	22. Passivity of patients demotivates staff.	0	
4	5. Ongeklassifiseerd	Ongeklassifiseerd	23. Supervisors are poorer qualified than subordinates.	0	
4	5. Ongeklassifiseerd	Ongeklassifiseerd	24. Rotation of shifts and wards between night and day duty - uncomfortable. *Fights between staff about rotation between wards.*	0	

BYLAE G

Die gekombineerde groepsdata en die finale Top 5 uitslag

1. Let op dat groepslede se response direk (en gevolglik ongeredigeerd) aangehaal word.
2. Gewone skryfstyl – Oorspronklike response wat tydens die NGT-rondomtalie proses opgehaal is.
3. *Skuinsdruk skryfstyl* – Inligting wat tydens die besprekingsessie bygevoeg is.
4. Aantal deelnemers per groep = N

2.1 ONTLEDING VAN DIE 4 NGT-GROEPE SE DATA: Voorbereiding vir Stap 5.

Tabel G 2.1. Kombinering van al die groepe se kategorieë en temas.

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	1. Leeromgewing	Stagnering	1. Staff not up to date with the newest information and development. *Don't have personal patience to tolerate patients.*	1.0=5	*5
1	1. Leeromgewing	Verkeerde verpleeg en mediese sorg	2. Improper nursing care e.g. wound care.	1.0=5	*5
4	1. Leeromgewing	Beperkte blootstelling in in praktyk	1. Limited exposure to practice (student work limited hours in psychiatry).	0.625=5	
4	1. Leeromgewing	Benodig voortdurend kreatiwiteit	2. Needs ongoing creativity.	0.5=4	
4	1. Leeromgewing	Integrasie teorie en praktyk	3. Combination of theory and practice is not always feasible.	0.5=4	
2	1. Leeromgewing	Geen waarneming van verpleegaksies	1. Intervention by staff is not concrete and observable.	0.5=3	
3	1. Leeromgewing	Ongestruktureerd	1. Bang om verkeerde hulp aan te bied - ongestruktureerd.	0.375=3	
2	1. Leeromgewing	Integrasie van teorie en praktyk	2. Theoretical knowledge not correctly applied in practica (makes it less interesting).	0.33=2	

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
2	1. Leeromgewing	Geen kliniese begeleiding	3. No clinical accompaniment by staff to students.	0.33=2	
1	1. Leeromgewing	Beperkte stimulasie	3. Do not learn anything in psychiatry except for medications and their side-effects.	0	
1	1. Leeromgewing	Integrasie teorie en praktyk	4. Cannot apply theoretical knowledge in practice e.g. stimulation of patients due to lack of equipment.	0	
1	1. Leeromgewing	Gebrekkige verpleeg en mediese sorg	5. Negligence of some nursing care activities due to shortage of staff.	0	
1	1. Leeromgewing	Moet verskillende rolle vervul	6. Different roles are expected from student e.g. nursing and parenting.	0	
1	1. Leeromgewing	Gebrekkige verpleeg en mediese sorg	7. Lack of medical care on time.	0	
2	2. Onprofessionele gedrag	Geen professionele dissipline a) Personeel verlaat saal b) Drink aan diens	4. Lack of supervision of staff - staff goes out as they like and drink on duty.	1.0=6	*5
4	2. Onprofessionele gedrag	Verbale en fisiese mishandeling van pasiënte	4. Verbal and physical abuse of the patients by staff-affects the prognosis of patients.	0.875=7	*5
1	2. Onprofessionele gedrag	Uitbuiting van pasiënte	8. Exploitation of patients to do staff duties (patients bath other patients).	1.8=9	*3

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen professionele dissipline a) Personeel verlaat saal b) Drink aan diens	9. No discipline in staff (going out as they please and drink on duty) *Abuse of patients (physical beating).*	2.2=11	*****2
3	2. Onprofessionele gedrag	Personeel se gedrag dieselfde as pasiënte	2. Dit kan geestesgesondheid - permanente personeel – beïnvloed →word soos pasiënte.	1.0=8	
1	2. Onprofessionele gedrag	Beperkte toesig	10. Lack of supervision of wards left with junior staff.	0.6=3	
2	2. Onprofessionele gedrag	Aanranding van pasiënte	5. Physical abuse of patients.	0.5=3	
4	2. Onprofessionele gedrag	Geen professionele dissipline	5. Unprofessional conduct by staff (leaving wards) - improper supervision (leave student alone).	0.375=3	
2	2. Onprofessionele gedrag	Onprofessionele gedrag deur personeel	6. Unprofessional conduct by staff.	0.33=2	
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen respek vir pasiënte	11. Mixing of all different types of food together for patients - affect nutritional status of patient.	0	
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen respek vir pasiënte	12. No privacy between patients (all patients bath together).	0	
1	2. Onprofessionele gedrag	Geen respek vir pasiënte	13. Poor hygiene - couple of patients bath in the same bathwater.	0	

