

DIE ONDERRIG VAN PROFESSIONELE PRAKTYK IN DIE
GEÏNTEGREERDE, VIERJAAR VERPLEEGKUNDE
PROGRAM

deur

DELENE ELLEN BOTHA, (Magister Societatis Scientae Verpleegkunde).

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

Philosophiae Doctor (Verpleegkunde)

in die

FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE

SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT

November 2006.

Promotor: Dr L Roets

Ek verklaar hiermee dat die proefskrif wat hierby vir die graad Philosophiae Doctor (Verpleegkunde) aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander Universiteit/Fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van die outeursreg in die proefskrif ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

.....

D E BOTHA

November 2006.

My opregte dank aan:

- Die verskillende studieleiers wat betrokke was by hierdie studie.
- Dr Roets in besonder, as promotor onder wie se leiding die voltooiing van die studie bereik kon word.
- Professor G Joubert vir hulp met die statistiese verwerkings van hoofstuk 2 van die studie.
- Die hoof van die Skool vir Verpleegkunde, Professor A van der Merwe vir haar rigtinggewende insette, aanmoediging en onderskraging.
- My kollegas. Wanneer 'n studie oor etlike jare strek kom verskillende kollegas oor jou pad en elkeen se belangstelling, aanmoediging en emosionele ondersteuning het bygedra dat ek kon volhou met die studie.
- Mej E Roos as toesighouer, kollega en ook vriendin. Die eindpunt sou nie sonder haar hulp en onderskraging behaal kon word nie.
- Mej A Nel vir haar waardevolle insette en ook aanmoediging.
- Mev R Groenewald vir die effektiewe taalversorging van die studie.
- Mev J Klopper vir die netjiese tikwerk en uiteensetting van die studie.
- My gesin.

“Loof die Here, want Hy is goed en getrou”.

INHOUDSOPGAWE:

HOOFSTUK 1:

1.1	Inleiding.....	1
1.2	Probleemstelling.....	3
1.3	Doelstelling	6
1.4	Doelwitte	7
1.4.1	Die aard van onprofessionele gedrag	7
1.4.2	Persepsies van professionele verpleegkundiges	7
1.4.3	Die proses van onderrig van Professionele Praktyk	7
1.4.4	'n Raamwerk vir onderrig van Professionele Praktyk.....	7
1.5	Konseptuele raamwerk	7
1.6	Konsepte	10
1.6.1	Onderrig.....	10
1.6.2	Onderrigtegnieke	11
1.6.3	Onderrigbenaderings	11
1.6.4	Assessering	11
1.6.5	Onderrigraamwerk	12
1.6.6	Professionele Praktyk	12
1.6.7	Professionele identiteit.....	13
1.6.8	Emosionele intelligensie	13
1.6.9	Professionele verpleegkundige/professionele praktisyn	13
1.6.10	Professionele regulering	13
1.6.11	Onprofessionele gedrag/wanpraktyk	13
1.6.12	Studentverpleegkundige	13
1.6.13	Dissiplinêre sake.....	14
1.7	Operasionele definisies	14
1.7.1	Module	14
1.7.2	Etos en Professionele Praktyk	14
1.7.3	Proses van onderrig.....	14

1.7.4	Verpleging.....	15
1.7.5	Lektrise	15
1.7.6	Dosent	15
1.8	Navorsingsontwerp	15
1.9	Navorsingsverloop	16
1.10	Navorsingstegnieke.....	18
1.10.1	<i>Fase I, stap 1: Opname van onprofessionele gedrag</i>	18
1.10.2	<i>Fase I, stap 1: Literatuurkontrole</i>	19
1.10.3	<i>Fase I, stap 2: Fokusgroeponderhoude</i>	19
1.10.4	<i>Fase I, stap 2: Literatuurkontrole</i>	19
1.10.5	<i>Fase II, stap 3: Literatuuranalise: onderrig.....</i>	20
1.10.6	<i>Fase II, stappe 4 en 5 :Telefoniese onderhoude.....</i>	20
1.11	Populasie en steekproef.....	21
1.11.1	<i>Fase I, stap 1: Opname van onprofessionele gedrag</i>	21
1.11.2	<i>Fase I, stap 2: Fokusgroeponderhoude</i>	22
1.11.3	<i>Fase II, stap 5:Telefoniese onderhoude</i>	24
1.12	Loodsstudie.....	25
1.12.1	<i>Fase I, stap 1:Opname van onprofessionele gedrag</i>	26
1.12.2	<i>Fase I, stap 2:Fokusgroeponderhoude</i>	26
1.12.3	<i>Fase II, stappe 4 en 5:Telefoniese onderhoude.....</i>	27
1.13	Geldigheid en betroubaarheid	27
1.13.1	<i>Fase I, stap 1:Opname van onprofessionele gedrag</i>	28
1.13.2	<i>Fase I, stap 2: Fokusgroeponderhoude</i>	29
1.13.3	<i>Fase II, stappe 4 en 5 :Telefoniese onderhoude.....</i>	29
1.14	Data-insameling	30
1.14.1	<i>Fase I, stap 1:Opname van onprofessionele gedrag</i>	31
1.14.2	<i>Fase I, stap 2:Fokusgroeponderhoude</i>	31
1.14.3	<i>Fase I, stap 2: Literatuurkontrole</i>	31
1.14.4	<i>Fase II, stap 5:Telefoniese onderhoude</i>	32
1.15	Data-ontleding.....	32

1.15.1	<i>Fase I, stap 1: Opname van onprofessionele gedrag</i>	33
1.15.2	<i>Fase I, stap 2: Fokusgroeponderhoude</i>	33
1.15.3	<i>Fase II, stap 6:Telefoniese onderhoude</i>	33
1.16	Etiese aspekte.....	33
1.16.1	Beskerming van menseregte	34
1.16.2	Ingeligte toestemming.....	35
1.16.3	Institusionele resensie	35
1.16.4	Toestemming vanaf hoofde van instansies.....	36
1.17	Navorsingsprosesse.....	36
1.17.1	Voorlegging aan 'n Ekspertkomitee	36
1.17.2	Voorlegging aan 'n Evalueringskomitee.....	37
1.17.3	Voorlegging aan 'n Etiekkomitee	37
1.18	Waarde van die studie	37
1.19	Tydskedule.....	38
1.20	Uiteensetting van hoofstukke	40

HOOFSTUK 2:

2.1	Inleiding.....	42
2.2	Agtergrond	42
2.2.1	Professionele regulering	42
2.2.2	Doel van professionele regulering	43
2.3	Navorsingsontwerp	47
2.4	Doelwit..	47
2.5	Navorsingstegniek.....	47
2.5.1	Data-insamelingsinstrument	47
2.6	Populasie en steekproef.....	48
2.6.1	Populasie	48
2.6.2	Steekproef	49
2.6.3	Uitsluitingskriteria.....	49
2.7	Loodsstudie.....	49

2.8	Geldigheid en betroubaarheid van die data-insamelingsinstrument.....	50
2.8.1	Geldigheid.....	50
2.8.2	Betroubaarheid	51
2.9	Data insameling	51
2.10	Data-ontleding.....	52
2.11	Etiese aspekte.....	52
2.11.1	Beskerming van menseregte	52
2.11.2	Toestemming van hoof van instansie	53
2.11.3	Goedkeuring vanaf 'n Etiekkomitee	53
2.12	Resultate en interpretasie van data.....	53
2.12.1	Biografiese data.....	54
2.12.1.1	Kategorie praktisyn	54
2.12.1.2	Geslag	54
2.12.2	Algemene inligting	55
2.12.2.1	Jaartal.....	55
2.12.2.2	Tydsverloop	55
2.12.2.3	Ouderdom van aangeklaagdes.....	56
2.12.2.4	Uitslag van verhoor.....	58
2.12.2.5	Tipe vonnis	58
2.12.3	Inligting oor tipe wanpraktyk	60
2.12.3.1	Formele norme	64
2.12.3.1.1	Kategorie praktisyn aangekla.....	64
2.12.3.1.2	Tipe oortreding.....	65
2.12.3.2	Professionele norme.....	66
2.12.3.2.1	Kategorie praktisyn aangekla	66
2.12.3.2.2	Tipe oortreding	69
2.12.4	Dissiplines waar aangeklaagdes werksaam was	72
2.12.5	Aangeklaagdes en kwalifikasies	74
2.12.6	Tendense.....	74
2.12.6.1	Persentasie manlike verpleegkundiges aangekla	74
2.12.6.2	Persentasie vroulike verpleegkundiges aangekla	74

2.12.7	Aanmeld van wanpraktyk.....	75
2.13	Samevatting	76

HOOFSTUK 3

3.1	Inleiding.....	77
3.2	Doel van die fokusgroeponderhoude	79
3.3	Navorsingsontwerp	79
3.4	Navorsingstegniek.....	79
3.4.1	Fokusgroep.....	79
3.4.1.1	Voordele van fokusgroeponderhoude.....	80
3.4.1.2	Nadele van fokusgroeponderhoude.....	80
3.4.1.3	Groepgrootte	83
3.4.1.4	Fasiliteerder.....	83
3.4.1.5	Rol van die navorser.....	86
3.4.1.6	Duur van 'n fokusgroeponderhoud.....	87
3.4.1.7	Lokaal.....	87
3.5	Populasie en steekproef	89
3.5.1	Populasie	89
3.5.2	Steekproef	89
3.5.2.1	Insluitingskriteria vir deelnemers.....	89
3.5.2.2	Steekproeftrekking.....	90
3.5.2.2.1	Instansies.....	90
3.5.2.2.2	Deelnemers.....	91
3.6	Loodsstudie/verkenningsonderhoud	94
3.7	Geloofwaardigheid	95
3.7.1	Waarheidsgetrouheid	96
3.7.1.1	Triangulasie	96
3.7.1.2	Kontrolering	96
3.7.2	Vertroubaarheid	97
3.7.3	Bevestigbaarheid	98

3.7.4	Oordraagbaarheid.....	98
3.8	Data-insameling	99
3.8.1	Fokusgroep 1	99
3.8.2	Fokusgroep 2.....	99
3.8.3	Fokusgroep 3.....	99
3.9	Verloop van fokusgroeponderhoude	100
3.9.1	Fokusgroep 1	100
3.9.1.1	Ontvangs van deelnemers.....	100
3.9.1.2	Verloop van onderhoud	100
3.9.1.3	Afsluiting	104
3.9.1.4	Ontladingssessie	104
3.9.2	Fokusgroep 2.....	105
3.9.2.1	Ontvangs van deelnemers.....	105
3.9.2.2	Verloop van onderhoud	106
3.9.2.3	Afsluiting	108
3.9.2.4	Ontladingssessie	108
3.9.3	Fokusgroep 3.....	109
3.9.3.1	Ontvangs van deelnemers.....	109
3.9.3.2	Verloop van onderhoud	110
3.9.3.3	Afsluiting	111
3.9.3.4	Ontladingssessie	112
3.10	Transkribering	112
3.10.1	Fokusgroep 1	113
3.10.2	Fokusgroepe 2 en 3.....	113
3.11	Analise	114
3.12	Resultate en interpretasie	114
3.12.1	Biografiese data.....	115
3.12.2	Inhoudsontleding	118
3.12.2.1	Teoretiese komponent	119
3.12.2.1.1	Filosofie.....	120
3.12.2.1.2	Kennis	121

3.12.2.1.3	Voortdurende professionele ontwikkeling	123
3.12.2.2	Professionele praktyk het 'n praktiese komponent	124
3.12.2.2.1	Vaardigheid	126
3.12.2.2.2	Deeglikheid/uitmuntendheid	133
3.12.2.2.3	Rolmodelle	134
3.12.2.3	Professionele praktyk bestaan uit kultuurelemente	136
3.12.2.3.1	Waardes	139
3.12.2.3.2	Formele norme	141
3.12.2.3.3	Informele norme	144
3.12.2.3.4	Professionele sosialisering	149
3.12.2.4	Beeld van Verpleging as deel van professionele praktyk	154
3.12.2.4.1	Voorkoms	156
3.12.2.4.2	Beroepstrots	158
3.12.2.4.3	Bemaking	160
3.12.2.4.4	Keuring.....	160
3.12.2.5	Etiese begronding as deel van professionele praktyk..	162
3.12.2.5.1	Respek vir persone	164
3.12.2.5.2	Beginsel van regverdigheid	166
3.12.2.5.3	Beginsel van aanspreeklikheid	166
3.12.2.5.4	Beginsel van waarheidsgetrouheid.....	167
3.13	Samevatting	168

HOOFSTUK 4

4.1	Inleiding.....	169
4.2	Doel van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	171
4.3	Die lektrise	172
4.3.1	Die lektrise-studentverhouding	172
4.3.2	Die lektrise in die praktyk.....	173

4.4	Die studenteprofiel	174
4.4.1	Ouderdom by toelating tot tersiêre onderrig.....	174
4.4.2	Studente se verwagtinge	175
4.4.2.1	Verwagting ten opsigte van Verpleging	175
4.4.2.2	Verwagtinge ten opsigte van onderrig	175
4.4.3	Kultuurdiversiteit	176
4.4.3.1	Eie kultuur.....	176
4.4.3.2	Kontak met verskillende kultuurgroepe	176
4.4.3.3	Ondersteuning	177
4.4.3.4	Verskillende gebruike/tradisies	177
4.4.4	Sosiale milieu	178
4.4.4.1	Veranderinge in die gesin	178
4.4.4.2	Politieke agtergrond	179
4.5	Emosionele intelligensie.....	180
4.5.1	Komponente van emosionele intelligensie.....	181
4.5.2	Ontwikkeling van emosionele intelligensie.....	181
4.5.3	Voordele indien emosionele intelligensie ontwikkel is.....	182
4.6	Professionele identiteit	182
4.6.1	Belang van die vorming van professionele identiteit	183
4.6.2	Vereistes vir die vorming van professionele identiteit	184
4.6.2.1	Persoonlike identiteit reeds ontwikkel	184
4.6.2.2	Kognitiewe buigsaamheid	184
4.6.2.3	Blootstelling aan die praktyk	185
4.6.2.4	Blootstelling aan positiewe rolmodelle	186
4.7	Professionele sosialisering.....	187
4.7.1	Die proses van professionele sosialisering.....	188
4.7.2	Hindshaw se model van professionele sosialisering.....	189
4.7.2.1	Fase 1. Aanvanklike onkunde.....	189
4.7.2.2	Fase 2. Inkongruensie	189
4.7.2.3	Fase 3. Identifikasie.....	189
4.7.2.4	Fase 4. Rolsimulasie	190

4.7.2.5	Fase 5. Besluitloosheid.....	190
4.7.2.6	Fase 6. Internalisering	190
4.8	Studiejaar van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	191
4.9	Tyd afgestaan aan die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	192
4.9.1	Tyd teenoor ontwikkeling	192
4.9.2	Geïntegreerde onderrig: tyd aan die module afgestaan.....	193
4.10	Teoretiese inhoud	193
4.10.1	Eie lewens-en Verplegingsfilosofie	194
4.10.1.1	Filosofie as module	194
4.10.1.2	Voordeel van 'n eie lewens-en Verplegingsfilosofie.....	195
4.10.2	Die etos van Verpleging, waardes en norme	195
4.10.2.1	Etos (wese) van Verpleging	195
4.10.2.1.1	Verpleging	196
4.10.2.1.2	Verpleegkundiges.....	196
4.10.2.1.3	Die verpleegpraktyk.....	197
4.10.2.1.4	Pasiënt-verpleegkundige verhouding	197
4.10.2.2	Geskiedenis van Verpleging	198
4.10.2.3	Waardes	198
4.10.2.3.1	Deernisvolle sorg (“caring”)	199
4.10.2.4	Norme.....	201
4.10.3	Etiek.....	202
4.10.3.1	Etiese teorieë.....	203
4.10.3.1.1	Utilitarisme	203
4.10.3.1.2	Deontologie	203
4.10.3.1.3	Deugde- of karakteretiek	204
4.10.3.2	Etiese beginsels.....	204
4.10.3.2.1	Respek vir die outonomie van mense	204
4.10.3.2.2	Om aan ander goed te doen en skade te vermy	205
4.10.3.2.3	Beginsel van regverdigheid	206
4.10.3.3	Etiese kodes	207

4.10.3.4	Etiese dilemmas	208
4.10.3.5	Etiese besluitneming.....	209
4.11	Onderrig in Suid-Afrika	210
4.11.1	Uitkomsgebaseerde Onderrig en Opleiding (UGOO).....	211
4.11.1.1	Kenmerke van UGOO.....	211
4.11.1.1.1	Bereiking van uitkomste	211
4.11.1.1.2	Studentgesentreerde leer.....	213
4.11.1.1.3	Ontwikkeling van volle potensiaal	213
4.11.1.2	Voordele van UGOO.....	214
4.11.1.3	Nadele van UGOO.....	215
4.11.2	Gemeenskapsgebaseerde onderrigbenadering (GBO)	216
4.11.2.1	Voordele van GBO.....	217
4.11.2.2	Nadele van GBO.....	217
4.12	Huidige onderrigtegnieke	218
4.12.1	Lesingstegniek.....	219
4.12.1.1	Voordele van die lesingstegniek	219
4.12.1.2	Nadele verbonde aan die tegniek	220
4.12.1.3	Toepassing in onderig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	220
4.12.2	Bespreking.....	221
4.12.2.1	Voordele verbonde aan die tegniek	222
4.12.2.2	Nadele van die tegniek	222
4.12.2.3	Groepleier	222
4.12.2.4	Toepassing in onderig van Etos en Professionele Praktyk.....	223
4.12.3	Sprekers	223
4.12.4	Seminare	223
4.12.4.1	Voordele van seminare.....	223
4.12.4.2	Nadele geassosieer met seminare	224
4.12.4.3	Toepassing in onderig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	224

4.12.5	Simposia	224
4.12.5.1	Voordele van simposia	224
4.12.5.2	Nadele verbonde aan simposia	225
4.12.5.3	Toepassing in onderig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	225
4.12.6	Opdragte (senarios, gevallestudies, pasiëntstudies)	225
4.12.6.1	Voordele geassosieer met opdragte	226
4.12.6.2	Nadele verbonde aan opdragte	226
4.12.6.3	Toepassing in onderig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	226
4.12.7	Selfstudie en selfgerigte leer.....	227
4.12.7.1	Voordele verbonde aan selfstudie	227
4.12.7.2	Nadele van selfstudie	227
4.12.7.3	Voordele van selfgerigte leer	227
4.12.7.4	Nadele verbonde aan selfgerigte leer	228
4.12.7.5	Toepassing in onderig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	228
4.13	Ander onderrigtegnieke	228
4.13.1	Ervaringsleer.....	229
4.13.1.1	Stappe van Ervaringsleer	229
4.13.1.2	Voordele verbonde aan Ervaringsleer	230
4.13.1.3	'n Nadeel van Ervaringsleer.....	230
4.13.1.4	Toepassing in onderig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	231
4.13.2	Leer deur refleksie	231
4.13.2.1	Verskillende tipes refleksie	231
4.13.2.2	Voorvereistes.....	232
4.13.2.3	Voordele van refleksie	232
4.13.2.4	Nadele verbonde aan refleksie	232
4.13.2.5	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	233

4.13.3	Probleemgebaseerde leer (PBL)	233
4.13.3.1	Voordele van probleemgebaseerde leer	233
4.13.3.2	Nadele verbonde aan hierdie tegniek	234
4.13.3.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	234
4.13.4	Studieklasse (“Tutorials”)	235
4.13.4.1	Voordele van studieklasse	235
4.13.4.2	Nadele van studieklasse.....	235
4.13.4.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	236
4.13.5	Portuurgroeponderrig	236
4.13.5.1	Voordele geassosieër met portuurgroeponderrig.....	236
4.13.5.2	Nadele van portuurgroeponderrig	237
4.13.5.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	237
4.13.6	Onderrig met behulp van elektroniese media (e-leer)	237
4.13.6.1	Rekenaarondersteunde onderrig	238
4.13.6.2	Rekenaarondersteunde interaktiewe video onderrig....	238
4.13.6.3	Voordele van rekenaarondersteunde onderrig	238
4.13.6.4	Nadele verbonde aan rekenaarondersteunde onderrig	239
4.13.6.5	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	239
4.13.7	Gebruik van videos, films en DVD's.....	240
4.13.7.1	Voordele	240
4.13.7.2	Nadele	241
4.13.7.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.....	241
4.13.8	Rolspel en drama.....	241
4.13.8.1	Voordele van rolspel en drama	242
4.13.8.2	Nadele verbonde aan rolspel en drama.....	242

4.13.8.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	243
4.13.9	Leerspeletjies	243
4.13.9.1	Voordele geassosieër met leerspeletjies.....	243
4.13.9.2	Nadele verbonde aan leerspeletjies	243
4.13.9.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	244
4.13.10	Konsepkartering	244
4.13.10.1	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	244
4.13.11	Waarde-uitklaring	245
4.13.11.1	Stappe in waarde-uitklaring.....	245
4.13.11.2	Rol van die lektrise	245
4.13.11.3	Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	246
4.13.12	Poësie	246
4.14	Assessering van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk	246
4.14.1	Die doel van assessering	247
4.14.2	Vereistes vir assessering	247
4.14.2.1	Beginsels van assessering	247
4.14.2.1.1	Geldigheid	247
4.14.2.1.2	Betroubaarheid	248
4.14.2.1.3	Regverdig	248
4.14.2.1.4	Onderskeidend	248
4.14.2.1.5	Prakties uitvoerbaar	249
4.14.2.2	Riglyne vir assessering	249
4.14.2.2.1	Leeruitkomste	250
4.14.2.2.2	Terugvoer	250
4.14.3	Die assessor	250
4.14.4	Tydstop van assessering	251
4.14.5	Waar assessering moet plaasvind: teorie en praktyk	251

4.14.6	Metodes van assessering	252
4.14.6.1	Geskrewe assessering	252
4.14.6.1.1	Voordele van geskrewe assessering ..	252
4.14.6.1.2	Nadele van geskrewe assessering	253
4.14.6.2	Mondelinge assessering	253
4.14.6.2.1	Voordele van mondelinge assessering	253
4.14.6.2.2	Nadele van mondelinge assessering ..	253
4.14.6.3	Observasie	254
4.14.6.3.1	Voordele van observasie	254
4.14.6.3.2	Nadele van observasie	254
4.15	Samevatting	255

HOOFSTUK 5

5.1	Inleiding	256
5.2	Doel van die telefoniese onderhoude	258
5.3	Navorsingsontwerp	258
5.4	Navorsingstegniek.....	258
5.4.1	Telefoniese onderhoude	259
5.4.1.1	Voordele van telefoniese onderhoude	259
5.4.1.2	Nadele	259
5.4.2	Onderhoudskedule	260
5.4.2.1	Samestelling en inhoud van die onderhoudskedule	261
5.5	Populasie en steekproef	262
5.5.1	Populasie	262
5.5.2	Steekproef	263
5.6	Loodsstudie	264
5.6.1	Onderhoud-skedule	264
5.7	Geldigheid en betroubaarheid	264
5.7.1	Geldigheid.....	264
5.7.2	Betroubaarheid	265

5.8	Data-insameling	266
5.9	Data-analise.....	267
5.10	Etiese aspekte.	267
5.10.1	Beskerming van menseregte	267
5.10.2	Ingeligte toestemming.....	268
5.10.3	Institusionele resensie	268
5.10.4	Toestemming vanaf hoofde van instansies.....	269
5.11	Samevatting	269

HOOFSTUK 6

6.1	Inleiding.....	270
6.2	Resultate	272
6.2.1	Onderriginstansies betrokke	272
6.2.2	Studiejaar waarin [Etos en] Professionele Praktyk onderrig word	274
6.2.3	Tyd aan die module [Etos en] Professionele Praktyk afgestaan	276
6.2.4	Inhoud, onderrig en assesseringstegnieke	278
6.2.4.1	Geskiedenis van Verpleging	278
6.2.4.1.1	Insluiting van Geskiedenis.....	278
6.2.4.1.2	Studiejaar betrokke	280
6.2.4.1.3	Onderrigstegnieke.....	281
6.2.4.1.4	Assesseringstegnieke	283
6.2.4.2	Filosofie	284
6.2.4.2.1	Insluiting van filosofie	285
6.2.4.2.2	Studiejaar betrokke	286
6.2.4.2.3	Onderrigstegnieke.....	287
6.2.4.2.4	Assesseringstegnieke	290
6.2.4.2.5	Ontwikkeling van 'n eie filosofie	291
6.2.4.3	Waardes	293
6.2.4.3.1	Belangrikste Verpleegkundige waardes	293
6.2.4.3.2	Insluiting van deernisvolle sorg (“caring”)	294

6.2.4.3.3	Studiejare waarin algemene waardes onderrig word	295
6.2.4.3.4	Onderrigtegnieke	296
6.2.4.3.5	Assesseringstegnieke	298
6.2.4.4	Etiek	300
6.2.4.4.1	Inhoud wat onderrig word	300
6.2.4.4.2	Studiejare betrokke	302
6.2.4.4.3	Onderrigtegnieke	303
6.2.4.4.4	Assesseringstegnieke	304
6.2.4.5	Etiese kodes	306
6.2.4.5.1	Insluiting van etiese kodes	306
6.2.4.5.2	Studiejare betrokke	307
6.2.4.5.3	Onderrigtegnieke	308
6.2.4.5.4	Assesseringstegnieke	309
6.2.4.6	Etiese dilemma's	310
6.2.4.6.1	Insluiting van etiese dilemma's	310
6.2.4.6.2	Studiejare betrokke	311
6.2.4.6.3	Onderrigtegnieke	312
6.2.4.6.4	Assesseringstegnieke	314
6.2.4.7	Etiese besluitneming	315
6.2.4.7.1	Insluiting van etiese besluitneming	315
6.2.4.7.2	Studiejare betrokke	316
6.2.4.7.3	Onderrigtegnieke	317
6.2.4.7.4	Assesseringstegnieke	318
6.2.4.8	Wette en regulasies	319
6.2.4.8.1	Studiejare betrokke	320
6.2.4.8.2	Onderrigtegnieke	321
6.2.4.8.3	Assesseringstegnieke	322
6.2.4.9	Pasiëntvoorspraak	324
6.2.4.9.1	Insluiting van pasiëntvoorspraak	325
6.2.4.9.2	Studiejare betrokke	325

	6.2.4.9.3	Onderrigtegnieke	326
	6.2.4.9.4	Assesseringstegnieke	327
6.2.5	Tradisies.		328
	6.2.5.1	Tradisies wat steeds nagekom word.....	328
	6.2.5.1.1	Aanstek van en/of oorhandiging van ‘n lamp.....	329
	6.2.5.1.2	Dra van ‘n spesifieke uniform	329
	6.2.5.1.3	Aflê van ‘n gelofte.....	329
	6.2.5.2	Plek van tradisies in huidige Verpleging	330
6.2.6	Professionele sosialisering		332
	6.2.6.1	Beskrywing van die konsep	332
	6.2.6.2	Metodes toegepas om dit te bevorder	332
	6.2.6.3	Rolmodelle.....	334
6.2.7	Onderrig/begeleiding van [Etos en] Professionele Praktijk in die praktijk.		335
	6.2.7.1	Die persoon wat kliniese onderrig/begeleiding doen..	336
	6.2.7.2	Frekwensie van begeleiding	337
6.3	Samevatting		338

HOOFSTUK 7:

7.1	Inleiding.	340
7.2	Doel van die raamwerk	340
7.3	Bespreking van die raamwerk	344
7.3.1	Die lektrise	344
7.3.2	Die student.....	346
7.3.2.1	Ouderdom.....	346
7.3.2.2	Persepsie	346
7.3.2.3	Leerstyle	347
7.3.2.4	Kultuuroriëntasie en –kongruensie	347
7.3.2.5	Emosionele intelligensie	348
7.3.3	Professionele sosialisering	349

7.3.4	Die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk ...	350
7.3.4.1	Onderrigbenaderings	350
7.3.4.2	Inhoud.....	351
7.3.4.3	Onderrigtegnieke gefokus om die inhoud te bemeester	352
7.3.4.3.1	Onderrigtegnieke om kultuur, waardes en norme te onderrig	352
7.3.4.3.2	Onderrigtegnieke om die etos van Verpleging te onderrig.....	353
7.3.4.3.3	Onderrigtegnieke rakende filosofie	353
7.3.4.3.4	Onderrigtegnieke rakende etiek.....	353
7.3.5	Assessering	354
7.3.6	Professionele identiteit.....	355
7.4	Noodsaaklikheid vir die gebruik van die raamwerk	356
7.5	Tekortkominge van die studie	357
7.6	Aanbevelings.....	357
7.7	Slot.....	357

OPSOMMING/SUMMARY	359
-------------------	-----

BIBLIOGRAFIE.....	363
-------------------	-----

BYLAE	
-------------	--

BYLAE A Goedkeuring vanaf die Etiekkomitee

BYLAE B Raamwerk vir en data-insamelingsinstrument

BYLAE C Uitnodiging: deelname aan 'n fokusgroeponderhoud

BYLAE D Invitation: participation in a focus group

BYLAE E Biografiese data (Professionele verpleegkundiges)

BYLAE F Biographical data (Professional nurses)

BYLAE G Biographical data (Lecturers)

BYLAE H Toestemming tot deelname aan fokusgroeponderhoud en
bandopname van die gesprek/Consent to participate in focus
group interview as well as tape recording of the interview

BYLAE I Toestemming vir deelname aan 'n telefoniese onderhoud en
bandopname / Consent to participate in a telephonic interview
and
tape recording thereof

BYLAE J Onderhoudskedule / Interview schedule

BYLAE K Bevestiging van taalversorging

LYS VAN FIGURE

Figuur 1.1	Konseptuele raamwerk.....	9
Figuur 2.1	Verspreiding van geslag van aangeklaagdes	54
Figuur 2.2	Verspreiding van ouderdomme	57
Figuur 2.3	Kategorie verpleegkundige aangekla vir oortreding van formele norme	64
Figuur 2.4	Kategorie verpleegkundige aangekla vir oortreding van professionele norme	66
Figuur 2.5	Dissiplines waar aangeklaagdes werksaam was.....	73
Figuur 3.1		
	\]Plasing van groeplede in fokusgroep 1	101
Figuur 3.2	Plasing van groeplede in fokusgroep 2.....	105
Figuur 3.3	Plasing van groeplede in fokusgroep 3.....	109
Figuur 3.4	Professionele praktyk: teoretiese komponent.....	120
Figuur 3.5	Die praktiese komponent (kuns) van professionele praktyk	125
Figuur 3.6	Kultuurelemente as deel van professionele praktyk	138
Figuur 3.7	Beeld van Verpleging as deel van professionele praktyk	155
Figuur 3.8	Etiese begronding as deel van professionele praktyk	163
Figuur 6.1	Studiejare waarin [Etos en] Professionele Praktyk onderrig word	275
Figuur 6.2	Aantal onderriginstansies wat Geskiedenis onderrig	279
Figuur 6.3	Studiejaar waartydens Geskiedenis onderrig word	280
Figuur 6.4	Tegnieke wat in onderrig van Geskiedenis gebruik word	282
Figuur 6.5	Assesseringstegnieke wat in die onderrig van Geskiedenis gebruik word.....	283

Figuur 6.6	Onderrig van filosofie by onderriginstansies	285
Figuur 6.7	Studiejaar waarin filosofie onderrig word	287
Figuur 6.8	Tegnieke wat in onderrig van filosofie gebruik word	288
Figuur 6.9	Tegnieke gebruik in assessering van filosofie	290
Figuur 6.10	Wyses waarop ontwikkeling van 'n eie filosofie bevorder word	292
Figuur 6.11	Studiejaar waarin waardes onderrig word	295
Figuur 6.12	Tegnieke wat in onderrig van waardes gebruik word	297
Figuur 6.13	Assesseringstegnieke wat in onderrig van waardes gebruik word	299
Figuur 6.14	Onderwerpe waaruit etiek bestaan	300
Figuur 6.15	Studiejaar waarin etiek onderrig word	302
Figuur 6.16	Tegnieke wat in onderrig van etiek gebruik word	303
Figuur 6.17	Assesseringstegnieke wat in onderrig van etiek gebruik word	304
Figuur 6.18	Studiejaar waarin etiese kodes onderrig word	307
Figuur 6.19	Tegnieke wat in onderrig van etiese kodes gebruik word	308
Figuur 6.20	Assesseringstegnieke toegepas by onderrig van etiese kodes	309
Figuur 6.21	Studiejaar waarin etiese dilemmas onderrig word	311
Figuur 6.22	Tegnieke wat in onderrig van etiese dilemmas gebruik word	311
Figuur 6.23	Assesseringstegnieke wat in die onderrig van etiese dilemmas gebruik word	312
Figuur 6.24	Studiejaar waarin etiese besluitneming onderrig word	314
Figuur 6.25	Tegnieke gebruik in die onderrig van etiese besluitneming	316
Figuur 6.26	Assesseringstegnieke wat in die onderrig van etiese besluit- neming gebruik word	317
Figuur 6.27	Studiejaar waarin wette en regulasies onderrig word	320
Figuur 6.28	Onderrigstegnieke wat by die onderrig van wette en regulasies gebruik word	321
Figuur 6.29	Assesseringstegnieke gebruik in die onderrig van wette en regulasies	323
Figuur 6.30	Studiejaar waarin pasiëntvoorspraak onderrig word	325
Figuur 6.31	Tegnieke gebruik by onderrig van pasiëntvoorspraak	326
Figuur 6.32	Assesseringstegnieke wat in die onderrig van pasiëntvoorspraak	

	gebruik word.....	327
Figuur 6.33	Verskillende diensgeloftes wat afgelê word.....	330
Figuur 6.34	Rol van tradisies in Verpleging	331
Figuur 6.35	Tegnieke toegepas ten einde professionele sosialisering te bevorder	333
Figuur 6.36	Voldoende positiewe rolmodelle in die praktyk.....	335
Figuur 6.37	Onderrig en opvolg van studente in die praktyk	337
Figuur 7.1	Raamwerk: proses van onderrig.....	343
Figuur 7.2	Vergestaltung van navorsingsverloop in die onderrigraamwerk	343b

LYS VAN TABELLE

Tabel 1.1	Navorsingsverloop.....	17
Tabel 1.2	Tydskeudule	39
Tabel 2.1	Navorsingsverloop.....	46
Tabel 2.2	Tipe vonnisse	59
Tabel 2.3	Aanklag, kategorie verpleegkundige en geslag	63
Tabel 2.4	Foute ten opsigte van medikasie begaan	69
Tabel 2.5	Foute ten opsigte van beraming of observasie begaan	71
Tabel 3.1	Navorsingsverloop.....	78
Tabel 3.2	Biografiese data	116
Tabel 4.1	Navorsingsverloop.....	170
Tabel 5.1	Navorsingsverloop.....	257
Tabel 6.1	Navorsingsverloop.....	271
Tabel 6.2	Getal onderriginstitusies gekontak	273
Tabel 6.3	Belangrike verpleegkundige waardes.....	293
Tabel 6.4	Tradisies in Verpleging	328

HOOFSTUK 1:

AGTERGROND EN PROBLEEMSTELLING

1.1 INLEIDING

Op internasionale vlak het Florence Nightingale 206 jaar gelede die mening gehuldig dat Verpleging nie 'n huishoudelike- of liefdadigheidsdiens is nie en dat verpleegkundiges onderrig moet word (Dolan, 1968:218; Chitty, 2001:53, 166; Ellis & Hartley, 2001:140). Sy stig in 1860 die eerste Skool vir Verpleegkunde en het studente vir toelating gekeur (Dolan, 1968:220; Ellis & Hartley, 2001:139). Hierdie onderrig was onder meer ingestel op die ontwikkeling van die individu, soos blyk uit die aanhaling: “..We cannot put into you what is not there. We want to bring out what is there..” (Dolan, 1968:218). Nightingale was van mening dat studente se gegewe talente ontwikkel kon word, maar dat daar nie talente aan studente gegee kan word waaroor hulle nie beskik nie. Met Nightingale se mening in ag geneem, het alle studente talente en behoort dit maksimaal ontwikkel te word. Dit moet egter in ag geneem word dat almal nie oor dieselfde talente beskik nie.

In Suid-Afrika was dit weer Henriëtta Stockdale wat meer as 'n eeu gelede, in 1883, formele Verplegingsonderrig geïnisieër en studente ook vir onderrig gekeur het (Searle, 1965:140; Searle, 2000:11). Behalwe dat studente in die teorie en praktyk van Verpleging onderrig was, het Henriëtta Stockdale ook klem op onderrig van etiese aspekte gelê en het self studente ten opsigte van professionele gedrag en morele waardes onderrig (Searle, 1965:143; Searle, 2000:11).

Die tipe onderrig van Henriëtta Stockdale het 'n positiewe basis vir Verplegingsonderrig in Suid-Afrika gelê en afgestudeerde studente het vleeiende verslae ontvang vir die wyse waarop hulle gefunksioneer het (Searle, 1965:172-173). Die funksionering van verpleegkundiges in daardie tyd was om onder meer, die geneesheer se voorskrifte asook tegniese prosedures uit te voer, waarneming van pasiënte en rekordering te doen (Searle, 1965:182).

Vandag word Verpleging in die algemeen as 'n professie erken (Björkstom, Johanssen & Athlin, 2006:503; Muller, 2002: 21; Chitty, 2001:153; Searle, 2000:88; Botes, 1999:64). Professionele verpleegkundiges moet outonoom, op wetenskaplike wyse, binne wetlike en etiese raamwerke en kultuurkongruent kan funksioneer (Reeves & Fogg, 2006: intyds; Brathwaite & Majumdar, 2006:471; Sargent, Sedlak & Martsof, 2005:intyds; Muller, 2002:14, 16; Canales & Bowers, 2001:103; Chitty, 2001:361; Serrant-Green, 2001:intyds; Searle, 2000:69; Mellish & Paton, 1999:120; Fagermoen, 1997:435). Daar word dus tans van professionele verpleegkundiges verwag om nie meer slegs voorskrifte van geneeshere en tegniese prosedures uit te voer, waarneming van pasiënte en rekordering te doen nie, maar dat hulle as onafhanklike praktisyns hulle professie moet beoefen en saam met die geneeshere, onder andere in 'n span kan funksioneer (SARV: Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele Verplegingsopleiding. 1991, soos gewysig; SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatrisie en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992, soos gewysig).

Studente in Verpleging word dus in die wetenskap en kuns van Verpleging, ander verwante wetenskappe asook in etiek en professionele praktyk onderrig (Björkstom, *et al.*, 2006:505; Davis, Tschudin & de Raeve, 2006:21; Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian & Chaowalit, 2005, intyds; Gastmans, 2002:intyds; Taft, 2000:intyds; Hussey, 1996:251). Die doel van Verplegingsonderrig, soos geformuleer deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) is dan ook

soos in die geval van Florence Nightingale, daarop gerig om die individu, dit wil sê die verpleegkundige, in totaliteit te ontwikkel (SARV. Die filosofie en beleid van die SARV ten opsigte van professionele Verplegingsopleiding. 1991 soos gewysig). Die vraag ontstaan of dit wel tans die geval is.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Nuwelinge wat tot Verpleging toetree, het hulle eie persepsies ten opsigte van die identiteit van Verpleging, soos wat dit behels en hoe verpleegkundiges moet optree (Thompson, Melia, Boyd & Horsburgh, 2006:72; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Takase, Maude & Manias, 2006:intyds; Jormsri, *et al.*, 2005, intyds; Süreyya, 2004:intyds). Hierdie persepsies is nie noodwendig in ooreenstemming met die ware identiteit van Verpleging nie (Grainger & Bolan, 2006:intyds) en daarom moet studente onderrig word sodat hulle die korrekte professionele identiteit kan internaliseer (Adams, Hean, Sturgis & Clark, 2006:56; Fagerberg & Kihlgren, 2001:137; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:725).

Wanneer studente as afgestudeerdes by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) vir registrasie as professionele verpleegkundiges aansoek doen, verklaar hulle daarmee dat hulle die verantwoordelikheid, waardes en norme van Verpleging onderskryf (Mellish & Paton, 1999:2). Dit impliseer dus dat hulle met aansoek om registrasie verklaar dat hulle die identiteit van Verpleging deel van hulle “self” gemaak het (Süreyya, 2004:intyds; Fagermoen, 1997:435) en bereid is om dit uit te leef.

Professionele identiteit word beskryf as self-identifikasie met ‘n professie, in dié geval Verpleging. Dit behels internalisering van kennis van Verpleegkunde, etiek, wetgewing, vaardigheid ten opsigte van praktika, aanvaarding van Verplegingsnorme en waardes asook kultuursensitiwiteit. Verpleegkundiges wat

‘n professionele identiteit ontwikkel, maak dit dus deel van hulle “self” (Adams, *et al.*, 2006:63; Sürreya, 2004:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds) en is aan Verpleging toegewyd. Die omgekeerde is ook waar, naamlik dat indien ‘n professionele identiteit nie ontwikkel en geïnternaliseer word nie, sulke persone nie aan Verpleging toegewyd sal wees of die waardes van Verpleging sal nakom nie. Sulke persone sal Verpleging slegs as die uitvoer van roetine prosedures sien (Ewens, 2003: 224; 226; Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

Self-identifikasie met ‘n professie behels meer as net teoretiese en praktiese kennis van die betrokke professie; dit behels ook die aanleer van die waardes en norme van die professie (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Davies, 2002:intyds; Gregg, & Magilvy, 2001:intyds; Mellish & Paton, 1999:107).

Die proses waardeur waardes en norme aangeleer word, verskil egter van hoe teoretiese kennis aangeleer word, aangesien waardes, norme en houdings die affektiewe domein van kennis raak. Indien onderrig ten opsigte van waardes, norme en houding dus slegs op teoretiese vlak gedoen word, sal studente nie ‘n professionele identiteit ontwikkel nie (Mogodi, Jooste & Botes, 2003:31, 35-36).

Die uitdaging wat dus aan lektreses gestel word, is om strategieë te ontwikkel om die ontwikkeling van professionele identiteit te bevorder, soos om byvoorbeeld interaktiewe onderrigmetodes te implementeer en studente doelgerig hieroor in praktyk te onderrig (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Sürreya, 2004:intyds; Davies, 2002:intyds).

Ontwikkeling van professionele identiteit verg blootstelling aan positiewe rolmodelle in die praktyk (Adams, *et al.*, 2006:57; Gregg, & Magilvy, 2001:intyds; Mellish & Paton, 1999:107; Fagerberg, 2004:284). Die ontwikkeling van ‘n professionele identiteit is nie gekoppel aan hoe lank ‘n studente in die praktyk geplaas is nie, maar aan blootstelling van spesifieke insidente of gebeure wat

voorkom (Gregg & Magilvy, 2001:intyds). Die vraag wat nou met reg gevra kan word, is of die huidige onderrig in die module Etos en Professionele Praktijk voldoende is om hierdie identiteit by studente te ontwikkel en te vestig.

Die effektiwiteit van ontwikkeling van professionele identiteit by studente word bevraagteken indien berigte van gedrag van verpleegkundiges soos in die media weerspieël, navorsing wat ten opsigte van professionele gedrag gedoen is, informele gesprekvoering met studente en waarneming van professionele gedrag van verpleegkundiges in die alledaagse praktyk, in ag geneem word.

So byvoorbeeld berig 'n plaaslike koerant dat verpleegkundiges na bewering 'n vrou, wat reeds in die tweede stadium van baring was, gedwing het om van een kamer na 'n ander te loop. Dit het tot gevolg gehad dat die baba op die grond geval en beseer is (van Wyk, S. 2005:2). 'n Berig in 'n nasionale koerant "Gesin lê bewyse op selfoon vas: Verpleegsusters dut terwyl vrou besig is om te sterf" (v Aardt, 2006:2) verwys na 'n foto waar dit duidelik is dat persone om 'n tafel op hulle arms lê en slaap. Dit was nie moontlik om te identifiseer of dit professionele verpleegkundiges of ander kategorie gesondheidsorgwerkers was wat by dié insident betrokke was nie. Genoemde voorbeelde weerspieël beslis nie die ideale professionele identiteit van Verpleging nie.

In 'n studie, gedoen onder finale jaar studente, is bevind dat negatiewe gedrag van professionele verpleegkundiges wat die studente in die praktyk waargeneem het, studente se selfvertroue om as professionele verpleegkundiges te moet praktiseer, benadeel het. Van die negatiewe gedrag wat gemeld is, was onder andere, dat die professionele verpleegkundiges 'n gebrek aan werksetiek het, nie oor 'n deernisvolle en empatiese houding teenoor die pasiënte beskik nie, 'n gebrek aan beroepstrots het, antagonisties en nie toeganklik vir die studente is nie (Carlson, Kotzé & van Rooyen, 2005:70-71).

Die navorser self het ook in die praktyk waargeneem dat die ideale identiteit van Verpleging selde sigbaar is. Voorbeelde hiervan is die slordige voorkoms van professionele verpleegkundiges, swak kommunikasie tussen professionele verpleegkundiges en pasiënte, verpleegsorg wat metodies en onpersoonlik uitgevoer word en oënskynlike gebrek aan belangstelling in pasiënte.

Aangesien onderrig van Etos en Professionele Praktyk met die vorming van professionalisme te doen het, is dit dus kardinaal in die ontwikkeling van professionele identiteit by studente (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatryse en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992, soos gewysig).

Verpleegkundiges behoort gedurende hulle opleiding 'n professionele identiteit te ontwikkel (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Davies, 2002:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Mellish & Paton, 1999:107). 'n Professionele identiteit sluit meer as teoretiese kennis van Verpleging, wette en etiek in. Dit raak die internalisering van waardes en norme van die samelewing, maar veral van Verpleging.

Die vraag is of die huidige **proses** van onderrig van Etos en Professionele Praktyk, dit wil sê, die inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke wat toegepas word, voldoende is om 'n professionele identiteit by studente te ontwikkel.

1.3 DOELSTELLING

Die doel van die studie is om 'n begrip te vorm van die aard van professionele praktyk en om die huidige proses van onderrig van Etos en Professionele Praktyk op nasionale vlak te beraam.

1.4 DOELWITTE

Die doelwitte van die studie is om:

- 1.4.1 die aard van onprofessionele gedrag (wanpraktyk) in Verpleging oor 'n gegewe tydperk (1996-2001) te identifiseer.
- 1.4.2 die persepsies van professionele verpleegkundiges ten opsigte van wat Professionele Praktyk is, te identifiseer.
- 1.4.3 die proses van onderrig van Professionele Praktyk, soos wat dit huidig in die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram toegepas word, te beraam.
- 1.4.4 'n Raamwerk vir die onderrig van Professionele Praktyk in die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram saam te stel.

1.5 KONSEPTUELE RAAMWERK

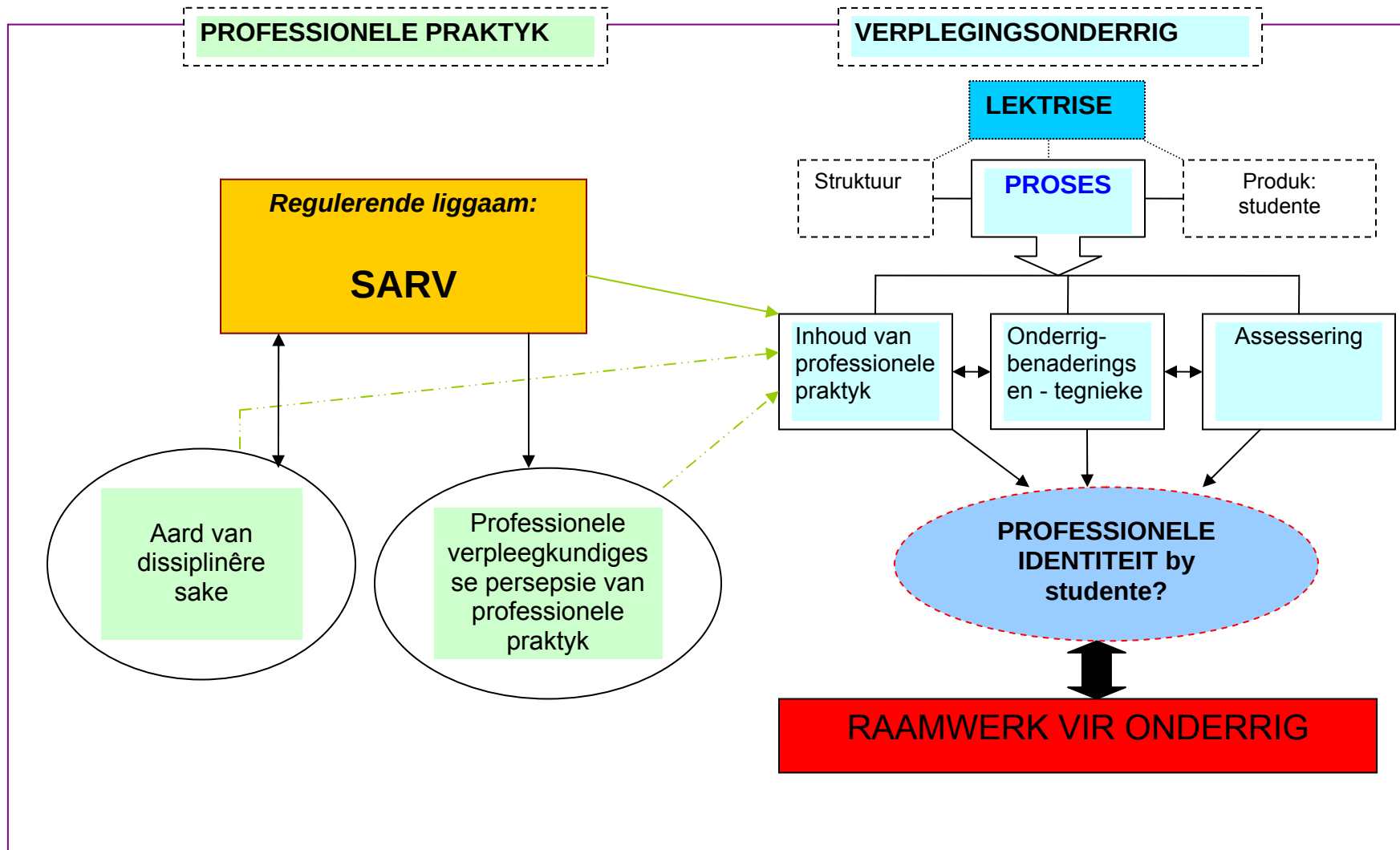
Die praktyk van professionele- sowel as sub-professionele verpleegkundiges in Suid-Afrika word deur die SARV gereguleer. Ten einde die gedrag van verpleegkundiges te rig, wanpraktyk te beperk en te voorkom, bepaal die SARV dat 'n module, Etos en Professionele Praktyk, in die kurrikulae van alle verpleegkundeprogramme ingesluit moet word.