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	2. Onprofessionele gedrag	Personeel se gedrag dieselfde as pasiënte	14. Behaviour of staff is similar to that of patient e.g. dressing and grooming.	0	
2	2. Onprofessionele gedrag	Personeel se gedrag dieselfde as pasiënte	7. Some of the staff's behaviour is similar to that of patients (afraid student would become like that).	0	
4	2. Onprofessionele gedrag	Swak rolmodelle	6. Can learn disrespect for patients from role models. *Staff transfer their negative emotions to patients and students.*	0	
3	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	3. Vaardighede wat in vorige studiejare aangeleer is, word nie gebruik.	1.625=13	*5
2	3. Persoonlike faktore	Gebrekkige vordering	8. See no progress in patients' conditions because they are long-term patients.	1.0=6	*5
2	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	9. No passion or interest in psychiatry.	1.66=10	*4
1	3. Persoonlike faktore	Emosioneel uitputtend	15. Emotional tiring job.	1.6=8	*4
4	3. Persoonlike faktore	Swak vordering en swak prognose	7. See limited progress in patients - poor prognosis.	1.625=13	*3
3	3. Persoonlike faktore	Emosioneel oorbetrokkenheid	4. Emosionele oorbetrokkenheid by pasiënte - word deel van persoonlike lewe. *Moeilik om ander mense se emosionele "issues" te hanteer*.	2.125=17	*2
4	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	8. Limits the application of general nursing knowledge and skills.	2.0=16	*2

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
4	3. Persoonlike faktore	Beperkte beroepsgeleenthede	9. Limited psychiatry facilities limit opportunities to expand career.	2.0=16	*2
2	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	10. Loss of skills that student learned in general nursing.	4.5=27	*1
3	3. Persoonlike faktore	Emosioneel uitputtend	5. Emosioneel uitputtend.	3.375=27	*1
1	3. Persoonlike faktore	Vaardigheidsverlies	16. Loss of skills learned in general nursing, community and midwifery.	0.8=4	
3	3. Persoonlike faktore	Swak vordering	6. Sien nie onmiddellike resultate van tussentrede.	0.75=6	
3	3. Persoonlike faktore	Hospitaal voel soos tronk	7. Psigiatrie hospitaal voel soos tronk.	0.625=5	
3	3. Persoonlike faktore	Voel nie soos verpleging nie	8. Voel nie soos verpleegwerk (versorging van fisiek siek mense) - eerder soos arbeidsterapie. *Nie "hands-on" werk. Beperkte verpleegsorg.*	0.625=5	
3	3. Persoonlike faktore	Bewuswording van eie emosionele kwessies	9. Bring jou in konflik met eie emosionele "issues"- soms op ongeleë tye.	0.625=5	
4	3. Persoonlike faktore	Taal	10. Language barrier-can't communicate with most of the patients. (Don't know African language).	0.625=5	
4	3. Persoonlike faktore	Negatiewe effek op emosies	11. Has negative effect on own emotions.	0.625=5	

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
4	3. Persoonlike faktore	Benodig baie geduld	12. Constant asking for money by patients irritate student. *Needs a great amount of patience and emotional stability.*	0.375=3	
4	3. Persoonlike faktore	Voel soos ’n tronk	13. Psychiatric nursing feels like guard in prison.	0.375=3	
3	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	10. Verkies om in omgewings te werk wat voorkomend werk.	0.125=1	
1	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	17. Like bedside nursing the most - no opportunity for that.	0	
4	3. Persoonlike faktore	Bang om soos pasiënte te word	14. Fear that student will become like patients if working there for long.	0	
4	3. Persoonlike faktore	Benodig goeie interpersoonlike vaardighede	15. Need good interpersonal skills.	0	
4	3. Persoonlike faktore	Blootstelling aan psigiatrie te laat	16. The route to enter psychiatry is long - first have to do general nursing.	0	
4	3. Persoonlike faktore	Voorkeur	17. A job for people close to retirement - not for young nurses.	0	
3	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	11. Roetinewerk - doen dieselfde goed oor en oor (Geen ruimte vir persoonlike groei en professionele groei).	2.0=16	*3