Benewens hierdie basiese kennis wat tydens onderrig verkry word, word 'n professionele verpleegkundige se persepsie ten opsigte van Professionele Praktyk ook verder gevorm soos wat sy in die praktyk werk (Chitty, 2001:162; Davies, 2002:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

Onderrig van Professionele Praktyk moet met behulp van toepaslike onderrig-strategieë aan die student oorgedra word op so 'n wyse dat die student dit internaliseer en 'n professionele identiteit ontwikkel. Assessering van studente behoort op só 'n wyse plaas te vind dat onderrigpersoneel en die studente hul kan vergewis of 'n professionele identiteit ontwikkel het, of nie. Die

geïnternaliseerde professionele identiteit behoort in professionele gedrag te manifesteer. Indien die inhoud nie geïnternaliseer is nie, bestaan die moontlikheid dat die individu nie professioneel sal optree nie.

Die konseptuele raamwerk word in figuur 1.1 uitgebeeld.



FIGUUR 1.1: Konseptuele raamwerk

Figuur 1.1 toon aan dat die standaard vir Professionele Praktyk sowel as die onderrig daarvan deur die SARV daargestel word. Professionele verpleegkundiges moet hierdie standaard nakom en mekaar hierin ondersteun. Onprofessionele gedrag moet skriftelik by die SARV aangemeld word en hulle sal die klag ondersoek en deur middel van dissiplinêre verhore daarmee deel.

Die proses van Verplegingsonderrig, wat inhoudseleksie, onderrigbenaderings – tegnieke en assessering behels, behoort vorming van professionele identiteit, sowel as emosionele intelligensie, tot gevolg te hê (Adams, *et al.*, 2006:57; Clouder, 2003:intyds; Davies, 2002:intyds; Cadman & Brewer, 2001: intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721; Fagermoen, 1997:434).

Tans word onderrig van studente in Etos en Professionele Praktyk nie geïndividualiseer nie. Die inhoud, onderrigbenadering, -tegnieke en assessering word deur die lektrises, of groep lektrises daargestel en die studente word daarvolgens onderrig. Die vraag ontstaan of hierdie proses die vorming van professionele identiteit bevorder, of nie.

‘n Raamwerk wat die proses van onderrig van Professionele Praktyk rig, kan moontlik die ontwikkeling van professionele identiteit bevorder.

1.6 KONSEPTE

1.6.1 Onderrig: Quinn (2001:178) beskryf professionele onderrig as ‘n doelbewuste onderneming om leer te fasiliteer. Dié onderneming word gekenmerk deur beplande, doelbewuste tussentredes terwyl ruimte gelaat word vir leer wat toevallig plaasvind. Mellish, Brink & Paton (2001:7) beskryf onderrig weer as ‘n proses waardeur studente begelei, bygestaan en voorsien word van dit wat hulle in staat sal stel om die wetenskap en kuns van Verpleging so te bemeester dat hulle dit kan toepas.

Onderrig kan dus gesien word as 'n proses of onderneming tussen twee partye (lektrises en studente) waar leer ten opsigte van die wetenskap en kuns van Verpleging deur doelbewuste tussentrede bevorder word.

- 1.6.2 Onderrigtegnieke: Onderrigtegnieke is die verskillende metodes wat in die onderrigbenadering gevolg word ten einde leer te laat plaasvind. Die volgende is voorbeelde van onderrigtegnieke:

Gee van lesings, doen van demonstrasies, uitvoer van projekte, hou van groepbesprekings, doen van gevallestudies, voltooiing van werkboeke, hou van seminare en simposia, rolspel en geprogrammeerde leer (Mellish, *et al.*, 2001:101-136; Quinn, 2001:337-392).

- 1.6.3 Onderrigbenaderings: Die kognitiewe denke oor die wyse waarop leer en onderrig plaasvind kan as 'n onderrig (leer) benadering beskryf word. Daar bestaan verskillende leerbenaderings soos onder andere, 'n behaviouristiese-, ervarings- (eksperiënsiële leer), reflektiewe-, probleemgebaseerde, gemeenskapsgebaseerde en koöperatiewe leerbenaderings (Mellish, *et al.*, 2001:98; Quinn, 2001:62).

- 1.6.4 Assessering: Mellish *et al.* (2001:222) wys daarop dat sommige outeurs evaluering en assessering as sinonieme gebruik, maar dat ander outeurs dit verskillend definieer. Volgens Quinn (2001:201) is assessering 'n metingsproses waar daar nie 'n numeriese waarde aan die inligting gekoppel word nie, maar 'n geldige, sistematiese beoordeling van byvoorbeeld, gedrag, deur middel van 'n kontrolelys, gedoen word. Vasuthevan & Viljoen (2003:73) beskryf assessering van leer as 'n proses waardeur inligting ten opsigte van die proses en kwaliteit van leer sistematies versamel word ten einde 'n geldige beoordeling van die leerproses te kan maak.

Assessering moet 'n integrale deel van onderrig uitmaak en nie slegs as 'n einddoel gesien word nie (Quinn, 2001:200-201).

Assessering word dus beskryf as 'n sistematiese proses waardeur inligting, rakende 'n persoon se vordering en kwaliteit van kennis, gedrag, vaardighede en houding op geldige wyse bekom en teen vooraf gestelde uitkomst, gemeet word. Ten opsigte van Professionele Praktyk sal assessering dus 'n waardebeoordeling van die kennis en vaardighede van 'n student, sowel as vordering in die proses van vorming van 'n professionele identiteit beteken.

- 1.6.5 Onderrigraamwerk: 'n Raamwerk is 'n plan of omlýning van iets konkreet of abstrak (Odendal & Gouws, 2005:906).

'n Onderrigraamwerk is 'n uiteensetting van voorgestelde onderrig-benadering(s), -tegnieke, inhoud en assesseringswyse van 'n gegewe module, in dié geval, die module Professionele Praktyk.

- 1.6.6 Professionele Praktyk: Gastmans (2002:intyds) beskryf professionele praktyk as die totaliteit van houding en vaardighede van 'n verpleegkundige wat in 'n deernisvolle ("caring") sorgverhouding met 'n medemens (pasiënt) toegepas word ten einde die medemens van goeie sorg te voorsien. In Verpleging verwys Professionele Praktyk na die onafhanklike uitvoering of beoefening van Verpleging deur professionele verpleegkundiges op 'n gegewe standaard wat deur die professie en samelewing aanvaarbaar is (Searle, 2000:134).

Professionele praktyk verwys dus na die onafhanklike beoefening van verpleegkundige kennis en vaardighede op 'n gegewe standaard, wat in 'n deernisvolle ("caring") sorgverhouding met 'n medemens op sò 'n wyse (eerlik, eties, verantwoordelik) plaasvind dat die medemens bevoordeel word.

- 1.6.7 Professionele identiteit: Dit is die self-identifikasie met 'n professie waarin die waardes en norme van die professie deur 'n persoon geïnternaliseer word (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Davies, 2002:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Mellish & Paton, 1999:107).
- 1.6.8 Emosionele intelligensie: Emosionele intelligensie bestaan uit selfbewuswording, -regulering en motivering. Dit behels ook kommunikasievermoëns, vermoë om empaties op ander se behoeftes te reageer en effektiewe konflikthantering (Freshwater & Stickley, 2004: intyds; Cadman & Brewer, 2001: intyds; Bellack, 1999:3-4).
- 1.6.9 Professionele verpleegkundige/professionele praktisyn: 'n Professionele verpleegkundige is 'n persoon wat by die SARV geregistreer is en ¹haar voorgeskrewe beroep teen vergoeding beoefen (Searle, 2000:5). In hierdie studie verwys die term na beide 'n professionele verpleegkundige en/of verloskundige, tensy anders beskryf word.
- 1.6.10 Professionele regulering: Dit is die bevoegdheid van 'n professie om, in belang van diens aan die samelewing, die standaard van praktyk van die lede asook verwante professioneel-etiese sake, toepaslik te kan beheer en/of rig (Muller, 2002:37; Searle, 2000:6).
- 1.6.11 Onprofessionele gedrag/wanpraktyk: Dit kom voor wanneer 'n professionele persoon die norme en waardes van 'n professie oortree. Dit sluit die oortreding van siviele wette of regulasies, asook oortreding van professionele wette of regulasies, in (Chitty, 2001:513).
- 1.6.12 Studentverpleegkundige: 'n Student is 'n persoon wat vir 'n spesifieke onderrigprogram ingeskryf is (Quinn, 2001:413). 'n Studentverpleegkundige is

¹ Daar word in die studie deurgaans na die vroulike vorm van geslag verwys, maar die inligting het betrekking op beide geslagte, tensy anders aangedui.

‘n persoon wat vir ‘n Verpleegkundige onderrigprogram voorbeeld, vir die B. Soc. Sc. (Verpleegkunde) Program aan die Universiteit van die Vrystaat, ingeskryf is.

- 1.6.13 Dissiplinêre sake: Wanneer daar ‘n skriftelike klag ten opsigte van oortreding van Professionele Praktyk by die SARV aanhangig gemaak word, word sodanige saak voorlopig ondersoek ten einde die grondigheid daarvan vas te stel. Indien die klag grondig gevind word, word die oortreding as ‘n hofsak deur die SARV ondersoek en word daarna in die algemeen verwys as ‘n dissiplinêre saak. Die verloop van só ‘n saak word verbatim gerekordeer (Searle, 2000:334-340).

1.7 OPERASIONELE DEFINISIES

- 1.7.1 Module: ‘n Module is ‘n leereenheid wat ontwerp is om spesifieke leeruitkomst te bereik. In die Nasionale Kwalifikasie Raamwerk, het ‘n module ‘n standaardgrootte, ‘n gewigstoekenning en ‘n spesifieke vlak in ‘n program (Universiteit van die Vrystaat Jaarboek. 2004/5).
- 1.7.2 Etos en Professionele Praktyk: Die module waarin die leerinhoud rakende die aard van Verpleging en die optrede van ‘n professionele verpleegkundige vervat is, is bekend as Etos en Professionele Praktyk. Aangesien daar in hierdie studie op Professionele Praktyk gefokus word, sal daar na die module as [Etos en] Professionele Praktyk verwys word.
- 1.7.3 Proses van onderrig: Dit verwys na die onderrigbenaderings en – tegnieke, inhoudseleksie asook assessering wat gevolg word. Dit sluit die omgewing waarin onderrig gedoen word, asook deurvloei van studente uit (Mellish, *et al.*, 2001:126).

- 1.7.4 Verpleging: In hierdie studie verwys die woord Verpleging na beide Verpleegkunde en Verloskunde, tensy anders beskryf word.
- 1.7.5 Lektrise: Dit verwys na enige professionele verpleegkundige wat by teoretiese en/of praktiese onderrig aan 'n universiteit betrokke is.
- 1.7.6 Dosent: Dit verwys na enige professionele verpleegkundige wat by teoretiese en/of praktiese onderrig aan 'n Verplegingskollege betrokke is.

1.8 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsing sal verkennend, beskrywend en verklarend wees. Dit is verkennend omdat die volle omvang van 'n fenomeen, naamlik Professionele Praktijk ondersoek en beskryf word (Polit & Beck, 2004:20).

Met beskrywende navorsing word meer inligting insake 'n spesifieke verskynsel of fenomeen ingewin, sodat daar 'n beter geheelbeeld van verkry kan word. Die onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk word ondersoek sodat 'n beter geheelbeeld daarvan verkry (Polit & Beck, 2004:192; Cherry, 2002: 11-13; Burns & Grove, 2005:232) en 'n onderrigraamwerk daarvoor opgestel kan word.

Die navorsing is ook verklarend van aard omdat nie net die inhoud van [Etos en] Professionele Praktijk ondersoek word nie, maar ook die effek daarvan soos in byvoorbeeld die voorkoms van dissiplinêre sake en die moontlike rol wat onderrig kan speel, ondersoek word (Polit & Beck, 2004:20).

Daar sal van beide kwantitatiewe- en kwalitatiewe tegnieke gebruik gemaak word. Kwantitatiewe tegnieke sluit die gebruik van 'n data-insamelingsinstrument sowel as telefoononderhoude aan die hand van 'n onderhoudskedule in. Die kwalitatiewe tegniek wat gebruik gaan word is die doen van fokusgroeponderhoude. Daar sal dus triangulasie van tegnieke plaasvind.

Triangulasie word gedefinieer as die kombinasie van twee of meer teorieë, databronne, tegnieke, of ontledingsmetodes, wat in een studie of ondersoek gebruik word (Polit & Beck, 2004:431; Aldridge & Levine, 2001:59; Burns & Grove, 2005:224239, Denzin, 1989 in Shih, 1998:632). In hierdie studie sal verskillende tegnieke, naamlik 'n opname van data aan die hand van 'n data-insamelingsinstrument, fokusgroeponderhoude en telefoniese onderhoude aan die hand van 'n onderhoudskedule, gekombineer word om dieselfde onderwerp, Professionele Praktyk, te ondersoek en te beskryf. Verskillende databronne sal ook gebruik word om inligting oor Professionele Praktyk te bekom, naamlik verbatim dokumente, respondente en literatuur. Triangulasie van bronne sal dus ook plaasvind.

1.9 NAVORSINGSVERLOOP

Ten einde die doelwitte te kan bereik, sal die studie in 3 fases afgehandel word. Die fases, verloop asook die hoofstukke van die studie word in tabel 1.1 uiteengesit:

TABEL 1.1: Navorsingsverloop

FASE	STAP	SUB-STAP	AKSIE	DOELWIT	HOOFSTUK EN BLADSY
I	DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”				
	1	Ontleding van onprofessionele gedrag soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het			
		1.1	Saamstel van ‘n data-insamelingsinstrument	Om inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag te bekom	Hoofstuk 2 BI 42 - 76
		1.2	Data-insameling deur middel van ‘n data-insamelings-instrument	Om die aard van onprofessionele gedrag, soos wat dit oor ‘n tydperk van 6 jaar voorgekom het, te identifiseer en te beskryf	
		1.3	Literatuurkontrole	Om inligting oor die SARV te bekom en om die verkreeë inligting oor onprofessionele gedrag, te verifieer	
	2	Persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk			
		2.1	Doen van fokusgroep-onderhoude	Ten einde die persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	Hoofstuk 3 BI 77 - 168
		2.2	Literatuurkontrole	Ten einde die inligting bekom deur middel van die fokusgroeponderhoude, te verifieer en te vergelyk	
II	HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK				
	3	Literatuuranalise	Om inligting oor onderrigbenaderings, -tegnieke, inhoud en – assessering te bekom	Hoofstuk 4 BI 169 - 255	
	4	Saamstel van ‘n onderhoud-skedule	Om data tydens telefoniese onderhoude in te samel	Hoofstuk 5 BI 256 - 269	
	5	Telefoniese onderhoude	Om inligting ten opsigte van huidige onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te bekom en te beskryf		
	6	Resultate	Om die huidige inhoud, onderrig- en assesserings tegnieke van [Etos en] Professionele Praktyk te beskryf	Hoofstuk 6 BI 270 - 339	
III	‘N RAAMWERK VIR DIE ONDERRIG VAN PROFESSIONELE PRAKTYK				
	7	Saamstel van ‘n raamwerk vir die onderrig van Professionele Praktyk	Om as riglyn vir onderrig van Professionele praktyk te gebruik	Hoofstuk 7 BI 340 - 358	

In Fase I, stappe 1 en 2 sal gepoog word om 'n begrip van die konsep Professionele Praktijk te bekom. In Fase II sal inligting rakende die huidige onderrig van Professionele Praktijk bekom word en in Fase III sal 'n raamwerk vir die onderrig van Professionele Praktijk saamgestel word.

1.10 NAVORSINGSTEGNIEKE

In hierdie studie sal daar van 'n verskeidenheid van navorsingstegnieke, naamlik literatuurkontroles, literatuuranalise, 'n data-insamelings-instrument, fokusgroep-onderhoude en telefoniese onderhoude gebruik gemaak word. Hierdie verskillende fases, stappe en tegnieke wat vir die bereiking van die doelwitte gebruik gaan word, sal vervolgens bespreek word.

FASE I: DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”

Ten einde die konsep Professionele Praktijk (professionele gedrag) te begryp, sal daar eerstens 'n opname van inligting oor onprofessionele gedrag, soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het, gedoen word (*FASE I, Stap 1*). Tweedens sal die persepsie van professionele verpleegkundiges, ten opsigte van wat Professionele Praktijk uitmaak, bekom word (*FASE I, Stap 2*).

1.10.1 FASE I, stap 1 (substappe 1.1-1.2): opname van onprofessionele gedrag (vir volledige beskrywing, vergelyk bl 42-76).

'n Opname van die beskikbare inligting in dissiplinêre sake, gedien by die SARV gedurende 1996-2001, sal aan die hand van 'n data-insamelingsinstrument gedoen word (vergelyk bylae B). Dié data-insamelingsinstrument sal opgestel word nadat 5 dissiplinêre sake, wat voor 1996 gedien het, deurgewerk is. Die doel van die data-insamelingsinstrument is om vas te stel wat die aard van onprofessionele gedrag, of wanpraktijk in Verpleging is om sodoende 'n beter begrip van wat Professionele Praktijk is, te kan vorm.

1.10.2 FASE I, stap 1 (substap 1.3): Literatuurkontrole

‘n Literatuurkontrole ten opsigte van professionele regulering, onprofessionele gedrag en dissiplinêre sake sal gedoen word ten einde data, bekom deur middel van die data-insamelingsinstrument, te verifieer.

1.10.3 FASE I, stap 2 (substap 2.1) Fokusgroeponderhoude *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77-168).*

Fokusgroeponderhoude sal gedoen word ten einde die persepsie van professionele verpleegkundiges ten opsigte van Professionele Praktyk te kan beskryf. Data so bekom, tesame met inligting bekom vanuit die ontleding van dissiplinêre sake sowel as literatuurkontroles, sal gebruik word om ‘n onderhoud-skedule vir die uiteindelijke data-insameling daar te stel. Drie (3) fokusgroeponderhoude sal gedoen word. Een fokusgroeponderhoud sal met professionele verpleegkundiges, met range van Professionele- en Senior Verpleegkundige, gedoen word. Hierdeur sal die persepsie van die professionele verpleegkundiges op voetsoolvlak bekom word. ‘n Tweede fokusgroep sal met professionele verpleegkundiges in Eenheidsbestuurderrange gehou word, waardeur die persepsie van verpleegkundiges met ‘n bestuursagtergrond bekom sal word. ‘n Derde fokusgroeponderhoud sal met professionele verpleegkundiges, betrokke by verplegingsonderrig in Suid-Afrika, gehou word ten einde onderrigkundiges se persepsie van Professionele Praktyk te bekom.

1.10.4 FASE I, stap 2 (substap 2.2) Literatuurkontrole

‘n Literatuurkontrole van resente bronne sal ten opsigte van die onderwerp Professionele Praktyk, na afloop van die fokusgroeponderhoude gedoen word ten einde die inligting bekom, te verifieer.

Nadat *FASE I, stappe 1 en 2* afgehandel is, sal die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk, soos wat dit tans plaasvind, ondersoek word (*FASE II, stappe 3-6*).

FASE II: DIE HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

1.10.5 FASE II, stap 3: Literatuuranalise:onderrig *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 169-255).*

‘n Literatuuranalise sal ten opsigte van onderrigbenaderings, -tegnieke, inhoud en assessering gedoen word. Resente bronne sal geraadpleeg word. Die inligting sal gebruik word om ‘n onderhoudskedule vir die telefoniese onderhoude saam te stel.

1.10.6 FASE II, stap 4 en 5: Telefoniese onderhoude *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 256-269).*

Nadat stappe 1-3 suksesvol afgehandel is, sal ‘n onderhoudskedule (vergelyk bylae I, J) met behulp van die ingesamelde data saamgestel word. Dié skedule sal tydens telefoniese onderhoude vir data-insameling rakende die huidige proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik word.

Telefoniese onderhoude sal met professionele verpleegkundiges, werksaam by Verpleegonderriginstansies in Suid-Afrika, gevoer word. Die doel hiervan is om die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk, soos wat dit tans by verskillende Verpleegonderriginstansies op nasionale vlak gedoen word, te beraam. Die voer van telefoniese onderhoude hou die voordeel in dat dit, onder andere, ‘n hoë responsgetal verseker (De Vos, 1998:154). Floyd & Fowler (2002:66) beweer egter dat daar baie min verskil tussen die responsgetal verkry deur middel van persoonlike onderhoude en dié verkry deur middel van telefoniese onderhoude is. Dit is dus koste-effektief om telefoniese onderhoude met ‘n beraamde hoë responskoers as metode van data-insameling te gebruik. Daar sal in dié studie gepoog word om die onderrigpersoneel van al die tersiêre Verpleegonderriginstansies, wat by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke is, te betrek.

1.11 POPULASIE EN STEEKPROEF

Populasie verwys na al die elemente van 'n gegewe domein (Polit & Beck, 2004:289), wat aan die insluitingskriteria voldoen (Burns & Grove, 2005:342), terwyl steekproef na 'n geselekteerde gedeelte van die populasie verwys (Polit & Beck, 2004:291; Burns & Grove, 2005:342). Die populasie en steekproef soos van toepassing by elke navorsingstegniek sal vervolgens beskryf word.

FASE I: DIE BEGRIP "PROFESSIONELE PRAKTYK"

1.11.1 *FASE I, stap 1 (substap 1.2): opname van onprofessionele gedrag (vir volledige beskrywing, vergelyk bl 42 - 76).*

Populasie: In die opname van inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag, soos wat dit voorgekom het in dissiplinêre sake, sal alle dissiplinêre sake wat by die SARV gedien het, die populasie uitmaak.

Steekproef: Die steekproef sal deur middel van 'n doelgerigte seleksie gedoen word. 'n Doelgerigte seleksie word gedoen wanneer sekere elemente uit die populasie doelbewus in die steekproef opgeneem word (Polit & Beck, 2004:294; Burns & Grove, 2005:352). Die steekproefseleksie sal doelgerig wees aangesien alle beskikbare, volledige verbatim verslae van dissiplinêre sake wat gedurende die tydperk 1996-2001 by die SARV gedien het, as steekproef geneem gaan word.

Met navraag van die navorser aan die SARV het dit geblyk dat die meeste volledige, verbatim verslae van dissiplinêre sake, oor hierdie tydperk beskikbaar is en daarom is daar op hierdie tydperk besluit.

Enige dokument wat nie volledig ten opsigte van bladsye of volumes is nie, sal by die studie uitgesluit word. Die rede hiervoor is dat alle inligting nie uit onvolledige dokumente bekom kan word nie.

1.11.2 FASE I, stap 2 (substap 2.1) Fokusgroeponderhoude (vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77 - 168.)

Drie (3) fokusgroeponderhoude sal gevoer word. Twee sal met plaaslike professionele verpleegkundiges werksaam in die kliniese praktyk en een met professionele verpleegkundiges, betrokke by Verplegingsonderrig op nasionale vlak, gevoer word. Die populasies en steekproewe van die fokusgroepe sal dus van mekaar verskil.

Populasie:

Fokusgroepe 1 en 2: Alle geregistreerde verpleegkundiges werksaam in hospitale in Bloemfontein, sal die populasie uitmaak.

Fokusgroep 3: Alle geregistreerde verpleegkundiges wat die “Forum for University Nursing Departments in South Africa” (FUNDISA)-vergadering in Mei 2003 bywoon, vorm die populasie. Aanvanklik was die forum slegs vir verpleegkundiges verbonde aan universiteite, maar verpleegkundiges van Verplegingskolleges woon dit ook nou by.

Steekproef:

Fokusgroepe 1 en 2 (seleksie van die hospitale vir insluiting):

Daar is plaaslik drie (3) Staats- en twee (2) Privaathospitale. Een van die Staatshospitale sal vir die verkenningsgesprek (loodsstudie) gebruik word, terwyl die grootste van die oorblywende twee hospitale gebruik sal word om fokusgroep-deelnemers by te werf. ‘n Doelgerigte seleksie sal dus in dié geval gedoen word.

Ten opsigte van die Privaathospitale, sal ‘n gerieflikheidseleksie gedoen word omdat die navorser met een van die Eenheidsbestuurders bekend is en haar as aanvanklike kontakpunt kan gebruik om persone vir die fokusgroep te werf (Polit & Beck, 2004:292).

Fokusgroep 1 en 2: (Seleksie van die deelnemers)

Professionele Verpleegkundiges uit die plaaslike privaat- en Staatshospitale sal op ‘n eenvoudige ewekansige wyse geselekteer word.

Verkiesing van 'n groep deur middel van ewekansige trekking verminder die kans op partydigheid (Polit & Beck, 2004:296; Krueger & Casey, 2000:83) en dit behoort dus tot voordeel van die studie te wees om 'n ewekansige seleksie te doen.

Vir fokusgroep 1 sal die navorser die eenheidsbestuurder wat aan haar bekend is en wie positief teenoor navorsing is, kontak. Die doel en proses van die fokusgroeponderhoud sal aan haar verduidelik word en sy sal gevra word om 'n naamlys van verpleegkundiges wat 3 jaar of langer praktiseer en wie moontlik aan die fokusgroep sou wou deelneem te voorsien. Hierdie persone se name sal in 'n houer geplaas word en 6 (ses) name sal getrek word. Dié 6 (ses) persone sal dan individueel om insluiting in die studie genader word (vergelyk bylae C). Die doel en verloop van die fokusgroeponderhoud sal aan hulle verduidelik word sodat hulle 'n ingeligte besluit ten opsigte van deelname kan maak. Indien een nie kan deelneem nie, of nie bereikbaar is nie, sal 'n ander naam uit die houer getrek word en so sal daar voortgegaan word totdat 'n minimum van 6 (ses) persone inwillig om aan die studie deel te neem.

Vir fokusgroep 2 sal die Assistent-direkteur van die betrokke Staatshospitaal gekontak en gevra word om 'n lys van name van persone wat 3 jaar of langer praktiseer en wie moontlik aan die fokusgroep sou wou deelneem, te voorsien (vergelyk bylae D). Die persone sal dan soos, in geval van fokusgroep 1, om deelname genader word totdat 6 (ses) persone hulself vir deelname beskikbaar stel.

Fokusgroep 3: 'n Gerieflikheid steekproef-seleksie sal gebruik word om die persone vir dié fokusgroeponderhoud te selekteer uit 'n groep verpleegkundiges wat vir 'n FUNDISA-vergadering byeen sal wees.

Alhoewel 'n gerieflikheid steekproef -seleksie die nadeel het dat dit moontlik sou wees om deelnemers op partydige wyse te selekteer (Polit & Beck, 2004:295; Burns & Grove, 2005:352) skryf laasgenoemde outeurs dat sodanige partydigheid, in geval van fokusgroeponderhoude nie noodwendig van 'n ernstige aard is nie (Burns & Grove, 2005:352).

‘n Naamlys van persone wat die FUNDISA-vergadering gaan bywoon, sal vanaf die sekretariaat bekom word. Persone sal dan op die lys af gekontak word, die doel en proses van die fokusgroeponderhoud sal verduidelik word en persone sal om deelname gevra word. Indien ‘n persoon nie beskikbaar is nie of nie wil deelneem nie, sal die volgende persoon op die lys gekontak word totdat daar ‘n minimum van 6 (ses) persone tot deelname toegestem het.

FASE II: DIE HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

1.11.3 FASE II, stap 5: Telefoniese onderhoude (*vir volledige beskrywing, vergelyk bl 256 - 269*).

Populasie: Al die onderrigpersoneel, verbonde aan Verpleegonderriginstansies in Suid-Afrika, wat by die onderrig of fasilitering van die module [Etos en] Professionele Praktyk, in die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram, betrokke is, sal die populasie uitmaak. Waar [Etos en] Professionele Praktyk geïntegreerd aangebied word, sal die onderrigpersoneel, wat na die mening van die Hoof van die instansie **die meeste** daarby betrokke is, deel van die populasie uitmaak.

Steekproef: ‘n Lys van Verpleegonderriginstansies is vanaf die SARV bekom. Volgens die lys blyk dit dat daar 44 Verpleegonderriginstansies is wat die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram aanbied. ‘n Aanname word gemaak dat daar minstens een (1) persoon by elke instansie by die onderrig van Etos en Professionele Praktyk betrokke sal wees. Na oorlegpleging met ‘n biostatikus, is besluit dat, omdat die populasie klein is, een persoon by elke onderriginstansie om deelname genader sal word. Daar sal dus nie ‘n steekproeftrekking gedoen word nie en alle instansies sal om deelname aan die studie genader word.

1.12 LOODSSTUDIE

'n Loodsstudie word in die algemeen beskryf as 'n kleiner weergawe van die voorgestelde studie wat uitgevoer word, ten einde verskillende stappe in die navorsingsproses te verfyn (Polit & Beck, 2004:196, 727; Burns & Grove, 2001:50; de Vos, 1998:179).

Die doel vir die uitvoer van 'n loodsstudie is veelvuldig. Volgens Polit en Beck (2004:196) sowel as Burns en Grove (2001:50) kan dit onder andere, gebruik word om die geldigheid en betroubaarheid van 'n instrument uit te toets, om data-insamelingsinstrumente te ontwerp of uit te toets, die data-insamelingsinstrumente te verfyn en ook om die navorser die ervaring te bied om met die proefpersone, navorsingsopset en -instrumente te werk. Drie loodsstudies sal onderskeidelik in die verskillende fases van die studie, uitgevoer word.

FASE I: DIE BEGRIP "PROFESSIONELE PRAKTYK"

1.12.1 FASE I, stap 1 (substappe 1.1-1.2): opname van onprofessionele gedrag *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 42 - 76).*

Die data-insamelingsinstrument, tesame met die verbatim verslae wat vooraf deurgegaan is, sal aan 'n kenner op die gebied van navorsing voorgelê word, sodat geverifieer kan word of die maksimum inligting bekombaar, in die data-insamelingsinstrument opgeneem is. Hierna sal die navorser een van die verbatim verslae se inligting op die instrument inskryf om vas te stel of dit voldoende en maklik voltooibaar is. Dit sal dien as loodsstudie om die geldigheid en betroubaarheid van die data-insamelingsinstrument te verhoog.

1.12.2 FASE I, stap 2 (substap 2.1) Fokusgroeponderhoude *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77 - 168).*

'n Verkenningsonderhoud sal met een groep van 6 (ses) geregistreerde verpleegkundiges, verbonde aan die plaaslike tersiêre hospitaal gedoen word. Die doel

hiervan sal wees om vas te stel of die navorsingvraag duidelik en verstaanbaar genoeg gestel is, sodat die verwagte response ontlok en die data wat benodig word, verkry kan word. Die vraag wat getoets sal word is:

“Vertel asseblief waaraan u alles dink as u die woorde professionele praktyk, of professionele praktykvoering hoor.”

Indien die vraag nie genoegsame relevante response ontlok nie, sal dit herformuleer word totdat die vraag die verwagte response ontlok. Die inligting bekom deur hierdie fokusgroeponderhoud sal nie in die studie opgeneem word nie.

FASE II: DIE HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

1.12.3 FASE II, stap 4 en 5: Telefoniese onderhoude *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 256 - 269).*

‘n Loodsstudie sal ten opsigte van die telefoniese onderhoude gedoen word ten einde te verseker dat die vrae duidelik en ondubbelsinnig gestel is en om vas te stel of die opname duidelik op band opgeneem kan word. Die tydsduur van die onderhoud sal ook beraam kan word.

Dié loodsstudie sal gedoen word deur drie telefoniese onderhoude met onderrigpersoneel wat Etos en Professionele praktyk by die plaaslike Universiteit en Verpleegkunde Kollege onderrig, te voer. Daar is op drie telefoniese onderhoude besluit, omdat daar een persoon by die plaaslike Universiteit se Skool vir Verpleegkunde en twee persone by die plaaslike Verpleegkunde Kollege (Free State School of Nursing) by die onderrig van Etos en Professionele praktyk betrokke is.

Die Skool vir Verpleegkunde aan die Universiteit van die Vrystaat tree as moderatorinstansie vir die Free State School of Nursing op. Dit is dus moontlik dat die

denkwyses van die twee skole ten opsigte van Professionele Praktyk, as gevolg van die moderering, min of meer dieselfde kan wees. Dit is daarom dat besluit is om die plaaslike onderrigpersoneel vir deelname tot die loodsstudie te nader en nie die inligting wat met die loodsstudie ingesamel word, by die uiteindelijke data te voeg nie.

1.13 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

'n Meetinstrument is geldig wanneer dit in 'n hoë mate daarin slaag om die spesifieke element waarvoor dit ontwerp is, te evalueer (Polit & Beck, 2004:422; Burns & Grove, 2001:399).

Die betroubaarheid van 'n instrument het weer te doen met metingsakkuraatheid daarvan (Polit & Beck, 2004:416; Burns & Grove, 2001:395-396). Geldigheid en betroubaarheid ten opsigte van elke navorsingstegniek sal vervolgens stapsgewys bespreek word.

FASE I: DIE BEGRIP "PROFESSIONELE PRAKTYK"

1.13.1 FASE I, stap 1 (substappe 1.1-1.2): opname van onprofessionele gedrag *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 42 - 76).*

Geldigheid: Die data-insamelingsinstrument is nie 'n meetinstrument as sulks nie, maar 'n lys waarvolgens die data van die verbatim verslae van dissiplinêre sake, sistematies neergeskryf sal word. Die data-insamelingsinstrument sal opgestel word nadat die navorser vyf verbatim verslae van dissiplinêre sake, wat voor 1996 gedien het, deurgewerk het. Dit, tesame met 'n literatuurstudie, sal die navorser in staat stel om te bepaal wat die aard van en hoeveel inligting uit 'n dokument bekom sal kan word. Die data-insamelingsinstrument, tesame met die 5 (vyf) verbatim verslae van dissiplinêre sake, sal daarna aan 'n onafhanklike navorser voorgelê word, ten einde te verseker dat die maksimum inligting wat moontlik uit so 'n verslag bekombaar is, in die instrument opgeneem is. Op dié wyse sal geldigheid bevorder word.

Betroubaarheid: Die data-insamelingsinstrument meet nie een spesifieke veranderlike nie, maar is ontwerp om die meeste inligting moontlik, vanuit 'n verbatim verslag van 'n dissiplinêre verhoor, op sistematiese wyse te kan bekom. Die navorser sal self al die verbatim verslae van die dissiplinêre sake deurgaans en die inligting aanteken. Vir kontrolering van inligting sal 'n tweede persoon tegelykertyd 'n addisionele lys byhou waarop van die data uit dieselfde dokument, ook aangeteken word. Die twee lysies sal na afloop van 'n dag se insameling vergelyk word. Indien daar kontradiksie voorkom, sal dit die volgende dag opgevolg en uitgeklaar kan word. Op dié wyse word betroubaarheid bevorder.

1.13.2 FASE I, stap 2 (substap 2.1) Fokusgroeponderhoude (*vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77 – 168*).

Volgens Creswell (1998:197) bestaan daar nie net een enkele metode of maatregel waarvolgens geldigheid en betroubaarheid, soos in geval van kwantitatiewe studies, in kwalitatiewe navorsing verseker kan word nie. In plaas van “geldigheid” en “betroubaarheid” word, in kwalitatiewe navorsing, eerder aandag gegee aan aspekte soos *geloofwaardigheid, sowel as interne en eksterne geldigheid* (Cresswell, 1998:197-198). 'n Volledige beskrywing hiervan volg op bl 99 – 102.

'n Literatuurkontrole sal ook na afloop van die fokusgroeponderhoude uitgevoer word, sodat die verkreeë inligting geverifieer en met beskikbare inligting vergelyk kan word. Resente bronne, asook elektroniese databasisse sal gebruik word om inligting vir die literatuurkontrole te bekom.

FASE II: DIE HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

1.13.3 FASE II, stap 4 en 5: Telefoniese onderhoude (*vir volledige beskrywing, vergelyk bl 256 - 269*).

Geldigheid: Die onderstaande stappe sal geïmplementeer word ten einde die geldigheid van die onderhoudskedule te verhoog, naamlik dat die onderhoud-skedule eers opgestel sal word nadat:

- 'n analise van die resultate van die data bekom uit die dissiplinêre sake gedoen is;
- die ontleding van die fokusgroeponderhoude afgehandel en
- 'n uitgebreide literatuuranalise oor onderrig gedoen is.

Nadat die onderhoudskedule deur die navorser saamgestel is, sal dit aan kundiges op die gebied van navorsing en [Etos en] Professionele Praktyk vir insette voorgelê word. Nadat aan alle moontlike insette aandag gegee is, sal 'n loodsstudie uitgevoer word om vas te stel of alle alternatiewe/response by die skedule ingesluit is; daar nie dubbelsinnige vrae en verskillende interpretasies van sekere woorde in voorkom nie.

Volgens Burns en Grove (2001:427) is vrae wat vaag gestel is, woorde met dubbele betekenis of wat verskillend geïnterpreteer kan word, leidende vrae en vrae wat op aannames berus, van die probleme wat met vraagstelling kan voorkom. Deur die onderhoudskedule deur middel van 'n loodsstudie te toets, sal hierdie probleme, indien dit voorkom, geïdentifiseer en reggestel kan word.

Betroubaarheid : Die betroubaarheid van die onderhoudskedule sal bevorder word omdat die volgende geïmplementeer sal word, naamlik dat dit in gestruktureerde vorm opgestel sal word, wat sal help dat dieselfde vrae, op dieselfde wyse, aan al die deelnemers gestel word. Die onderhoudskedule sal vooraf in Afrikaans en Engels opgestel word, sodat die onderhoud in die deelnemer se taal van keuse gevoer kan word. 'n Verdere aksie wat die betroubaarheid van die onderhoudskedule sal verhoog is die feit dat die inligting ook op band opgeneem gaan word en dus met die neergeskryfde inligting vergelyk kan word.

1.14 DATA-INSAMELING

Die data-insameling sal in die onderskeie fases, soos aangedui in tabel 1.1, gedoen word. Die onderskeie fases se data-insameling sal vervolgens beskryf word.

FASE I: DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”

1.14.1 **FASE I, stap 1 (substap 1.2): opname van onprofessionele gedrag** (*vir volledige beskrywing, vergelyk bl 42. - 76*).

‘n Opname van inligting in verbatim verslae van dissiplinêre sake sal deur die navorser self gedoen word. Die navorser sal die sake deurlees en die gegewens op die data-insamelingsinstrument aanteken asook ‘n kort opsomming van die saak neerskryf. Geen persoonlike, identifiserende data sal neergeskryf word nie. Die insameling sal oor ‘n tydperk van twee weke, by die kantore van die SARV plaasvind.

Na afloop van die data-insameling sal verifiëring van die data deur middel van ‘n literatuurkontrolle gedoen word.

1.14.2 **FASE I, stap 2 (substap 2.1) Fokusgroeponderhoude** (*vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77 - 168*).

Fokusgroeponderhoude kan gebruik word om inligting in te win ten einde ‘n onderhoudskedule saam te stel (Krueger & Casey, 2000:19). Drie fokusgroeponderhoude sal met professionele verpleegkundiges uit verskillende werksagtergronde gehou word, ten einde inligting ten opsigte van Professionele Praktijk te bekom (vergelyk bl 19). Nadat een fokusgroeponderhoud gedoen is, sal die inligting wat op band opgeneem is, deur die navorser getranskribeer word voordat die volgende fokusgroeponderhoud plaasvind.

1.14.3 FASE I, stap 2 (substap 2.2) Literatuurkontrole *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77 - 168).*

‘n Literatuurkontrole sal na afloop van die doen van fokusgroeponderhoude uitgevoer word, ten einde die data bekom, te verifieer. Alle data in hierdie fase bekom sal gebruik word om die onderhoudskedule vir die doen van telefoniese onderhoude, saam te stel.

FASE II: DIE HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

1.14.4 FASE II, Stap 5: Telefoniese onderhoude *(vir volledige beskrywing, vergelyk bl 256 - 269).*

Tydens hierdie fase sal telefoniese onderhoude, aan die hand van ‘n onderhoudskedule (vergelyk bylae I, J), met deelnemers gevoer word. Dit sal in óf Afrikaans óf Engels geskied aangesien dit die twee taalmediums waarin Verplegingsonderrig plaasvind, is. Hoofde van Verpleegonderriginstansies sal vooraf telefonies gekontak word om toestemming te verkry om die telefoniese onderhoude te doen. Sodra die hoofde toestemming verleen en die naam van ‘n kontakpersoon verskaf het, sal die benoemde persoon gekontak en ‘n afspraak vir die telefoniese onderhoud gemaak word.

Aangesien daar slegs 44 Verpleegonderriginstansies is wat die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram aanbied, sal geen steekproefseleksie gedoen word nie en die hoofde van al die 44 instansies sal om deelname genader word.

Daar sal van die aangewese persoon verwag word om skriftelike toestemming tot deelname aan die onderhoud, sowel as die opneem van die onderhoud op band, (vergelyk bylae G) te gee. Die toestemmingsvorm sal, voor die onderhoud plaasvind, per faksimilee aan die persoon wat gaan deelneem gestuur word. Sodra die voltooide faksimilee terugontvang is, sal die persoon weer gekontak en ‘n datum vir die voer van die onderhoud sal gereël word.

1.15 DATA-ONTLEDING

Data-ontleding sal in *FASE I, stappe 1, 2* en *FASE II, stap 6*, onderskeidelik gedoen word (vergelyk tabel 1.1) en word vervolgens bespreek.

FASE I: DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”

1.15.1 *FASE I, stap 1 (substap 1.2): opname van onprofessionele gedrag (vir volledige beskrywing, vergelyk bl 42 - 76).*

Die verkreeë data sal deur die departement Biostatistiek aan die Universiteit van die Vrystaat ontleed word. Persentasies en frekwensies sal bereken word en die navorser sal die interpretasie self doen.

1.15.2 *FASE I, stap 2 (substap 2.1) Fokusgroeponderhoude (vir volledige beskrywing, vergelyk bl 77 - 168).*

Ontleding van die verskillende fokusgroeponderhoude sal aan die hand van Tesch (1990) se riglyne (in Cresswell, 1994:154-155) deur die navorser self gedoen word (vergelyk bl 118 vir ‘n volledige beskrywing hiervan).

FASE II: DIE HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

1.15.3 *FASE II, stap 6: Telefoniese onderhoude (vir volledige beskrywing, vergelyk bl 256 - 269).*

Persentasies en frekwensies van die verkreeë data sal deur die navorser self bereken en die interpretasies sal deur die navorser self gedoen word.

1.16 ETIESE ASPEKTE

Uitvoering van navorsing op 'n eties aanvaarbare wyse is sedert die vorige eeu 'n saak wat baie aandag geniet (Burns & Grove, 2005:176). Mishandeling van deelnemers het onder andere, aanleiding gegee tot die ontwikkeling van verskeie etiese kodes, soos die Nuremberg Kode en die Deklarasie van Helsinki, in 'n poging om deelnemers in navorsing te beskerm (Burns & Grove, 2005:177).

In hierdie studie sal die volgende beginsels nagekom word:

1.16.1 Beskerming van menseregte

Ten einde die reg tot selfbeskikking, - privaatheid, - konfidensialiteit en -anonimiteit van aangeklaagdes in die dissiplinêre sake, deelnemers aan die fokusgroeponderhoude sowel as lektrises betrokke by die telefoniese onderhoude te beskerm, sal die volgende geskied:

Aangeklaagdes in dissiplinêre sake

- ❑ Geen identifiserende data, soos byvoorbeeld aangeklaagdes se name of SARV nommers sal op die data-insamelingsinstrument aangebring word nie.
- ❑ Slegs die navorser sal toegang tot die volledige verbatim verslae hê.

Fokusgroeponderhoude

Met werwing van deelnemers vir die fokusgroeponderhoude sal die volgende onder die respondente se aandag gebring word, naamlik dat

- ❑ Deelname aan die fokusgroep vrywillig is en dat deelnemers op enige stadium kan onttrek indien hulle dit sou wou doen.
- ❑ Gesprekke op band opgeneem gaan word en dat deelnemers skriftelik hiertoe moet toestem.

- Gesprekke wat op band opgeneem word, sal slegs aan die navorser en fasiliteerder beskikbaar wees. Die bande sal na afloop van die studie vernietig word.
- Getranskriebeerde onderhoude sal geen identifiserende data bevat wat enige verband tussen deelnemers en inhoud kan trek nie. Alle inligting ingewin tydens die studie konfidensieel hanteer sal word.

Telefoniese onderhoude

Dieselfde inligting, soos van toepassing by die fokusgroeponderhoude sal ook aan deelnemers by die telefoniese onderhoude verskaf word.

- Geen naam of identifiserende inligting ten opsigte van die persoon of instansie, sal tydens die telefoniese onderhoud neergeskryf word nie. Sodoende sal geen inligting met enige van die respondente verbind kan word nie.

1.16.2 Ingeligte toestemming

Die aard van die navorsing in geheel en soos van toepassing op die verskillende deelnemers, sal aan hulle verduidelik word. Daar sal van die deelnemers wat by die fokusgroep- en telefoniese onderhoude betrokke is, verwag word om skriftelik toestemming tot deelname te gee. Hulle sal ook skriftelike toestemming moet gee dat die gesprekke op band opgeneem mag word (vergelyk bylae G).

Die deelnemers sal vooraf ingelig word dat inligting oor die bevindinge en aanbevelings van die studie op aanvraag, na voltooiing van die studie, beskikbaar gestel sal word. Deelnemers sal ook ingelig word dat artikels van die verwerkte data sonder identifiserende inligting, na afloop van die studie vir publikasie in geakkrediteerde joernale aangebied sal word.

1.16.3 Institusionele resensie

Wanneer 'n instelling 'n komitee aanstel om etiese elemente in navorsing na te gaan en voorstelle daaroor te doen, staan dit as institusionele resensie bekend (Burns & Grove, 2001:213). Die navorsingsvoorstel sal aan só 'n komitee, die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat vir goedkeuring voorgelê word.

1.16.4 Toestemming vanaf hoofde vir goedkeuring van instansies:

Verskillende hoofde se toestemming sal vir die insameling van data benodig word:

- ❑ Ten einde die verslae van dissiplinêre sake te bestudeer, sal toestemming vanaf die Registrateur, Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, verkry word.
- ❑ Toestemming om professionele verpleegkundiges by die fokusgroepe te betrek sal vanaf die Hoofde van die betrokke plaaslike hospitale verkry word.
- ❑ Toestemming om telefoniese onderhoude met onderrigpersoneel te voer sal vanaf die Hoofde van die Verpleegonderriginstansies waar die geïntegreerde vierjaarprogram aangebied word, verkry word.

1.17 NAVORSINGSPROSESSE

Voordat daar met die implementering van die navorsingsvoorstel begin sal kan word, moet dit deur die volgende kwaliteitsversekeringsprosesse gaan:

1.17.1 Voorlegging aan 'n Ekspertkomitee

Nadat die navorsingsvoorstel opgestel en deur die studieleier goedkeur is, moet dit aan 'n Ekspertkomitee van die Skool van Verpleging, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat voorgelê word. Die doel van hierdie komitee is om die navorsing in geheel, sowel as die meetinstrument(e) te evalueer. Die voorsitter van die Nagraadsekomitee van die Skool van Verpleging, sowel as een ekspert op die

navorsingsterrein en nie 'n lid van die Skool van Verpleging nie, 'n biostatikus, die studieleier en die student maak die lede van hierdie komitee uit.

1.17.2 Voorlegging aan 'n Evalueringskomitee

Nadat die navorsingsvoorstel deur die genoemde Ekspertkomitee goedgekeur is, moet dit aan 'n Evalueringskomitee van die Skool van Verpleegkunde, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat voorgelê word. Die doel van hierdie komitee is om die studie in geheel, dit wil sê, die metodologie, navorsingstegnieke en meetinstrumente, te evalueer. Dié komitee bestaan uit 'n lid van die Bestuurskomitee van die Skool van Verpleging, die voorsitter van die Nagraadsekomitee van die Skool van Verpleging, die voorsitter van die Navorsingskomitee van die Skool van Verpleging, 'n biostatikus, een navorsingskundige uit 'n ander Fakulteit of Skool van die Universiteit van die Vrystaat, die studieleier en die student.