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	18. Not challenging - faced with the same situation daily.	1.8=9	*3
3	4. Werksomgewing	Onveilig	12. Onveilige omgewing (dame in manssaal werk).	1.75=14	*4
4	4. Werksomgewing	Onveilig	18. Unsafe environment.	1.125=9	*4
2	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite en nie stimulerend	11. Feels like a waste of time – limited activities. Not challenging - do the same thing everyday (not much to do when on duty). *Staff only gives medication-no therapeutic interventions by staff.*	2.0=12	*3
2	4. Werksomgewing	Onveilig	12. Feel unsafe in some sections - patients behaviour is unpredictable.	2.16=13	*2
1	4. Werksomgewing	Onveilig	19. Working with psychiatry patients causes anxiety in student - patients dangerous. Unsafe environment *Always feel on guard to prevent harm to self or patients.*	3.0=15	**1
4	4. Werksomgewing	Nie-stimulerend	19. Boring-only routine work, e.g. medication and feeding. Nursing patients who have been there for more than 20 years → long-term.	2.5=20	*1

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
1	4. Werksomgewing	Pasiënte word nie bemagtig nie	20. Do not teach patients enough skills to empower rehabilitation of patients.	0.8=4	
4	4. Werksomgewing	Onveilig	20. Find it a contagious environment - don't open windows.	0.625=5	
2	4. Werksomgewing	Kontak met familie word verwaarloos	13. Lack of interaction with family of patient.	0.5=3	
1	4. Werksomgewing	Pasiënte word deur familie verwaarloos	21. Neglect of patients by families - no socializing.	0.4=2	
4	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite a.g.v rolmodelle	21. Staff influence student negatively to do the minimum for patients.	0.25=2	
2	4. Werksomgewing	Stagnering	14. Limited opportunities for professional advancement.	0.16=1	
1	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite	22. Limited activities in wards leave enough time to just sit around.	0	
1	4. Werksomgewing	Gebrek aan motivering	23. Lack of motivation under staff.	0	
1	4. Werksomgewing	Pasiënte word nie bemagtig nie	24. Lack of independence of patients (staff tell them what to do).	0	
1	4. Werksomgewing	Onveilig	25. Having problems nursing people who committed criminal acts.	0	

Groepe	Kategorie	Tema	Response	Totaal	Top5
3	4. Werksomgewing	Fisieke verwaarlosing – sale en pasiënte	13. Pasiënte en omgewing is verwaarloos - vuil en onhigiënies.	0	
4	4. Werksomgewing	Beperkte aktiwiteite	22. Passivity of patients demotivates staff.	0	
4	5. Ongeklassifiseerd	Ongeklassifiseerd	23. Supervisors are poorer qualified than subordinates.	0	
4	5. Ongeklassifiseerd	Ongeklassifiseerd	24. Rotation of shifts and wards between night and day duty - uncomfortable. *Fights between staff about rotation between wards.*	0	

2.2 Berekende rangordes van die gekombineerde kategorieë soos in Stap 5 beskryf:

Tabel G 2.2 Finale rangordes wat volgens die veelvuldige NGT proses soos in Van Breda (2005) bereken is.

Kategorie	Top5 a Aantal prioriteits-response per kategorie	Top5 b Rangorde van die aantal prioriteits-response per kategorie	Nr. 1 Aantal response per kategorie	Nr. 2 Rangorde van die aantal response per kategorie	Gem. A Gemiddeld van al die response per kategorie. *Gemiddeld vir die kategorie*	Gem. B Rangorde van die kategorie-gemiddeldes	Finale rangorde Waardes in kolomme Top5 b + Nr 2+Gem b =Finale rangorde
1. Persoonlik	10	5	25	5	**(27.06÷25) 1.08**	5	**15**
2. Werksomgewing	8	4	20	4	**(19.07÷20) 0.96**	4	**12**
3. Onprofessionele gedrag	4	3	15	3	**(8.68÷15) 0.58**	2	**8**
4. Leeromgewing	2	2	14	2	**(8.28÷14) 0.59**	3	**7**
5. Ongeklassifiseerd	0	1	2	1	**0**	1	**3**