1.17.3 Voorlegging aan 'n Etiekkomitee

Nadat die navorsingvoorstel deur die Evalueringskomitee goedgekeur is, sal die voorstel aan die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat vir goedkeuring daarvan voorgelê word (vergelyk bylae A).

Nadat die Etiekkomitee die navorsingsvoorstel goedgekeur het, sal toestemming van die Registrateur, Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging verkry word om die data-insameling van Fase I te implementeer

1.18 WAARDE VAN DIE STUDIE

Wanneer 'n individu 'n professionele identiteit aanneem en dit deel van die self maak, behoort so 'n persoon aan die professie toegewy te wees, die waardes en norme daarvan na te kom en die beeld van daardie professie te probeer bevorder (Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001: intyds; Öhlén & Segesten, 1998:722, 726).

Dit is nie bekend of die huidige proses van onderrig van Etos en Professionele Praktyk bydra tot die vorming van 'n professionele identiteit by studente nie. Deur dié studie sal die proses van onderrig van Etos en Professionele Praktyk beskryf word en na aanleiding daarvan 'n raamwerk vir die onderrig van Etos en Professionele Praktyk saamgestel word.

Met die daarstelling van 'n raamwerk vir die onderrig van Etos en Professionele Praktyk sal gepoog word om aan lektises 'n riglyn te voorsien ten einde Etos en Professionele Praktyk só te onderrig dat dit die vorming van 'n professionele identiteit bevorder en sodoende onprofessionele gedrag te probeer beperk.

1.19 TYDSKEDULE

Die tydsverloop van die verskillende fases word in die onderstaande tabel 1.2 gelys:

TABEL 1.2: Tydskedule

AKSIE	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Opstel van navorsingsvoorstel	Junie					
Voorlegging aan Ekspertkomitee		Mei				
Voorlegging aan Evalueringskomitee		Junie				
Goedkeuring verleen deur Etiekkomitee		Julie				
FASE I: DIE BEGRIP PROFESSIONELE PRAKTYK						
<i>Fase I: Stap 1:</i> Disiplinêre sake: Literatuurkontrole, data insameling en -ontleding		Januarie-Junie				
<i>Fase I, stap 2:</i> Fokusgroeponderhoude, data ontleding en literatuurkontrole			Maart-Oktober			
FASE II: HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK						
Literatuuranalise, onderrig-Benaderings, -tegnieke en assessering, saamstelling van 'n onderhoudskedule				Januarie-Augustus		
Voer van telefoniese onderhoude				September November	Februarie-Mei	
Ontleding van data bekom deur middel van telefoniese onderhoude					Mei-November	
FASE III: DAARSTELLING VAN 'N RAAMWERK VIR DIE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK IN DIE GEÏNTEGREERDE VIERJAARPROGRAM						
Saamstel van 'n onderrigraamwerk rakende die inhoud, onderrig-benaderings, -strategieë en assessering van [Etos en] Professionele Praktik						Januarie - Junie

Tabel 1.2 weerspieël die feit dat die studie oor etlike jare sal strek. Dit word beplan dat Fase I in 2002-2003, Fase II in 2004-2005 en Fase III in 2005-2006 afgehandel sal word.

1.20 UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE

As gevolg van die data wat vooraf ingesamel moes word, ten einde 'n begrip van Professionele Praktyk te kon vorm, wyk die uiteensetting van die hoofstukke noodwendig af van die meer algemene tipe uiteensetting. Die uiteensetting van hoofstukke is volgens die verskillende fases ingedeel en sal as volg wees:

HOOFSTUK 1: Agtergrond en probleemstelling

HOOFSTUK 2: Ontleding van dissiplinêre sake: *FASE I: Stap 1*

Die hoofstuk bevat 'n volledige beskrywing van die:

- ❑ Navorsingsmetodologie
- ❑ Data-insameling
- ❑ Literatuurkontrole
- ❑ Resultate en interpretasie

HOOFSTUK 3 : Fokusgroeponderhoude. *FASE I: Stap 2.*

Die hoofstuk bevat 'n volledige beskrywing van die:

- ❑ Navorsingsmetodologie
- ❑ Data-insameling
- ❑ Data-ontleding en interpretasie
- ❑ Literatuurkontrole

HOOFSTUK 4: 'n Volledige literatuuranalise rakende onderrig. *FASE II : Stap 3:*

HOOFSTUK 5: Navorsingsmetodologie: onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk *FASE II, Stap 4 en 5.*

In hierdie hoofstuk is 'n volledige beskrywing van die

- ❑ Saamstel van 'n onderhoudskedule
- ❑ Data-insameling deur middel van telefoniese onderhoude

HOOFSTUK 6: Resultate: telefoniese onderhoude. *FASE II, stap 6:*

Die hoofstuk bevat die resultate en bespreking van data bekom uit die telefoniese onderhoude.

HOOFSTUK 7: Die onderrigraamwerk en aanbevelings. *FASE III, stap 7.*

HOOFSTUK 2:

ONTLEDING VAN DISSIPLINÊRE SAKE: *(FASE 1, STAP 1)*

2.1 INLEIDING

‘n Duideliker beeld van wat Professionele Praktyk is, asook moontlike tendense en leemtes in die huidige onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk kon na die mening van die navorser moontlik met ontleding van die inhoud van dissiplinêre sake wat voor die SARV gedien het, uitgewys word. Algemene, opsommende inligting met betrekking tot dissiplinêre sake, word sedert 1999 deur die SARV in ‘n SARV-inligtingsboekie (South Africa Nursing Council. Information booklet. 1999. 2001) gepubliseer, maar dit bevat beperkte inligting. Ten einde ‘n geheelbeeld van die aard en omvang van dissiplinêre sake te bekom, was dit nodig om ‘n volledige ontleding van die inligting, soos vervat in verbatim verslae, te doen.

2.2 AGTERGROND

2.2.1 Professionele regulering

Die Verpleging professie het ‘n sosiale ooreenkoms met die publiek, naamlik dat die publiek geregtig is op aanvaarbare, toeganklike verpleging. Dié ooreenkoms word in die beleidsverklarings van ‘n gegewe land beskryf (Searle, 2000:7, 74; Muller, 2002:37). Ten einde ‘n aanvaarbare diens te kan lewer, moet die professie standaarde vir die praktyk stel en daarvoor beheer uitoefen. Die proses staan bekend as selfregulering. Selfregulering is dus die vermoë van ‘n professie om in belang van die publiek, sy eie professioneel-etiese standaarde te bepaal en teen oortreders op te tree (Muller, 2002:38).

2.2.2 Doel van professionele regulering

Die oorkoepelende doelwit van professionele regulering is om in belang van die publiek op te tree en dit word bereik wanneer 'n professie professioneel-etiese standaarde vir diens stel, die nakoming van dié standaarde beheer en aan die praktisyns die verantwoordelikheid gee om volgens die standaarde op te tree (Muller, 2002:40-44).

Deur die ²Wet op Verpleging, no 50 van 1978, soos gewysig, is die SARV in staat om die professionele- en etiese uitvoering van die verpleegpraktyk te reguleer (Muller, 2002, 44-46).

Wanneer 'n pasiënt/kliënt ervaar dat 'n verpleegkundige(s) onprofessioneel optree of wanpraktyk beoefen, of indien lede van die publiek, kollegas of medepraktisyns sodanige gedrag waarneem, kan 'n klag teen dié verpleegkundige skriftelik by die SARV aanhangig gemaak word. Sodanige klagte word dan deur die SARV se Voorondersoekkomitee ("preliminary committee") ondersoek en indien dit grondig bevind word, word die saak in 'n dissiplinêre verhoor volledig ondersoek.

Foute kom daaglik in die alledaagse lewe, sowel as in Professionele Praktyke voor en om te dink dat verpleegkundiges nie foute begaan nie, is om in 'n droomwêreld te lewe (Crigger, 2005:intyds). Die maak van foute word nie goedgepraat nie, maar dit kan ook nie negeer word nie.

Twee modelle wat 'n verklaring vir die voorkoms van foute aanbied, is die Volmaaktheidsmodel ("Perfectibility model") en die Foutiewe Stelsel ("Faulty System") model (Crigger, 2005:intyds). Die voorkoms en gevolge van foute en foutiewe gedrag word na gelang van watter model gebruik word, verskillend geïnterpreteer.

Met die Volmaaktheidsmodel word daar van die veronderstelling uitgegaan dat verpleegkundiges en ander gesondheidswerkers, perfek is en op sò 'n wyse praktiseer dat alle moontlikhede om foute te begaan, geëlimineer is. Indien gefouteer word, word

² 'n Nuwe Wet op Verpleging, no 33 van 2005 is in 2006 gepromulgeer

dit aan die individu se onvermoë of foutiewe opleiding toegeskryf en word die individu alleen verantwoordelik gehou (Crigger, 2005:intyds).

Hierteenoor word daar in die Foutiewe Stelselmodel voorsien dat foute mag voorkom en maatreëls om dit te verhoed, word vooraf in die sisteem ingebou. Volgens die Foutiewe Stelselmodel ontstaan 'n fout nie as gevolg van 'n enkele faktor nie, maar is daar 'n verskeidenheid faktore by betrokke. Die verantwoordelikheid berus dus nie slegs op die individu betrokke nie, maar is gedeel. 'n Voorbeeld van so 'n fout sou wees waar verpleegkundiges, as gevolg van 'n ontoereikende verpleegkunde-pasiëntratio nie alle waarnemings kon doen nie. Alle partye betrokke moet hulle verantwoordelikheid in dié model ingevolge foute erken en daarvoor verantwoordelikheid neem (Crigger, 2005:intyds).

Die SARV ondersoek aangemelde klagtes ten opsigte van foute en/of onprofessionele gedrag van verpleegkundiges. Tydens 'n ondersoek word die individu se optrede sowel as omstandighede (faktore) in ag geneem. Die SARV gebruik dus 'n kombinasie van genoemde modelle in die ondersoek van foute en onprofessionele gedrag.

'n Interessante benadering tot straf van oortredings is dié van Johnstone & Kanitsaki (2005). Dié outeurs is van mening dat oortredings in twee kategorieë geklassifiseer kan word, naamlik oortredings wat opsetlik begaan word en dié wat werklik onbewustelik begaan is en onbeplan voorkom. Die outeurs beveel aan dat straf in geval van genoemde twee kategorieë verskillend behoort te wees.

Die SARV pas tot 'n mate bogenoemde benadering toe wanneer die omstandighede van die aangeklaagde, sowel as die situasie waarin die insident plaasgevind het, in ag geneem word tydens hul ondersoek.

In hierdie hoofstuk word Fase I, stap 1 (vergelyk tabel 2.1) van die navorsing breedvoerig bespreek. Ten einde die verloop van die studie duidelik en verstaanbaar te beskryf, sal die metodologie, data-insameling, –ontleding en literatuurkontrole van hierdie stap volledig in hierdie hoofstuk beskryf word.

Die navorsingsverloop is soos in tabel 2.1 aangedui.

TABEL 2.1: Navorsingsverloop

FASE	STAP	SUB-STAP	AKSIE	DOELWIT	HOOFSTUK EN BLADSY
I	DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”				
	1	Ontleding van onprofessionele gedrag soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het			
		1.1	Saamstel van ‘n data-insamelingsinstrument	Om inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag te bekom	Hoofstuk 2 BI 42 - 76
		1.2	Data-insameling deur middel van ‘n data-insamelings-instrument	Om die aard van onprofessionele gedrag, soos wat dit oor ‘n tydperk van 6 jaar voorgekom het, te identifiseer en te beskryf	
		1.3	Literatuurkontrole	Om inligting oor die SARV te bekom en om die verkreeë inligting oor onprofessionele gedrag, te verifieer	

Volgens tabel 2.1 het stap 1 uit sub-stappe 1.1-1.3 bestaan. Stap 1.1 was die saamstel van 'n data-insamelingsinstrument, waarmee inligting uit die verbatim verslae ingesamel kon word. Stap 1.2 het die insameling van die data behels en in stap 1.3 was 'n literatuurkontrolle ten opsigte van die verkreeë inligting gedoen.

2.3 NAVORSINGSONTWERP

Beskrywende navorsing word gedoen wanneer 'n duideliker en geheelbeeld van 'n spesifieke onderwerp, verkry wil word (Polit & Beck, 2004:192, Burns & Grove, 2005:232, Cherry, 2002:11-13). Beskrywende navorsing is in dié geval gedoen ten einde 'n duideliker en geheelbeeld van dissiplinêre sake te verkry sodat 'n beter begrip van Professionele Praktyk bekom kon word.

2.4 DOELWIT

Die doelwit van die studie in geheel is om 'n raamwerk vir die onderrig van Professionele Praktyk saam te stel, maar voordat dit gedoen kan word, moet 'n duidelike beeld verkry word oor wat Professionele Praktyk behels en hoe dit die beste onderrig kan word. Die doelwit vir Fase I, stap 1 was dus: identifisering van die aard van onprofessionele gedrag (wanpraktyk) in Verpleging oor 'n gegewe tydperk.

2.5 NAVORSINGSTEGNIEK

2.5.1 Data-insamelingsinstrument (vergelyk bylae B)

Toepaslike data is vanaf elke verbatimverslag, wat deel van die steekproef uitgemaak het, deur die navorser op die data-insamelingsinstrument neergeskryf. Die data was na afloop van die opname gekodeer sodat gerekenariseerde verwerking daarvan gedoen kon word.

Die data-insamelingsinstrument is opgestel nadat die navorser die verbatim verslae van 5 (vyf) dissiplinêre sake, wat voor 1996 gedien het, ge-analiseer en haarself met die inhoud daarvan vergewis het. Die inligting van hierdie sake is nie by die uiteindelijke data-insameling ingesluit nie en daarom is die verslae van sake wat voor 1996 gedien het, gekies. Tydens die analise van die verslae, sowel as tydens die bestudering van literatuur, het die volgende kategorieë ten opsigte van data aangeteken in die verbatim verslae van die dissiplinêre sake, na vore gekom:

- ❑ biografiese data, soos byvoorbeeld ouderdom en geslag
- ❑ kwalifikasies, soos byvoorbeeld professionele- of subprofessionele groep, sowel as addisionele na-basiese kwalifikasies verwerf
- ❑ data insake die insident, soos byvoorbeeld die datum en omstandighede rondom die saak en die insident self
- ❑ data rakende die verhoor, soos byvoorbeeld die datum, die uitslag en indien skuldig bevind, die straf opgelê.

Hierdie kategorieë is as hoofafdelings op die data-insamelingsinstrument gebruik. Die toepaslike inligting, bekom vanuit die verbatim verslae, is onder elke afdeling neergeskryf.

2.6 POPULASIE EN STEEKPROEF

2.6.1 Populasie:

Populasie verwys na 'n geheel, of na die som van al die elemente of voorwerpe wat aan gekose kriteria voldoen (Polit & Beck, 2004:47; Burns & Grove, 2005:342). In dié geval het die verbatim verslae van al die dissiplinêre sake wat voor die SARV gedien het, die populasie uitgemaak.

2.6.2 Steekproef:

‘n Steekproef is ‘n geselekteerde gedeelte van die populasie (Polit & Beck, 2004:291; Burns & Grove, 2005:342) en dit kan op verskillende wyses getrek word. ‘n Doelgerigte seleksie word gedoen wanneer die navorser doelbewus ‘n keuse oor die insluiting van sekere elemente in die steekproef maak (Polit & Beck, 2004:291; Burns & Grove, 2005:352). Die steekproef in hierdie fase van dié studie was doelgerig geselekteer aangesien die navorser besluit het om alle **beskikbare, volledige** verbatim verslae van dissiplinêre sake, wat oor ‘n **gegewe tydperk** (Januarie 1996 tot Desember 2001) voor die SARV gedien het, as steekproef te neem.

Dié spesifieke tydperk is gekies omdat dit tydens navraag van die navorser aan die SARV, geblyk het dat die meeste volledige, verbatim verslae van dissiplinêre sake, gedurende hierdie tydperk beskikbaar was. Die samesmelting van vroeër onafhanklike, regerende state se Verpleegstersrade, tesame met die herstrukturering van die SARV na 1994, het beskikbaarstelling van dokumentasie voor 1996 bemoeilik.

2.6.3 Uitsluitingskriteria

Alle sake waarvan die verbatim verslae nie volledig ten opsigte van volume(s) en of bladsye beskikbaar was nie, was nie in die steekproef opgeneem nie. Die inligting in dié dokumente sou nie volledig wees nie en dit sou die volledigheid sowel as geldigheid en betroubaarheid van data-insameling benadeel.

2.7 LOODSSTUDIE

Die doel van ‘n loodsstudie is, onder andere, om data-insamelingsinstrumente te verfyn, om die geldigheid en betroubaarheid van ‘n instrument uit te toets en laastens bied dit aan ‘n navorser die geleentheid om met die instrument in die navorsingsopset, te werk (Polit & Beck, 2004:196, 727; Burns & Grove, 2005:42; de Vos, 1998:179). ‘n Loodsstudie behoort op dieselfde wyse as wat die werklike studie uitgevoer sal word,

uitgevoer te word, behalwe dat dit net op kleiner skaal plaasvind (Burns & Grove, 2005:42).

Nadat die data-insamelingsinstrument ontwikkel is en deur 'n kenner op die gebied van navorsing, vir verifiëring voorgelê is, het die navorser een van die verbatim verslae se inligting op die instrument aangeteken. Die doel hiervan was om vas te stel of die data-insamelingsinstrument prakties maklik voltooibaar is en of alle relevante data op die instrument ingevul sou kon word. Dit het as loodsstudie gedien. Geen veranderinge is aan die instrument aangebring nie, aangesien geen leemtes tydens die loodsstudie geïdentifiseer is nie.

2.8 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN DIE DATA-INSAMELINGSTRUMENT

2.8.1 Geldigheid

'n Meetinstrument is geldig wanneer dit in 'n hoë mate daarin slaag om te meet dit wat dit veronderstel is om te meet (Polit & Beck, 2004:422; Burns & Grove, 2001:399). Die data-insamelingsinstrument is ontwerp om 'n sistematiese opname van data wat in die verbatim verslae van dissiplinêre sake voorgekom het, te maak. Die instrument moes dus inhoudsgeldig wees.

Inhoudsgeldigheid kan op drie wyses bevestig word, naamlik deur literatuur, deur evaluering van verteenwoordigers uit relevante populasies en deur die instrument aan inhoudskundiges voor te lê (Burns & Grove, 2001:400). Dié data-insamelingsinstrument se inhoudsgeldigheid is bevorder deur die instrument saam te stel nadat 5 (vyf) verbatim verslae deeglik ontleed is. Verder is die instrument, tesame met die 5 (vyf) vooraf bestudeerde sake, aan 'n kenner op die gebied van navorsing, vir validering voorgelê. Die kenner het die uiteensetting van die data-insamelingsinstrument goedgekeur en geen veranderinge is voorgestel nie.

2.8.2 Betroubaarheid

Betroubaarheid het te doen met die mate waarin 'n instrument konstant meet dit waarvoor dit ontwerp is om te meet (Polit & Beck, 2004:416; Burns & Grove, 2001:395-396). Die data-insamelingsinstrument is nie ontwerp om 'n spesifieke veranderlike te meet nie, maar om op sistematiese wyse, 'n opname te maak van inligting wat in verbatim verslae van dissiplinêre sake voorgekom het.

Betroubaarheid van data-insameling is bevorder omdat die navorser self al die verbatim verslae van die dissiplinêre sake bestudeer en die inligting aangeteken het. Waarnemervariasie ten opsigte van die inligting bekom, kon dus nie ontstaan het nie.

Om die volledigheid van insameling van data te kontroleer, het 'n tweede persoon, 'n administratiewe assistent, ook dieselfde dokumente deurgegaan en beperkte data, soos byvoorbeeld saaknommers, datum van verhoor en getal lede betrokke by die aanklag, op 'n addisionele vorm aangeteken. Die twee lysste is na afloop van 'n dag se insameling vergelyk. In twee gevalle het die datums van twee sake, asook die aantal persone aangekla, nie op die twee dokumente ooreengekom nie. Die betrokke verslae is die volgende dag weer nagegaan en die inligting is reggestel. Hierdie kontrolering het tot verhoging van die betroubaarheid van data-insameling bygedra.

2.9 DATA-INSAMELING

Nadat die navorsingsvoorstel deur die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat, goedgekeur is, is reëlins getref om die SARV te besoek ten einde die dissiplinêre sake te ontleed. Die SARV het goedkeuring verleen op die voorwaarde dat die verslae by hulle kantore ontleed moes word en dat die dokumente nie uit die kantore verwyder kon word nie.

Gedurende Januarie 2002 het die navorser en 'n administratiewe assistent die beskikbare dokumente oor 'n tydperk van tien werksdae ontleed. Die assistent het

data, soos saaknommers, datum van verhoor en getal lede betrokke by die aanklag, op 'n addisionele lys, wat vir dubbele kontrolering gebruik is, aangeteken. Die navorser het al die verslae bestudeer en dieselfde inligting, tesame met 'n opsomming van die saak in geheel, op die data-insamelingsinstrument aangeteken. Altesaam 120 sake se inligting is op die data-insamelingsinstrument aangeteken.

2.10 DATA-ONTLEDING

Nadat die inligting ingewin is, is dit sistematies deur die navorser gekodeer sodat frekwensies, persentasies en moontlike verbande bereken kon word. Laasgenoemde is deur die Departement Biostatistiek, Universiteit van die Vrystaat, gedoen en die inligting is deur die navorser geïnterpreteer.

2.11 ETIESE ASPEKTE

Die volgende etiese aspekte is aangespreek:

2.11.1 Beskerming van menseregte (Burns & Grove, 2005:176)

Die aangeklaagdes se menseregte ten opsigte van privaatheid en anonimiteit is beskerm omdat geen identifiserende data, soos byvoorbeeld name, adresse of werkplek, aangeteken is nie. Die SARV nommer, saaknommer en datum het as verwysing vir die verskillende sake gedien.

Die data ingesamel is ook konfidensieel gehou omdat slegs die navorser die inligting hanteer het. Die administratiewe assistent het toegang tot beperkte inligting oor die verskillende sake gehad.

2.11.2 Toestemming vanaf hoof van instansie:

Toestemming om die verslae van dissiplinêre sake te bestudeer, is vanaf die Registrateur, Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, verkry.

2.11.3 Goedkeuring vanaf 'n Etiekkomitee

Die navorsingsvoorstel is aan die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, voorgelê en goedkeuring vir die uitvoer daarvan is bekom (vergelyk bylae A).

2.12 RESULTATE EN INTERPRETASIE VAN DATA

Daar is nie rekord gehou van hoeveel verslae in totaal *hanteer* is nie, maar 167 dokumente is vir bruikbaarheid geëvalueer. Hiervan was 120 volledig ten opsigte van alle volumes en bladsye beskikbaar en was dus vir die navorser bruikbaar. Die meeste inligting, soos benodig op die data-insamelingsinstrument, was in hierdie verslae beskikbaar, alhoewel daar tog enkele elemente ontbreek het. Dit is die rede waarom die aantal response (n) by sommige van die bevindinge verskil. Dit is belangrik om daarop te let dat daar by sommige sake **meer as een** persoon by betrokke was, wat ook daartoe bygedra het dat die aantal response (n) by van die bevindinge verskil. In totaal was **148** verpleegkundiges by die **120** sake betrokke.

2.12.1 Biografiese data

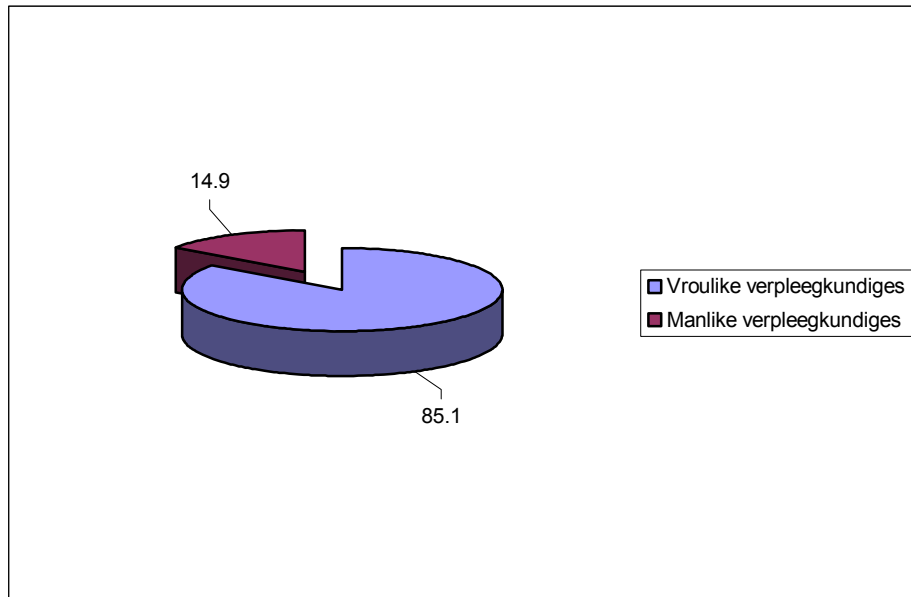
2.12.1.1 Kategorie praktisyn

Eenhonderd agt-en-veertig verpleegkundiges is, volgens die volledige, beskikbare dokumente in die tydperk 1996-2001 vir wanpraktyk aangekla. Hiervan was 87 (58.8%) professionele verpleegkundiges en 61 (41.2%) subprofessionele

verpleegkundiges. Daar is dus meer professionele verpleegkundiges as subprofessionele verpleegkundiges gedurende hierdie tydperk aangekla.

2.12.1.2 Geslag

Van die 148 aangeklaagde verpleegkundiges was 126 (85.1%) vroulike - en 22 (14.9%) manlike verpleegkundiges. Die gegewens word in figuur 2.1 aangedui.



FIGUUR 2.1. Verspreiding van geslag van aangeklaagdes

Volgens figuur 2.1 is die persentasie manlike verpleegkundiges wat oor onprofessionele gedrag aangekla is, minder as 'n kwart van die totale getal aangeklaagdes. Indien die getal manlike verpleegkundiges wat aangekla is (14,9%) vergelyk word met die totale getal manlike verpleegkundiges in Suid-Afrika (6,1%) (SANC. Information booklet. 2001:20) is dit statisties beduidend hoeveel aangekla is ($p < 0.0001$). Die getal vroulike aangeklaagdes was nie statisties beduidend ten opsigte van die totale getal vroulike verpleegkundiges in Suid-Afrika nie.

Verdere bespreking van die navorsingsbevindinge sal in die volgorde waarop die inligting op die data-insamelingsinstrument voorgekom het (vergelyk bylae B), bespreek word.

2.12.2 Algemene inligting:

2.12.2.1 Jaartal waarin die insident voorgekom het (n=120):

Die meeste insidente, 31 (21,38%), het in 1997 plaasgevind terwyl dokumentasie van slegs 1 (een) insident wat in 2000 en 3 (drie) wat in 2001 plaasgevind het, gevind is. Die aanname is gemaak dat daar nie werklik so min sake in 2000 en 2001 voorgekom het nie, maar dat ander sake in die proses van ondersoek of in die proses van transkribering was en dus nie vir ontleding beskikbaar was nie.

2.12.2.2 Tydsverloop tussen voorkoms van insident en datum waarop dissiplinêre verhoor plaasgevind het (n=120)

Die gemiddelde tydsverloop tussen die voorkoms van die insidente en die datum waarop die verhoor plaasgevind het, was **5,7** jaar. Die kortste tydsverloop tussen voorkoms van die insident en datum van verhoor was minder as een jaar. Die gevalle waar die tydsverloop baie kort was, was waar registrasie- of inskrywingsfooie nie betyds betaal was nie en verpleegkundiges hieroor 'n boete opgelê is, wat toe betaal is.

In een geval was die verloop tussen die voorkoms van die insident en die datum waarop die verhoor plaasgevind het, **17 jaar**. In dié geval het die insident oorspronklik in 1979 voorgekom. Die aangeklaagde het 'n vervalste standaard 10-sertifikaat ingedien ten einde toelating tot 'n basiese opleidingsprogram te verkry. Die geldigheid van die sertifikaat is toe nie bevraagteken nie en die persoon het die basiese opleidingsprogram voltooi. Toe die persoon egter wéér die sertifikaat in 1995 vir toelating tot 'n na-basiese program ingedien het, is die geldigheid daarvan bevraagteken en het dit tot 'n dissiplinêre verhoor in 1996 gelei.

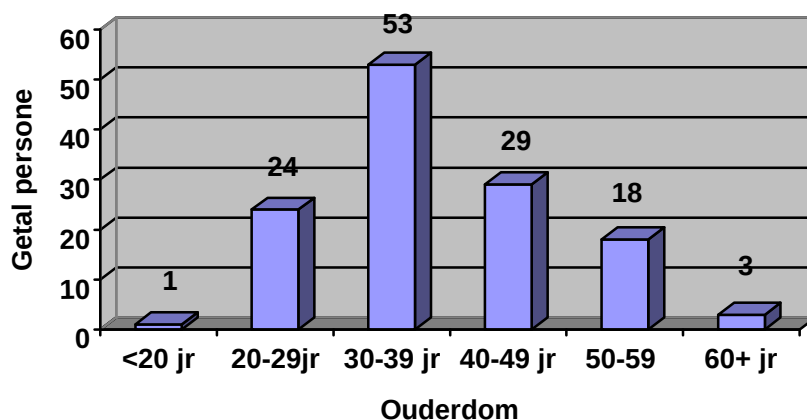
In nog 'n geval het **10 jaar**, sedert die insident plaasgevind en die persoon verhoor is, verloop. Dit was 'n situasie van middelmisbruik, waar die eerste misbruik 10 jaar tevore plaasgevind het en die persoon nie by die SARV aangekla is nie. Die persoon is intern deur die spesifieke Hospitaal Raad, waar die persoon toe werksaam was, verhoor. Daardie Hospitaal Raad het die persoon 'n kans gegee om te verbeter en die persoon het vir 'n tyd lank nie meer middels misbruik nie. Daarna het die misbruik egter weer begin en die saak is toe by die SARV aanhangig gemaak.

In 'n suiweringsgesprek met 'n regs kundige is gesê dat daar altyd probeer word om die tydsverloop tussen die voorkoms van die insident en die verhoordatum so kort as moontlik te maak. Die redes hiervoor is dat 'n persoon nie na maande of selfs jare detail in verband met 'n insident kan onthou nie en tweedens kan dokumente verlore word indien daar 'n lang tydsverloop is. Daar moet egter gewaak word om 'n saak af te jaag, sonder om tyd te gee dat alle relevante feite rakende die saak, bekom kan word. Laasgenoemde kan tot foutiewe oordele lei (Oosthuizen, 2002. Suiweringsgesprek).

2.12.2.3 Ouderdom van aangeklaagdes (n=125)

Die ouderdom van die oudste aangeklaagde was 65 en dié van die jongste 19 jaar. Die verspreiding van ouderdomme word in figuur 2.2 aangedui.

FIGUUR 2.2. Verspreiding van ouderdomme (n=125):



Figuur 2.2 weerspieël die feit dat die meerderheid van aangeklaagdes nie in die jongste of oudste ouderdomskategorieë geval het nie, maar wel in die vroeë volwasse- (20-39 jaar) en middel volwasse ouderdomskategorieë (40-59 jaar). Vier-en-sewentig (59.2%) verpleegkundiges het in die vroeë volwasse ouderdomskategorie geval en 47 (37.6%) verpleegkundiges het in die middel volwasse kategorie geval.

In 'n vergelykende studie, gedoen tussen professionele verpleegkundiges en junior huisdokters, met betrekking tot etiese houding, was bevind dat ouderdom nie met enige respons gekorreleer het nie (Elder, Price & Williams, 2003). Die response, ten opsigte van etiese houding het oor outonomie, regverdigheid, onetiese mediese gedrag, pligte en regte, pasiënt bevoordeling en moraliteit gehandel. Ingevolge die bevindinge van Elder, *et al.* (2003), het ouderdom dus nie etiese houding, wat aanleiding gee tot etiese gedrag, beïnvloed nie. Dit sou dus nie 'n verklaring vir die voorkoms van onprofessionele gedrag wees nie. Korrelasie tussen ouderdom en oortredings was nie in hierdie studie bereken nie.

'n Verminderde werkgeheue mag 'n moontlike verklaring vir die voorkoms van onprofessionele gedrag van verpleegkundiges in dié kategorieë wees. Navorsing, gedoen ten opsigte van werkgeheue by vroeë- en middel volwassenes, het aangetoon

dat persone in middel volwasse jare se tellings ten opsigte van werkgeheue, minder as dié van die vroeë volwassenes was (Louw, van Ede & Louw, 1998:511).

‘n Verdere aspek wat moontlik die voorkoms van onprofessionele gedrag kan verklaar, is dat volwassenes ‘n selfbeeld ontwikkel wat hulle gedrag rig (Popenoe, Cunningham & Boulton, 2003:97). Volwassenes leer waardes en norme van ‘n spesifieke samelewing of professie aan wat hulle dan nakom omdat hulle dit **wil** nakom. Hierteenoor kan volwassenes, soms doebewus, nakoming van waardes en norme wysig, indien hulle sou wou (Popenoe *et al.*, 2003:97). Die aanname kan dus gemaak word dat volwassenes ‘n keuse oor die nakoming van hulle **outonome** funksie as **professionele** praktisyn uitoefen. Hulle kan doebewus besluit om professionele gedrag nougeset na te kom of hulle kan ‘n lostoomhouding daarnoor handhaaf wat tot moontlike wanpraktyk mag lei.

2.12.2.4 Uitslag van verhoor (n=148)

Een-en-twintig (14.8%) van die aangeklaagdes is onskuldig bevind, terwyl die meerderheid aangeklaagdes, 118 (83.1%) skuldig bevind is. Drie sake waarby 3 (2,1%) aangeklaagdes betrokke was, is uitgestel. In 6 gevalle was die uitslag nie in die verslae aangedui nie.

2.12.2.5 Tipe vonnis

Die vonnisse van die onderskeie verpleegkundiges word in tabel 2.2 aangedui.

TABEL 2.2: Tipe vonnisse (n =118)

TIPE VONNIS	AANTAL VERPLEEGKUNDIGES	%
Vonnis uitgestel	7	5.9%
Verpleegkundige geskors	3	2.5%
Verpleegkundige geskors	3	
Skorsing vir 'n tydperk opgeskort	60	50.8%
Verpleegkundige van die register/rol geskrap	7	5.9%
Skrapping van die rol vir 'n tydperk opgeskort	9	7.6%
Praktisyn gewaarsku, berispe of beide	16	13.7%
Praktisyn is beboet	14	9.5%
Skuld erken	2	1.7%
TOTAAL	118	100.0%

Uit tabel 2.2 blyk dit dat die meerderheid van verpleegkundiges, 60 (50.8%), 'n vonnis van skorsing, opgeskort vir verskillende tydperke, gekry het. Die tydperk van opskorting het van 3 maande tot 5 jaar gewissel.

Tydens 'n suiweringsgesprek met 'n kundige op die gebied van Regte is gemeld dat daar nie 'n spesifieke voorskrif bestaan waarvolgens vonnisopleggings plaasvind nie. Een beginsel wat gevolg kan word, is "straf na oortreding", wat impliseer dat die ernstigheid van die straf by die graad van die oortreding moet pas (Oosthuizen, 2002. Suiweringsgesprek). By vonnisoplegging van aangeklaagde persone word die situasie, sowel as rekord van die aangeklaagde, in ag geneem. So kan 'n persoon, wat vorige oortredings begaan het en weer aangekla word, verwag om 'n swaarder vonnis opgelê te word as 'n persoon wat byvoorbeeld vir die eerste keer nalaat om haar registrasie te hernu.

Wanneer 'n praktisyn 'n oortreding begaan het, is dit die SARV se plig om so 'n praktisyn, wanneer sy skuldig bevind is, toepaslik, maar redelik te straf. Tabel 2.1 dui aan dat die meerderheid van verpleegkundiges opgeskorte vonnisse gekry het, maar dat daar ook verpleegkundiges was wat geskors of wie se name uit die register/rol

geskrap is. Dit dui daarop dat die SARV nie 'n heksejag teen verpleegkundiges voer nie, maar ook nie wanpraktyk ligtelik opneem nie. Studente behoort oor die funksies en waarde van 'n professionele reguleringsinstansie soos die SARV onderrig te word.

Die feit dat daar twee verpleegkunde studente op die SARV dien, toon dat die SARV op dié wyse betrokkenheid van studente wil bekom. Studente wat so op die SARV dien, kan weer as mentors in die studentepopulasie optree ten opsigte van die doel en werksaamhede van die SARV (Suid-Afrika. *Staatskoerant*, 11 Julie 1997:5).

2.12.3 Inligting oor tipe wanpraktyk

Wangedrag in Verpleging behels oortredings van formele (geskrewe) norme en/of professionele norme en beide is aanmeldbaar by en strafbaar deur die SARV.

Formele norme is geskrewe norme, wat wette, regulasies en “charters” uitmaak (Popenoe *et al.*, 2003:31). Die Grondwet en ander SA wette, munisipale regulasies, “Patient Charter Rights “ en die Batho Pele beginsels (Verschoor, Fick, Jansen & Viljoen, 1996:27-35) is onder meer voorbeelde van formele norme wat 'n verpleegkundige behoort na te kom. Die volgende indelings van oortredings van formele norme is na bestudering van die verbatim verslae gemaak:

- ❑ *Aanranding.* Dit het aanklagte van gewone aanranding en/of seksuele aanranding van 'n pasiënt of lid van die publiek ingesluit.
- ❑ *Alkohol en/of middelafhanklikheid.* Aanklagte van persone wat alkohol en of middels misbruik het, is hieronder geklassifiseer.
- ❑ *Diefstal.* Aanklagte ten opsigte van enige vorm van diefstal van geld of goedere, het in hierdie kategorie geval.

- *Moord en poging tot moord.* Die kategorie het verwys na verpleegkundiges wat deur 'n landdros op enige van die twee genoemde aanklagte skuldig bevind is en waar die sake ook na die SARV verwys is.
- *Vervalsing.* Aanklag van enige vorm van vervalsing, ongeag of dit van dokumente, kredietkaarte, tjeks, siekteverlofvorms, enige formele verslag of inligting was, is in hierdie kategorie gegroepeer (vergelyk tabel 2.3).

Onprofessionele gedrag wat **spesifiek op die Verpleegkundige praktyk** van toepassing is, is as oortreding van professionele norme geklassifiseer. Die navorser is van mening dat daar met ontleding van oortredings ten opsigte van professionele norme begaan, moontlike leemtes in verpleegonderrig ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk uitgewys sou kon word. Die volgende kategorieë is ten opsigte van oortreding van professionele norme geskep:

- *Praktiseer onwettig:* Beide professionele verpleegkundiges en verpleegkundiges uit die sub-professionele groep, moet jaarliks voor die gestelde sperdatum hul registrasie hernu en dit is die professionele verantwoordelikheid van elke praktisyn om toe te sien dat dit gedoen word (Searle, 2000:197). Indien hulle dit nie doen nie, praktiseer hulle onwettig.
- *Pasiënte se gesondheidstoestand is nie beraam of geobserveer nie:*
Volgens SARV Regulasie R387 (Februarie 1985, soos gewysig) kan verpleegkundiges wat opsetlik, of nalatig versuim om vitale tekens by 'n pasiënt te monitor, of opsetlik of nalatig versuim om vas te stel wat 'n pasiënt se gesondheidstatus is (beraming), of wat nalaat om die fisiologiese reaksies van die liggaam op siektetoestande, trauma of stres te monitor, deur die SARV vervolg word en tugstappe kan gedoen word indien die persoon skuldig bevind word.

In hierdie kategorie is verpleegkundiges ingesluit wat:

- nagelaat het om pasiënte se gesondheidstatus met opname of gedurende hul verblyf in 'n gesondheidsorgfasiliteit te beraam .
- nie pasiënte se vordering tydens hul verblyf gemonitor (geobserveer) het nie. Pasiënte se reaksie op medikasie toegedien, is deel van hierdie observasie en is ook onder hierdie kategorie ingesluit.
- waardes van vitale tekens gerekordeer het sonder dat dit geneem is.

□ *Foute met medikamente:*

Tugstappe kan ook deur die SARV geneem word wanneer 'n verpleegkundige opsetlik of nalatig versuim om die korrekte administrasie van behandeling, **medikasie** en sorg by 'n pasiënt toe te pas (SARV. Regulasie R387. Februarie 1985, soos gewysig) (vergelyk tabel 2.3).

In hierdie kategorie is dus alle verpleegkundiges wat aangekla is ten opsigte van foute wat met medikamente begaan is, hetsy die verkeerde middel toegedien, verkeerde berekening/ toediening van dosis en/of verkeerde roete toegedien, gegroepeer.

Oortreding van professionele norme, soos in geval van onwettige praktisering, nalaat om pasiënte te beraam en foutiewe toedien van medikamente, impliseer nalatigheid en onbevoegdheid van verpleegkundiges (Searle, 2000:334). Hierdie soort optrede veroorsaak wantroue van die publiek in die professie en die vorming van professionele identiteit kan bevraagteken word.

'n Opsomming van die tipe oortredings begaan, kategorie verpleegkundige en geslag van die verpleegkundiges word in tabel 2.3 uiteengesit.

TABEL 2.3: Aanklag, kategorie verpleegkundige en geslag (n= 148)

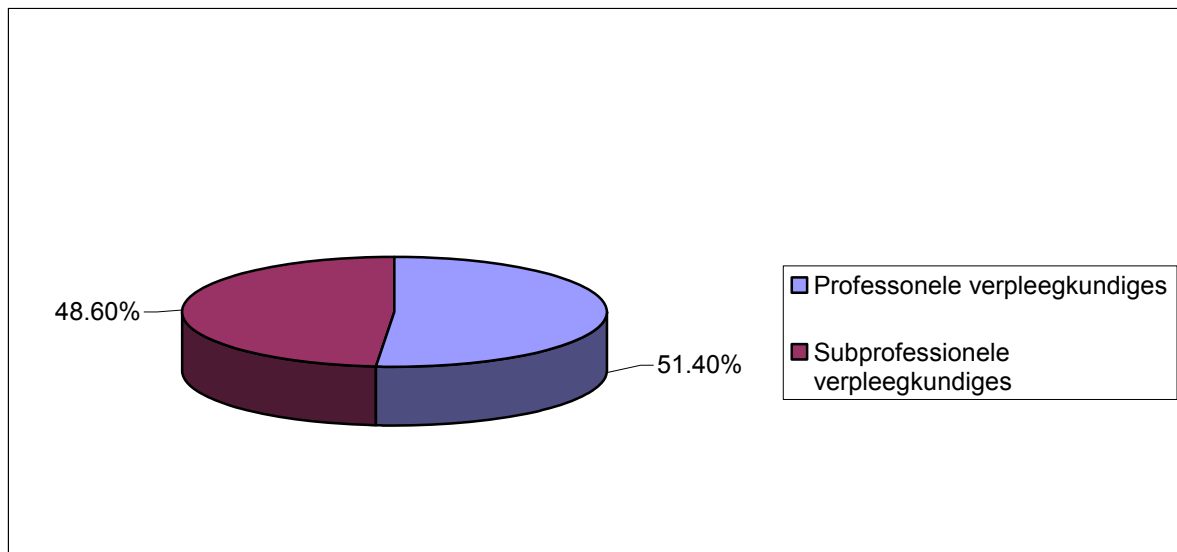
A A N K L A G	PROFESSIONELE VERPLEEGKUNDIGES				SUB-PROFESSIONELE VERPLEEGKUNDIGES							
					INGESKREWE VERPLEEGKUNDIGE				VERPLEEGHULP			
	Manlik		Vroulik		Manlik		Vroulik		Manlik		Vroulik	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Oortreding van formele norme (n=72)												
Aanranding en/of seksuele aanranding	1	0.1	4	2.7	2	1.4	1	0.7	3	2.1	3	2.1
Alkohol en/of middel misbruik	3		9	6.2	0	0	3	2.1	2	1.4	1	0.7
Diefstal	0	0	9	6.2	0	0	0	0	0	0	9	6.2
Moord, poging tot moord	2	1.4	0	0	0	0	1	0.7	0	0	1	1.7
Vervalsing	3	2.1	6	4.1	0	0	1	0.7	1	0.7	7	4.8
TOTAAL	9	6.2	28	19.2	2	1.4	6	4.1	6	4.1	21	14.4
Oortreding van professionele norme (n=76)												
Praktiseer onwettig	1	0.7	5	3.4	0	0	0	0	2	1.4	9	6.2
Pasiënte nie beraam of ge-observeer	3	2.1	32	21.9	0	0	4	2.7	0	0	8	5.5
Foute met medikamente	0	0	9	6.2	0	0	2	1.4	0	0	1	0.7
TOTAAL	4	2.8	46	31.5	0	0	6	4.1	2	1.4	18	12.4

Uit tabel 2.3 blyk dit dat 72 verpleegkundiges (48.6%) vir oortreding van formele norme en 76 persone (51.4%) vir oortreding van professionele norme aangekla is. Die verskillende oortredings sal vervolgens bespreek word.

2.12.3.1 Formele norme

2.12.3.1.1 Kategorie praktisyn aangekla (n=72)

Van die 148 aangeklaagdes was 72 verpleegkundiges (48,6%), ten opsigte van formele norme aangekla (vergelyk tabel 2.3). Van hierdie 72 verpleegkundiges was 37 (51%) persone professionele verpleegkundiges en 35 (49%) persone subprofessionele verpleegkundiges. Die verspreiding van kategorie praktisyn aangekla ten opsigte van formele norme, is soos in figuur 2.3 aangedui:



FIGUUR 2.3: Kategorie verpleegkundiges aangekla vir oortreding van formele norme

Figuur 2.3 illustreer dat daar 2% méér professionele verpleegkundiges as subprofessionele verpleegkundiges ten opsigte van oortreding van formele norme in die tydperk wat die ondersoek geloods is, aangekla was.

Dit moet egter ook in ag geneem word dat daar in 1999 7.8% meer professionele verpleegkundiges as subprofessionele verpleegkundiges by die SARV geregistreer was (SANC. Information booklet. 2001:20). Daar kan dus geen afleiding gemaak word ten opsigte van die bevinding dat 2% meer professionele verpleegkundiges as

subprofessionele verpleegkundiges vir oortreding van professionele norme aangekla is nie.

Formele norme het nie direk met die professie as sulks te doen nie, maar dit is algemeen aanvaarde norme wat 'n goed aangepaste, volwasse landsburger behoort na te kom. Dit is dus kommerwekkend dat enige verpleegkundige en veral professionele verpleegkundiges juis onder hierdie kategorie aangekla is, want dit is die plig van 'n professionele praktisyn om 'n waardige landsburger te wees (Muller, 2002:20; Searle, 2000:178)

2.12.3.1.2 Tipe oortreding begaan ten opsigte van formele norme

Tabel 2.2 (bladsy 59) reflekteer dat 14 verpleegkundiges uit beide die kategorieë en geslagte, vir aanranding aangekla is. Hiervan is 13 van die verpleegkundiges skuldig bevind en gevonniss. 'n Pasiënt is 'n kwesbare persoon en daarom is dit te meer 'n verpleegkundige se plig om die pasiënt by te staan en te ondersteun, asook om nie wreed of onmenslik teenoor die pasiënt op te tree nie (Searle, 2000:243; Mellish & Paton, 1999:141; Sabatino, 1999:376). Hierdie beginsel word ook weerspieël in die simboliek van die lamp wat tradisioneel nog deur baie studentverpleegkundiges aan die einde van hul opleiding aangesteek word. Die lamp simboliseer 'n ligbaken vir diegene wat in pyn en nood verkeer, asook vir dié wat nie na hulself kan omsien nie (Mellish & Paton, 1999:141). Aanranding staan lynreg teenoor genoemde beginsel.

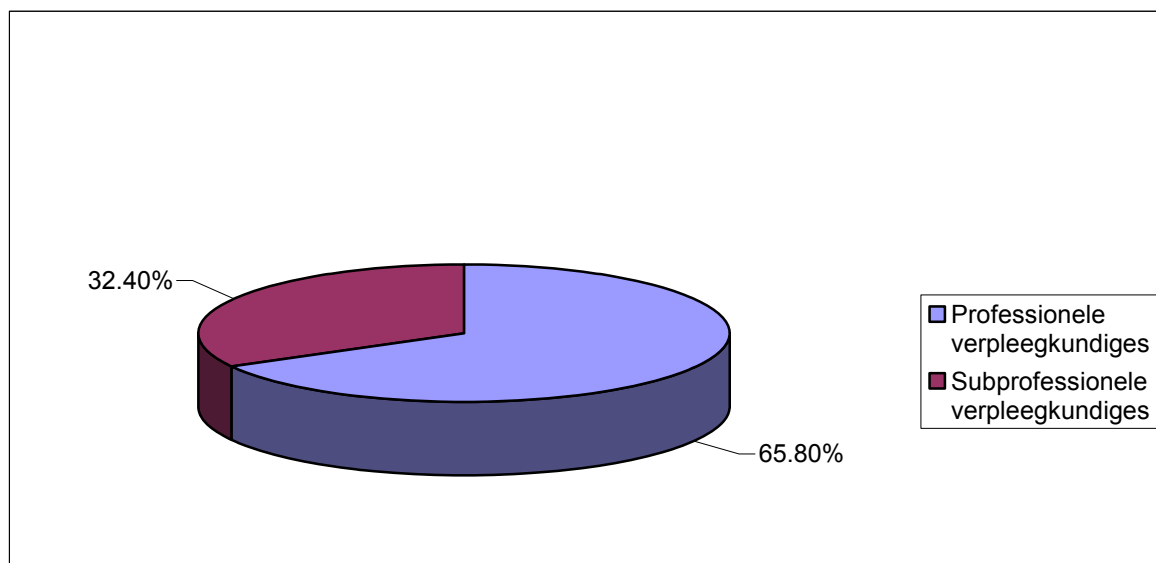
Aangesien studentverpleegkundiges uit verskillende agtergronde en kulture die Verpleging professie betree en formele norme deur persone met verskillende agtergronde en kulture verskillend interpreteer en toepas (Leiniger. 1988. *In* Abdullah, 1995:716), is dit noodsaaklik dat daar in die onderrig van studentverpleegkundiges ook oorweging aan die onderrig van formele norme geskenk moet word. Indien wangedrag, soos byvoorbeeld akademiese oneerlikheid, nie onmiddellik aangespreek word nie, mag studente die indruk (verkeerdelik) kry dat sulke gedrag aanvaarbaar is (Kolanko, Clark, Heinrich, Olive, Serembus & Sifford, 2006:intyds).

2.12.3.2 Professionele norme

Met hierdie kategorie is gepoog om wanpraktyk wat **spesifiek op die Verpleegkundige praktyk** van toepassing is, te identifiseer, aangesien moontlike leemtes ten opsigte van die onderrig daarvan, hier uitgewys kon word.

2.12.3.2.1 Kategorie praktisyn aangekla ($n=76$)

Uit tabel 2.3 blyk dit dat 76 persone (51.4%) van die totale getal aangeklaagdes professionele norme oortree het. Die verspreiding van kategorie verpleegkundiges wat professionele norme oortree het word in figuur 2.4 voorgestel:



FIGUUR 2.4: Kategorie verpleegkundiges vir oortreding van professionele norme aangekla

Dit is duidelik dat meer as die helfte van persone (65,8%) wat ten opsigte van professionele norme aangekla is, uit die professionele groep verpleegkundiges gekom het (vergelyk figuur 2.4). Dit is dubbeld soveel as die 32.4% van persone wat uit die subprofessionele groep ten opsigte van oortreding van professionele norme aangekla is.

Dit is egter nodig dat hierdie verskil in getal aanklagte tussen die twee groepe met die verskil in bestek van praktyk van die twee groepe, in verband gebring moet word. Die bestek van praktyk van die subprofessionele groep verpleegkundiges (Ingeskrewe verpleegkundige en –verpleeghulp) behels onder meer uitvoer van ...” die handelinge en prosedures as deel van die verpleegregimen **wat deur ‘n geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou** beplan en geïnisieer is en onder sy direkte of indirekte toesig uitgevoer word...” (SARV. Regulasie R2598. November 1984, soos gewysig). Professionele verpleegkundiges is dus verantwoordbaar en aanspreeklik vir hulle **eie optrede** en hulle het die **bykomende verantwoordelikheid** om toesig oor subprofessionele verpleegkundiges uit te oefen (Searle, 2000:4, 56; SARV. Regulasie R1649. September 1973, soos gewysig; SARV. Regulasie R2598. November 1984, soos gewysig; SARV. Regulasie R1648. September 1973, soos gewysig).

Die professionele verpleegkundige moet dus die bestek van praktyk, waarvolgens die subprofessionele verpleegkundige kan praktiseer, ken en toesien dat sy nie take verrig wat buite daardie grense val nie. Searle (2000:57) noem dat veral ingeskrewe verpleeghulpe deur gesondheidsorg-instansies misbruik word deur hulle sonder die behoorlike toesig van ‘n professionele praktisyn te laat werk. Dit stel hierdie kategorie verpleegkundiges aan wanpraktyk bloot.

Ongeag bogenoemde, het subprofessionele verpleegkundiges ook ‘n verantwoordelikheid teenoor die pasiënt om binne die professioneel-etiese raamwerk van die professie op te tree (Searle, 2000:4; SARV. Regulasie R2598. November 1984, soos gewysig). Die onderrig van Etos en Professionele Praktyk vir die subprofessionele groep verpleegkundiges val egter buite die raamwerk van dié studie.

As onafhanklike verpleegpraktisyn het die professionele verpleegkundige ‘n verantwoordelikheid ten opsigte van die besluite wat sy daagliks (moet) neem. Hierdie verantwoordelikhede word spesifiek in SARV Regulasies, soos onder andere, SARV Regulasie R2598 van November 1984, soos gewysig, uitgespel. Sy is verantwoordbaar en aanspreeklik vir die keuses wat sy ten opsigte van die

verantwoordelikhede uitoefen (Muller, 2002:52; Searle, 2000:167). Hierdie aspek behoort tydens onderrig van studente aangespreek te word.

Daar bestaan 'n ongeskrewe sosiale kontrak tussen die professie en die samelewing en volgens hierdie kontrak verwag die samelewing dat professionele verpleegkundiges op verantwoordelike en aanspreeklike wyse, in belang van die samelewing sowel as die professie sal optree (Searle, 2000:96; SANC. Draft Charter on Nursing Practice. 28 September 2004). Verpleegkundiges moet ook dienooreenkomstig onderrig word, maar die toename in tegnologie en wetenskap het veroorsaak dat daar nie voldoende tyd aan die onderrig van Etos en Professionele Praktijk afgestaan word nie (Searle, 2000:96).

Studente word dus aan 'n gemengde kwaliteit van onderrigsituasies in die teorie en praktijk blootgestel en dit is moontlik dat hierdie leerprosesse onvoldoende is (Kyrkjebo & Hage, 2005:intyds). Dit kan daartoe lei dat studente nie effektief onderrig word om uiteindelik 'n professionele identiteit te bekom nie. Studente wat nie 'n professionele identiteit ontwikkel nie, sal nie aan die professie toegewyd wees nie. Sodanige studente sal ook nie die waardes en norme van Verpleging koester nie (Davies, 2002:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:726) en dit kan dus moontlik daartoe aanleiding gee dat onprofessionele praktijk voorkom.

Indien wangedrag wat by studente voorkom reeds tydens opleiding geïdentifiseer en hanteer word, kan dit die insidensie van wanpraktijk verminder (Kolanko *et al.*, 2006:intyds; Ruben, 2002:474). Studente met hoë risiko gedrag, soos byvoorbeeld moontlike alkohol- en middelafhanklikheid, of wat handtekeninge in werkboeke of kraamregisters vervals, of fiktiewe inligting in dokumente neerskryf, moet geïdentifiseer en hanteer word ten einde wanpraktijk later te voorkom (Kolanko *et al.*, 2006:intyds).

'n Opname oor die huidige proses waarvolgens Etos en Professionele Praktijk onderrig word, met ander woorde, die inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke

sowel as hoeveel tyd daaraan afgestaan word, mag moontlik lig werp op hoe effektief studente onderrig word om 'n professionele identiteit te vorm.

2.12.3.2.2 Tipe oortreding begaan ten opsigte van professionele norme

Ten opsigte van **spesifieke verpleegkundige aksies** (professionele norme), naamlik die toedien van medikamente sowel as beraming of observering van pasiënte of kliënte, is daar in totaal **76** verpleegkundiges (50.4%) uit **beide groepe aangekla**. Die foute wat begaan is, word in tabel 2.4 gelys:

TABEL 2.4: Foute ten opsigte van medikasie begaan

TIPE FOUT BEGAAN	PROFESSIONELE VERPLEEGKUNDIGE	SUBPROFESSIONELE VERPLEEGKUNDIGE
Voorskrif nie reg verstaan nie	1	-
Foutiewe medikament of foutiewe dosis toegedien	7	1
Medikamente nie toegedien nie	1	-
Medikasie aan 'n pasiënt verkoop	-	1
Medikament toegedien wat nie voorgeskryf is nie	-	1
TOTAAL	9	3

Verpleegkundiges uit beide groepe het foute begaan wat óf met onvoldoende kontrolering of met foutiewe berekening van medikasie, te doen gehad het (vergelyk tabel 2.4).

Die toedien van medikasie word eksplisiet as 'n verantwoordelikheid van die professionele praktisyn per regulasie uitgespel (SARV. Regulasie R2598. November 1984, soos gewysig), terwyl dit nie die geval by die subkategorie verpleegkundiges is nie. Indien 'n subprofessionele praktisyn medikasie moet toedien, bly dit die professionele praktisyn se verantwoordelikheid om toe te sien dat dit korrek gedoen word.

Die tendens om foute te begaan met medikamente deur verpleegkundiges was ook in 'n studie, gedoen in Turkye, gevind (Gündoğmus, Özkara & Mete, 2004: intyds) en dit is dus nie net tot Suid-Afrikaanse verpleegkundiges beperk nie. Dié tipe oortredings bly egter 'n kritiese oortreding omdat dit tot onomkeerbare skade en selfs afsterwe van die pasiënt kan lei. In hierdie ondersoek van dissiplinêre sake het die foute begaan met medikasie tot die dood van 4 (vier) pasiënte gelei.

Dit is die plig van elke professionele verpleegkundige om toe te sien dat sy die korrekte prosedure ten opsigte van die toedien van medikamente en ook die berekening van dosisse nakom. Sy moet, in gevalle waar voorskrifte onduidelik geskryf is, uitklaar wat voorgeskryf is en so die korrekte voorskrif toedien (Searle, 2000:194, 204, 221).

Onderrig van studente in die berekening van dosisse sowel as in die toediening van medikamente en die toepaslike observasie van pasiënte se reaksie op die toegediende medikamente, moet dwarsdeur hulle opleiding beklemtoon word. Studente moet ook bekend wees met die toepaslike Regulasies rakende toediening van medikamente, asook die gepaardgaande observasie of waarneming ten opsigte van die pasiënt se reaksie daarop. Professionele verpleegkundiges behoort deur middel van voortdurende onderrig op gereelde basis by Gesondheidsorginstansies hieroor assessee te word.

Ten opsigte van **beraming en of observering** van pasiënte of kliënte, is die oortredings wat begaan is in die tabel 2.5 aangedui:

TABEL 2.5: Foute ten opsigte van beraming of observering begaan

FOUT BEGAAN	PROFESSIONEL E PRAKTISYN	SUBPROFESSI ONELE PRAKTISYN
Pasiënt se gesondheidstatus nie beraam/ geobserveer nie	21	9
Versuim om binne-aarse oorgieting vloei in hand te kontroleer	2	-
Nie pasiënte by aanvang van baring of tydens baring te beraam nie	12	1
Postoperatiewe vitale tekens neergeskryf sonder dat dit werklik geneem is	-	1
Nie geregistreerde verpleegkundige ontbied toe pasiënt by noodgevalle aangekom het nie.	-	1
TOTAAL	35	12

Uit tabel 2.5 is dit duidelik dat verpleegkundiges uit beide groepe nie pasiënte se gesondheidstatus beraam het nie. Oneerlikheid het ook by die subprofessionele groep verpleegkundiges voorgekom waar postoperatiewe vitale tekens se waardes neergeskryf is, sonder dat dit werklik geneem is. Waarneming of observering van pasiënte is beide die professionele- sowel as subprofessionele verpleegkundiges se verantwoordelikheid (SARV Regulasie R2598. November 1984, soos gewysig). Die nalaat van, of onvoldoende observering van pasiënte bly ernstige oortredings, ongeag die omstandighede wat daartoe aanleiding kon gee (SARV. Regulasie R387. Februarie 1985, soos gewysig).

Tydens die ontleding van die dissiplinêre sake is daar een geval aangeteken waar 'n persoon 13 ure aaneen dagdiens gedoen het. Hierdie persoon het 'n medikament verkeerd toegedien en die pasiënt is as gevolg daarvan oorlede. Daar is nie in die verbatim verslag aangedui of hierdie praktisyn as gevolg van 'n tweede werk of moontlik as gevolg van 'n tekort aan personeel, oortyd (moes) gewerk het nie. Die uitslag van laasgenoemde verhoor was ook skuldigbevinding met skorsing van 6 maande, opgeskort vir 2 jaar.

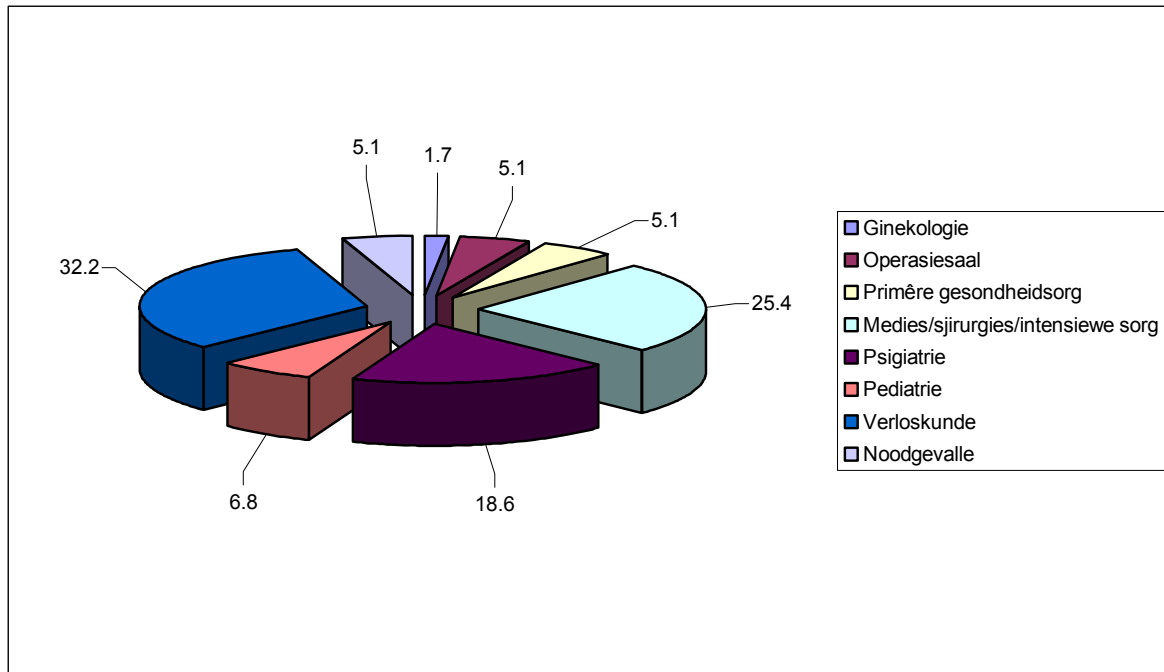
In 'n ander geval was 'n aangeklaagde persoon by twee verskillende instansies werksaam. In die aangemelde insident was die aangeklaagde, 'n professionele verpleegkundige, by 'n operasie betrokke en kon sy, as gevolg van die tweede werk, nie die operasie enduit deursien nie. Sy het toe die operasiesaal verlaat voordat die operasie voltooi is. Sy is ook skuldig bevind en die strafoplegging in haar geval was skorsing vir een jaar, opgeskort vir 2 jaar.

Dit is duidelik dat waar verpleegkundiges deur twee verskillende instansies in diens geneem word of waar ongewone lang ure aaneen gewerk word, uitputting voorkom wat tot gevolg het dat 'n persoon nie meer effektief kan funksioneer nie. In die geval van die aanneem van 'n tweede werk, kom daar egter botsing van belange ook voor (Bhengu, 2000:48-49), wat ook tot oortreding van professionele norme kan lei.

2.12.4 Verskillende dissiplines waar aangeklaagdes werksaam was

Die dissiplines waar die verskillende aangeklaagdes tydens die aanklag van onprofessionele gedrag werksaam was, byvoorbeeld in 'n mediese afdeling, operasiesaal of psigiatrisiese afdeling, was nie in al die verslae gedokumenteer nie. Dit is byvoorbeeld nie bekend in watter afdelings persone wat onwettig gepraktiseer het en beboet is, gewerk het nie.

Die verspreiding van waar die aangeklaagdes gewerk het (n=59), word in figuur 2.5 uitgebeeld.



FIGUUR 2.5: Dissiplines waar aangeklaagdes werksaam was

Uit figuur 2.5 blyk dit dat die meerderheid van die 59 aangeklaagdes (32.2%) in Verloskunde werksaam was. Veertien (23.7%) van die 20 Verloskundiges wat aangekla is, is aan onprofessionele gedrag skuldig bevind.

In 'n studie, gedoen in Turkye, was 59 sake, waarby 94 persone betrokke was, ondersoek. Hiervan was 53 Verloskundige verpleegkundiges aangekla en 25 (47.2%) is skuldig bevind (Gündogmus *et al.*, 2004:intyds). Dit wil dus voorkom of dié tendens dat meer Verloskundige verpleegkundiges as Algemene verpleegkundiges van onprofessionele gedrag aangekla word, nie slegs tot Suid-Afrika beperk is nie.

Dit blyk egter verder uit die genoemde studie dat die Algemene verpleegkundige in Turkye nie so outonoom funksioneer as haar eweknie in Suid-Afrika nie, terwyl die praktyk van die vroedvroue egter min of meer ooreenstem met dié van Suid-Afrikaanse vroedvroue.

2.12.5 Aangeklaagdes en kwalifikasies

Te min inligting was in die verslae ten opsigte van basiese, professionele opleiding ondergaan, sowel as tydstip van voltooiing daarvan, beskikbaar om enige afleidings daaroor te kon maak. Dieselfde geld ook ten opsigte van addisionele kwalifikasies verwerf.

2.12.6 Tendense

2.12.6.1 Persentasie manlike verpleegkundiges aangekla teenoor persentasie manlike verpleegkundiges in die professie

Die totale aantal Professionele- en subprofessionele verpleegkundiges, geregistreer of ingeskryf by die SARV in 1999 (SANC. Information booklet, 2001:20) was 92 390 persone. Hiervan was 4 507 (4,9%) manlike verpleegkundiges. Die aantal manlike verpleegkundiges wat ten opsigte van wanpraktyk vir die tydperk Januarie 1996-Des 2002 aangekla is, was 22 (14.7%). 14.7% manlike verpleegkundiges aangekla teenoor 4.9% manlike verpleegkundiges in die professie, is statisties betekenisvol hoër ($p < 0.0001$).

2.12.6.2 Persentasie vroulike verpleegkundiges aangekla teenoor totale persentasie vroulike verpleegkundiges in die professie

Van die 92 390 totale getal verpleegkundiges wat in 1999 (SANC. Information booklet, 2001:20) by die SARV geregistreer of ingeskryf was, was 87 883 (95.1%) vroue. Die getal vroulike praktisyns wat ten opsigte van wanpraktyk gedurende Januarie 1996-Des 2002 aangekla is, was 126 (85.1%). Hierdie persentasie is nie statisties beduidend nie.

2.12.7 Aanmeld van wanpraktyk

Dit moet in ag geneem word dat nie alle wanpraktyk wat plaasvind, by die SARV aangemeld word nie. In die tydperk (1996 – 2001) was 'n gemiddeld van 27,6 aanklagte deur die SARV ondersoek. Die getal aanklagte wat in die tydperk aanhangig gemaak is, kan nie vasgestel word nie.

Volgens Crigger (2005:intyds) is die getal aangemelde foute in gesondheidsorg maar 'n punt van die ysberg, aangesien individue nie graag hulle foute blootstel nie. Een van die redes hiervoor kan wees dat die maak van 'n fout die individu aan baie kognitiewe emosies blootstel (Crigger, 2005:intyds).

'n Groot aantal pasiënte sterf jaarliks in die VSA as gevolg van foute wat met medikasie begaan word (H. Cohen, 2001:27; R. Cohen, 2001:147). Slegs 0.01% - 0.05% van alle foute met medikasie word deur middel van verslae aangemeld, omdat verpleegkundiges (geneeshere en verpleegkundiges) 'n vrees vir straf het (H. Cohen, 2001:28; R. Cohen, 2001:148). Dieselfde tendens is deur Gündogmus *et al* (2004:intyds) in 'n studie in Turkye gevind. Indien foute nie aangemeld word nie, kan persone wat foute begaan, nie reggehelp word nie. Sodoende kan foutiewe gedrag voortduur en uiteindelik tot 'n dissiplinêre verhoor lei. McCarthy (2000. *In* Crigger, 2005:intyds) wys daarop dat 'n individu wat bewus is van onprofessionele gedrag en dit nie aanmeld nie, net so skuldig is as die oortreder self. Indien foute volgens die Foutiewe Stelselmodel beoordeel word, mag dit daartoe bydra dat individu makliker na vore sal kom indien foute begaan word (Crigger, 2005:intyds).

Die karaktereienskap om self vas te stel waarom 'n fout begaan is, is 'n weerspieëling van professionele gedrag en daarom behoort studente gedurende hulle opleiding aangemoedig te word om vas te stel waarom hulle foute met toediening van medikamente begaan en dan in staat wees om die probleem reg te stel (R. Cohen, 2001:148).

2.13 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die ontleding van dissiplinêre sake beskryf. In die proses van analise en gepaardgaande literatuurkontrole is insig oor wat professionele praktyk (gedrag) behoort te wees, asook wat onprofessionele gedrag behels, bekom.

Fase 1, stap 1 is hiermee afgehandel. Ten einde 'n meer volledige beeld van wat Professionele Praktyk behels te bekom, sal die persepsie van geregistreerde verpleegkundiges bekom word. Dit word in Fase 1, stap 2, hoofstuk 3 beskryf.

HOOFSTUK 3:

FOKUSGROEPONDERHOUE (*FASE 1, STAP 2*)

3.1 INLEIDING

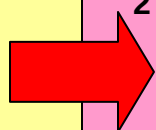
Omvattende literatuur, waar alle aspekte rakende [Etos en] Professionele Praktijk in een dokument beskryf word, kon nie deur die navorser opgespoor word nie. Verskillende outeurs beskryf verskillende aspekte van Professionele Praktijk terwyl professionele verpleegkundiges se persepsies ten opsigte daarvan ook verskillend is. Ten einde hierdie persepsies van verpleegkundiges te kon bekom is fokusgroep-onderhoude gedoen.

Die inligting wat só bekom is, tesame met inligting bekom uit die ontleding van dissiplinêre sake (vergelyk hoofstuk 2), is gebruik om 'n begrip van Professionele Praktijk te vorm. Hierdie inligting is ook gebruik in die samestelling van 'n onderhoudskedule vir die insameling van data oor die onderrig van Professionele Praktijk (vergelyk hoofstuk 5). Fokusgroeponderhoude is 'n toepaslike metode om te gebruik om inligting te bekom ten einde 'n instrument daar te stel wanneer daar, soos in geval van hierdie studie, nie reeds 'n toepaslike instrument bestaan het nie (Polit & Beck, 2004:275).

In hierdie hoofstuk word Fase I, stap 2 (vergelyk tabel 3.1) van die navorsing breedvoerig bespreek. Ten einde die verloop van die studie duidelik en verstaanbaar te beskryf, sal die metodologie, data-insameling, – ontleding en literatuurkontrole van hierdie stap vervolgens beskryf word.
--

TABEL 3.1: Navorsingsverloop

FASE	STAP	SUB-STAP	AKSIE	DOELWIT	HOOFSTUK EN BLADSY
I	DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”				
	1	Ontleding van onprofessionele gedrag soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het			
		1.1	Saamstel van ‘n data-insamelingsinstrument	Om inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag te bekom	Hoofstuk 2 BI 42 - 76
		1.2	Data-insameling deur middel van ‘n data-insamelings-instrument	Om die aard van onprofessionele gedrag, soos wat dit oor ‘n tydperk van 6 jaar voorgekom het, te identifiseer en te beskryf	
		1.3	Literatuurkontrole	Om inligting oor die SARV te bekom en om die verkreeë inligting oor onprofessionele gedrag, te verifieer	
	2	Persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk			
		2.1	Doen van fokusgroep-onderhoude	Ten einde die persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	Hoofstuk 3 BI 77 - 168
		2.2	Literatuurkontrole	Ten einde die inligting bekom deur middel van die fokusgroeponderhoude, te verifieer en te vergelyk	



3.2 DOEL VAN DIE FOKUSGROEPONDERHOUDE

Fokusgroeponderhoude word gedoen met die doel om ervarings, opinies, wense of vrese van persone te beskryf of om die verskillende persepsies van mense in verskillende sosiale situasies te ondersoek (Polit & Beck, 2004:343; McLafferty, 2004:187; Burns & Grove, 2005:542; Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2001:18; Krueger & Casey, 2000:2; Barbour & Kitzinger, 1999:5). In hierdie studie was die doel van die fokusgroeponderhoude om die persepsies van professionele verpleegkundiges rakende professionele praktyk te bekom, ten einde 'n begrip van professionele praktyk te kon vorm, sowel as om 'n onderhoudskedule te kon saamstel.

3.3 NAVORSINGSONTWERP

In hierdie fase is 'n kwalitatiewe ontwerp gevolg. Die logika waarop kwalitatiewe navorsing berus, is dat daar nie net één enkele realiteit bestaan nie en dat realiteit, wat op persepsies gebaseer is, van persoon tot persoon verskil en ook van tyd tot tyd verander (Burns & Grove, 2001:61). Die persepsies van verskillende professionele verpleegkundiges, van verskillende ouderdomme, range en werksinstansies, ten opsigte van Professionele Praktyk, is in hierdie fase bekom.

3.4 NAVORSINGSTEGNIEK

Fokusgroeponderhoude is as data-insamelingtegniek tydens hierdie fase gebruik.

3.4.1 Fokusgroep

'n Fokusgroep is 'n besprekingsgroep wat 'n *spesifieke saak* ondersoek of *bespreek* (Polit & Beck, 2004: 342; McLafferty, 2004:187-188; Barbour & Kitzinger, 1999:4; Krueger & Casey, 2000:12). In kwalitatiewe studies, waar mense se ervarings, opinies, wense of bekommernisse geïdentifiseer en ontleed moet word, is die navorsingstegniek van keuse dikwels fokusgroeponderhoude (Polit & Beck, 2004:343; Burns &

Grove, 2005:542; Barbour & Kitzinger, 1999:5; Bloor, *et al.*, 2001:18; Krueger & Casey, 2000:12), soos wat in dié studie die geval is.

3.4.1.1 Voordele van fokusgroeponderhoude

Fokusgroeponderhoude hou verskeie voordele vir navorsing in, waarvan die volgende op hierdie studie van toepassing was:

- ❑ *Deur dialoog te stimuleer is 'n ryke omvang van data op 'n effektiewe wyse bekom. Dialoog is gestimuleer deurdat een verpleegkundige haar mening gelug en dit die gedagtes van die ander geprikkel het sodat hulle hul menings gegee het (Polit & Beck, 2004:343; McLafferty, 2004:187; Babbie, 2001:294).*
- ❑ *Die persepsies van 'n hele aantal persone is relatief gou op 'n effektiewe wyse bekom (Polit & Beck, 2004:343; Reed & Payton, 1997:765).*
- ❑ *Onderwerpe waaroor daar nie altyd in die algemeen oor gepraat of gedink word nie, soos byvoorbeeld wat presies Professionele Praktyk behels, is in die fokusgroepe bespreek en kon daarna beskryf word (Polit & Beck, 2004:342).*
- ❑ *Dit was koste-effektief omdat resultate vinnig bekom is terwyl dit nie 'n groot finansiële uitgawe was nie (Krueger, 1988:47. In Babbie, 2001:294).*

3.4.1.2 Nadele van fokusgroepe

Soos met enige navorsingstegniek is daar ook nadele aan die doen van fokusgroeponderhoude verbonde. Die volgende moontlike nadele kan ter sprake wees:

- ❑ Die moontlikheid het bestaan dat die navorser minder beheer oor die fokusgroepe kon uitoefen as wat dit met 'n individuele onderhoud die geval sou

wees, want 'n fokusgroep is 'n sosiale, dinamiese situasie en die deelnemers se interaksie en reaksie is nie voorspelbaar nie (Bloor, *et al.*, 2001:21). Die volgende is gedoen ten einde beheer te kon uitoefen:

- Deelnemers met 'n sterk radikale persepsie ten opsigte van die onderwerp is nie vir die fokusgroepe geselekteer nie, aangesien daar konflik in die groep, as gevolg hiervan, kon ontstaan (Bloor, *et al.*, 2001:20; Reed & Payton, 1997:769).
 - Die gekose fasiliteerders was ervare, ouer verpleegkundiges wat ervaring ten opsigte van konflikhantering gehad het.
- Dit kon moeiliker wees om die deelnemers bymekaar te bring as met individuele onderhoude (Bloor, *et al.*, 2001:33). Die navorser het om hierdie rede die volgende maatreëls geïmplementeer soos beskryf in Polit & Beck (2004:342):
- uitnodigings is persoonlik, telefonies en skriftelik aan die lede van fokusgroep 1 (Privaathospitaal) gerig. In geval van fokusgroep 2 (Sekondêre instansie) is persone nie persoonlik gekontak nie. Die navorser het verkies om individuele uitnodigings te rig, maar is deur die Assistent-direkteur van die instansie versoek om deur 'n hoofverpleegkundige, aangewys deur haar, te werk. Die betrokke hoofverpleegkundige was aan die groeplede bekend en dit is waarskynlik die rede waarom almal wel vir die fokusgroeponderhoud opgedaag het. Deelnemers van fokusgroep 3 is in persoon, of telefonies of per elektroniese-pos, om deelname genader. Al dié deelnemers, wat aangedui het dat hulle die fokusgroep sou bywoon, het dit bygewoon.
 - Twee van die fokusgroepe (1 en 2) was rondom etenstyd geskeduleer en daarom is verversings verskaf. Die deelnemers is vooraf van dié reëling in kennis gestel. Die verskaffing van verversings by 'n

fokusgroeponderhoud kan as aansporing vir bywoning dien (Polit & Beck, 2004:425; Bloor, *et al.*, 2001:35). By fokusgroep 3 het die onderhoud na afloop van 'n geskeduleerde vergadering, om 16:00 plaasgevind en aangesien daar reeds voorsiening vir aandete gemaak was, is verversings in dié geval nie bedien nie. Al die lede het egter vir die fokusgroep opgedaag.

- 'n Herinnering aan die afspraak is gemaak. Die deelnemers van fokusgroep 1 en die hoofverpleegkundige van fokusgroep 2 is die dag voor die verskillende fokusgroeponderhoude telefonies gekontak om hulle aan die afspraak te herinner.

Slegs een persoon van fokusgroep 1 het nie vir die fokusgroep opgedaag nie. Hierdie persoon het egter die dag voor die fokusgroep gehou sou word, met die navorser geskakel en verduidelik dat 'n kollega in haar afdeling, skielik siek geword het en dat sy in daardie persoon se plek moes diens doen en daarom kon sy nie meer deelneem nie. Die res van die persone het by die onderskeie groepe, soos gereël, opgedaag.

- Persone met groot verskil in status en mag kon ander groeplede van deelname weerhou (Bloor, *et al.*, 2001:20-21). Tydens die hou van die verkenningsonderhoud (loodsstudie) se fokusgroep was die invloed wat persone met hoë range op dié met laer range het, waarneembaar. Die navorser het om hierdie rede persone van min of meer dieselfde rang of posisie vir fokusgroepe 1 en 2 geselekteer. By die derde fokusgroep was die persone se range of posisie nie vooraf bekend nie en sou dit dus nie 'n invloed kon uitoefen nie.
- Deelnemers kon ongemaklik voel om hulle menings te lug:
Deelnemers wat nie aan mekaar bekend is nie mag ongemaklik voel om hul menings in 'n groep te lug. Om die rede is deelnemers van dieselfde instansie

onderskeidelik vir fokusgroepe 1 en 2 geselekteer. Omdat die persone aan mekaar bekend was, het dit gesprekvoering gestimuleer.

Die genoemde maatreëls wat getref is om die nadele wat kon voorkom te beperk, was effektief.

3.4.1.3 Groepgrootte

Daar bestaan verskillende menings oor wat die grootte van 'n fokusgroep behoort te wees. Volgens McLafferty (2004:187) kan 'n fokusgroep uit 6 tot 50 persone bestaan. Ander outeurs onderskei tussen fokusgroepgrootte ten opsigte van verskillende navorsingsrigtings en beveel aan dat 8-12 groeplede vir bemarkingsnavorsing voldoende is, terwyl 3 (drie), of op die meeste, 5-6 persone vir sosiologiese studies voldoende is (Barbour & Kitzinger, 1999:8). Babbie (2001:294) stel 12-15 persone as die ideale groepgrootte voor. Hierteenoor beveel Krueger & Casey (2000:26) en Bloor, *et al.*, (2001:27) 6-8 persone en Burns en Grove (2005:543) 6-10 as die ideale grootte aan. In dié studie is daar drie fokusgroepe gehou en die groepgroottes het tussen 6-7 persone per groep gewissel. Die fasiliteerders kon met gemak dié grootte hanteer en alle deelnemers het voldoende geleentheid gehad om aan die gesprek deel te neem.

3.4.1.4 Fasiliteerder

Die fasiliteerder lei die groeps gesprek met behulp van 'n aantal vooraf opgestelde vrae (Polit & Beck, 2004:342). Die fasiliteerder speel 'n belangrike rol in die sukses van 'n fokusgroeponderhoud sowel as in die waarheidgetrouheid van die inligting wat bekom word. Dit is die verantwoordelikheid van die fasiliteerder om insette van deelnemers te verkry, asook om die interaksie tussen deelnemers aan te moedig. Verder moet die fasiliteerder neutraal bly en nie veroordelend optree nie, aangesien sulke optrede moontlik daartoe kan lei dat deelnemers nie verder spontaan in die fokusgroeponderhoud reageer nie (Polit & Beck, 2004:343; Burns & Grove, 2005:544).

In hierdie studie is van twee verskillende fasiliteerders by die drie fokusgroeponderhoude gebruik gemaak. Die fasiliteerder by fokusgroep 1 en 2 was dieselfde persoon. Dieselfde fasiliteerder was egter nie vir die derde fokusgroep beskikbaar nie en 'n tweede fasiliteerder het dié fokusgroeponderhoud waargeneem. Die fasiliteerder van groepe 1 en 2 is 'n ervare lektrise en sy beskik oor navorsingsondervinding en vaardighede. Sy het al dikwels as fasiliteerder by fokusgroeponderhoude opgetree en is dus 'n kundig op dié gebied. Die fasiliteerder van groep 3 beskik oor 'n doktorsgraad in Verpleegkunde en het ook ervaring as fasiliteerder by fokusgroeponderhoude aangesien sy dikwels by die plaaslike universiteit as fasiliteerder by fokusgroepe gebruik word.

Beide die fasiliteerders het aan die vereistes gestel aan fasiliteerders, voldoen en het die volgende beginsels toegepas:

- Deelname aan die gesprek is aangemoedig deur onder meer vrae as volg te vra: *“En professionele finesse, wat is professionele finesse?”* (fasiliteerder 1) en *“so except behaviour and rules and regulations, what else do you see if we talk about... or are there other things on behaviour that we can still talk about?”* (fasiliteerder 1).
- Individue wat nie spontaan aan die gesprek deelgeneem het nie, is betrek deur hulle direk aan te spreek en só deelname van al die lede te verseker: *“I would like to hear what [name] says”* (fasiliteerder 1) en *“any comment, [name]”* (fasiliteerder 2).
- Lede is op die onderwerp onder bespreking gefokus gehou. Dit was daarom vir die fasiliteerders dikwels nodig om deelnemers op sensitiewe wyse terug te bring na die onderwerp van bespreking: *“kan ek jou in die rede val? Jy sê die professionele praktyk het agteruit gegaan, maar wat sien jy dan nou as professionele praktyk?”* (fasiliteerder 1).

- Daar is neutraal teenoor die groep en groeppresponse gebly (Burns & Grove, 2005:544). Die volgende is voorbeelde oor hoe die fasiliteerders neutraal gebly het: op 'n deelnemer in fokusgroep 2 se bydrae: *"...you must not come drunk on duty. Or always even if you are off duty you are always drunk. It [you] must be [an] example..."* het fasiliteerder 1 as volg gereageer: *"so you must be an example."* In fokusgroep 3 het 'n deelnemer die volgende gesê: *"...the profession is like a person without a ... self image"* en fasiliteerder 2 het neutraal as volg gereageer: *"what can we do about this all?"*

- Daar is sensitief op groeplede se response gereageer. Dit word weerspieël in 'n insident waar die gesprek oor kultuur en spesifiek oor *sangoma's* (tradisionele helers) gehandel het. Een van die deelnemers het die volgende gesê: *"...this one. I don't think I want to be involved because if I ...ê... its because of ...ê... we don't know other cultures né, even [where] you are working. But what I can say in this one is the believe the... the belief [of] each person né ... and if a person was called to be a sangoma, it is not her decision to be a sangoma. But ... ê... I don't want to go deeper in this. So I think ..."*

Die fasiliteerder het onmiddellik potensiële selfontbloting en ongemak geïdentifiseer en die gesprek verander deur na 'n gebruik in 'n ander kultuur in die Verenigde Eemate, te verwys. Die sensitiewe oomblik is sodoende effektief hanteer.

- Basiese kommunikasievaardighede is effektief toegepas. Daar is aktief na elke respondent geluister en tegnieke soos refleksie en uitklaring is gebruik om te verseker dat die inligting wat bekom is, reg verstaan is: *"I want you to just tell me more about the age and the young people"* (fasiliteerder 2) is 'n voorbeeld hiervan.

- Daar is positiewe terugvoer aan die groepe gegee. Dit word met die volgende woorde van fasiliteerder 1 in fokusgroep 1 weerspieël: *"Ek kan sien julle voel"*

sterk oor die saak” . Die gee van positiewe terugvoer het gesprekvoering en interaksie in die groep bevorder.

3.4.1.5 *Rol van die navorser*

In hierdie studie het die navorser as observeerder opgetree en veldnota's afgeneem. Dit is gedoen sodat neutraliteit van data-insameling bewerkstellig kon word, aangesien die navorser nie moontlike leidende vrae tydens die fokusgroeponderhoud kon stel nie. Deur op die veldnotas te fokus, is verseker dat geen inligting wat tot die studie kon bydra, verlore geraak het nie (Polit & Beck, 2004:343).

Die navorser het ook die volgende verantwoordelikhede gehad, naamlik om:

- ❑ die hoofde van afdelings te kontak ten einde toestemming vir die hou van die fokusgroeponderhoude te kon verkry.
- ❑ die deelnemers van fokusgroepe 1 en 3 te kontak en om deelname aan die fokusgroeponderhoude te nader. Hierdie stap is, in geval van fokusgroep 2, deur middel van 'n kontakpersoon gedoen.
- ❑ reëlings ten opsigte van die datum, tyd en lokaal vir die hou van die fokusgroepe te tref en aan die deelnemers te kommunikeer,
- ❑ verversings vir fokusgroepe 1 en 2 voor te berei en te bedien
- ❑ bandopnames tydens die onderhoude te koordineer
- ❑ 'n ontladingsessie (“de-briefing”) na afloop van elke fokusgroeponderhoud te fasiliteer en
- ❑ die onderhoude te transkribeer en analiseer.

Verskeie outeurs is van mening dat dit eties korrek is om, na afloop van 'n fokusgroeponderhoud, 'n geleentheid te skep waartydens die deelnemers die geleentheid gegee word om moontlike onbeantwoorde, onduidelike of sensitiewe sake uit te klaar (Bloor, *et. al.*, 2001:54; Krueger & Casey, 2000:122; Barbour & Kitzinger,

1999:17). Nie een van die genoemde outeurs spesifiseer wie vir die ontladingsessies verantwoordelik moet wees nie. Aangesien die navorser die vooraf-reëlings met die deelnemers getref en dus só aan hulle bekend was, het sy verkies om die ontladingsessies waar te neem.

Die ontladingsessies is na *afloop* van elke onderhoud met die deelnemers gehou. Die groeplede is tydens dié sessies gevra hoe hulle die groepproses beleef het en of daar dalk moontlike vrae was wat tydens die onderhoud ontstaan het, wat nie beantwoord is nie. Ter wille van moontlike sensitiewe vrae wat geopper kon word, is dié gedeelte nie op band opgeneem nie. Die groeplede het algemene vrae, soos byvoorbeeld wat van die inligting gaan word, hoeveel fokusgroepe gehou gaan word en wie aan die ander groepe deelgeneem het, gevra. Die deelnemers was ook van mening dat dit stimulerend was om só oor die spesifieke onderwerp te kon gesels.

3.4.1.6 Duur van 'n fokusgroeponderhoud

'n Fokusgroeponderhoud behoort ongeveer 1-2 ure te duur, maar dit kan selfs 'n hele namiddag in beslag neem (Burns & Grove, 2001:426; Bloor, *et al.*, 2001:53; Krueger & Casey, 2000:64). Die fokusgroeponderhoude in hierdie studie het gemiddeld een uur en dertig minute geduur.

3.4.1.7 Lokaal waar die fokusgroeponderhoud gedoen word

Die lokaal waarin 'n fokusgroeponderhoud gedoen gaan word, behoort altyd aan die volgende vereistes te voldoen: Die lokaal moet:

- ❑ 'n plek wees waaraan daar nie 'n waarde gekoppel is nie, soos byvoorbeeld, 'n kerkgebou of 'n openbare kroeg. Spesifieke waardes word aan die genoemde geboue gekoppel en dit kan die groepsfunksionering beïnvloed (Polit & Beck, 2004:342);
- ❑ aan die deelnemers bekend genoeg wees sodat hulle dit maklik kan vind;
- ❑ maklik toeganklik wees (Reed & Payton, 1999:767);

- oor voldoende spasie beskik sodat die deelnemers gemaklik kan sit en met mekaar oogkontak kan maak; en
- oor goeie akoestiek beskik en steuringsvry wees, sodat bandopnames gedoen kan word (Barbour & Kitzinger, 1999:11; Krueger, 1988:44-45. In Babbie, 2001:294; Burns & Grove, 2005:543).

Die plekke waar die onderskeie fokusgroeponderhoude gedoen is, het as volg aan die gestelde vereistes voldoen:

Fokusgroep 1

Vir die doen van fokusgroep 1 is 'n lokaal by die plaaslike Universiteit gekies. Die lokaal was aan die deelnemers bekend en was groot genoeg om deelnemers gemaklik by stoele rondom die tafels sò te laat sit dat hulle met mekaar oogkontak kon maak. Verder het die lokaal oor goeie akoestiek en beligting beskik. Ventilاسie was goed en dit was nie te warm of koud nie.

Fokusgroeponderhoud 2

Fokusgroep 2 is in 'n lokaal op die perseel van die betrokke Gesondheidsorginstitusie gehou. Die rede hiervoor was dat die deelnemers dan nie nodig gehad het om na 'n ander plek te reis nie. Die gekose lokaal was aan die deelnemers bekend, aangesien hulle op gereelde basis daar vergaderings moes bywoon. Die vertrek was ruim genoeg, het oor voldoende tafels en stoele beskik en die belugting sowel as beligting was voldoende. Deelnemers het rondom die tafels gesit en kon sodoende oogkontak maak.

Fokusgroep 3

Vir die derde fokusgroep was daar nie eintlik 'n keuse ten opsigte van 'n lokaal nie, aangesien dié fokusgroep na afloop van 'n ander geskeduleerde vergadering in 'n ander stad plaasgevind het. Die navorser het vooraf met die bestuurder van die plek

waar die FUNDISA-vergadering sou plaasvind, geskakel om 'n toepaslike lokaal te bespreek. Die bestuurder het aangedui dat daar nie enige kleiner lokale op daardie datum beskikbaar was nie en voorgestel dat die navorser die fokusgroep in dieselfde lokaal hou as waar die FUNDISA-vergadering sou plaasvind. Dit was 'n groot saal wat ongeveer 50 persone kon akkommodeer. Die navorser het na afloop van die eerste dag se FUNDISA-vergadering, een hoek van die saal, waar privaatheid grotendeels verseker sou kon word, vir die fokusgroep gereed gemaak. Daar was voldoende belugting, beligting en 'n mate van privaatheid, maar gesprekvoering van persone in die oorkantste deel van die saal was soms hoorbaar. Hierdie gesprekvoering het nie die interaksie van die deelnemers gesteur nie en dit was ook nie op die bandopnames hoorbaar nie.

3.5 POPULASIE EN STEEKPROEF

3.5.1 Populasie

Populasie verwys volgens Polit & Beck (2004:289) sowel as Burns & Grove (2001:47) na 'n geheel en dus na al die elemente of voorwerpe wat aan gekose kriteria voldoen.

Die populasie vir **fokusgroeponderhoude 1 en 2** was al die plaaslike professionele verpleegkundiges wat aan die insluitingskriteria voldoen het. Die populasie vir die **fokusgroep 3** was alle verpleegkundiges betrokke by verpleegonderrig in Suid-Afrika, wat aan die insluitingskriteria voldoen het en die FUNDISA-vergadering gedurende Mei 2003 bygewoon het. Laasgenoemde groep is ingesluit om ook die persepsies van onderrigkundiges ten opsigte van Professionele Praktyk te kon bekom.

3.5.2 Steekproef

Steekproef verwys na 'n geselekteerde gedeelte van 'n populasie (Polit & Beck, 2004:291; Burns & Grove, 2001:47) wat vir insameling van data gebruik word. Die

steekproeftekking vir die fokusgroeponderhoude is ten opsigte van instansies en deelnemers gedoen.

3.5.2.1 Insluitingskriteria vir deelnemers

Ten einde aan die fokusgroepe te kon deelneem, moes die deelnemers professionele verpleegkundiges gewees het wat aan die volgende kriteria voldoen het:

- ❑ langer as drie (3) jaar na opleiding, steeds in 'n gesondheidsorginstansie of, in geval van fokusgroep 3, by Verpleegonderrig betrokke wees. Die rede hiervoor was dat professionele praktisering 'n dinamiese proses is wat oor 'n tydperk vorm (Chitty, 2001:162) en daarom is 'n tydperk van drie jaar na opleiding gestel.
- ❑ in enige afdeling van Verpleging werksaam wees. Die rede vir hierdie insluitingskriteria was om die persepsie van persone betrokke in verskillende afdelings, te bekom. Die moontlikheid bestaan dat persone wat saam in een afdeling of saal werksaam is, dalk min of meer dieselfde mening kan huldig en daarom is lede uit verskillende afdelings geselekteer.
- ❑ verskillende range beklee het. Die aanname is gemaak dat lede met verskillende range dalk verskillende persepsies kon hê oor wat Professionele Praktyk is.

3.5.2.2 Steekproeftrekking:

Soos genoem, is twee steekproeftrekkings gedoen, naamlik 'n steekproeftrekking ten opsigte van hospitale en een ten opsigte van deelnemers aan die fokusgroeponderhoude

3.5.2.2.1 Instansies

Die verskillende hospitale waar die verpleegkundiges werksaam was, is doelgerig geselekteer sodat persepsies van professionele verpleegkundiges werksaam in beide die privaat- sowel as staatshospitale bekom kon word. Aangesien die

verkenningsonderhoud (loodsstudie) by die een staatshospitaal gedoen is, is die grootste van die twee oorblywende staatshospitale vir die werklike studie geselekteer. Ten opsigte van die twee plaaslike privaathospitale is 'n gerieflikheidseleksie gedoen. Die een hospitaal was meer toeganklik vir die navorser, aangesien 'n eenheidsbestuurder aan haar bekend en die eenheidsbestuurder ten gunste van navorsing in die hospitaal is (Polit & Beck, 2004:292).

Vir fokusgroep 3, waar deelnemers verbonde aan Verpleegonderrig in Suid-Afrika geselekteer moes word, is 'n "piggyback" fokusgroep gedoen. Dié soort fokusgroeponderhoud word na afloop van 'n ander vergadering, waar die deelnemers reeds teenwoordig is, gedoen (Krueger & Casey, 2000:75). Verpleegkundiges verbonde aan onderriginstansies in Suid-Afrika was vir 'n vergadering byeen en hulle is om deelname aan die fokusgroep genader. 'n Steekproefseleksie ten opsigte van instansie, was dus nie hier ter sprake nie.

3.5.2.2.2 Deelnemers:

Fokusgroepe 1: steekproeftrekking

Uit die deelnemers wat aan die insluitingskriteria voldoen het, is deelnemers vir fokusgroep 1 op ewekansige wyse gekies, alhoewel dit volgens Babbie (2001:294) nie as vereiste gestel word nie. Verkiesing van 'n groep deur middel van ewekansige trekking verminder egter die kans op partydigheid (Polit & Beck, 2004:296; Krueger & Casey, 2000:83) en dit kan dus tot voordeel van die studie wees om 'n ewekansige seleksie te doen.

Die steekproeftrekking vir dié groep het as volg verloop:

- Eerste kontak: 'n Eenheidsbestuurder
'n Eenheidsbestuurder wat aan die navorser bekend is, is telefonies gekontak. Die doel en proses van die fokusgroeponderhoud is aan haar verduidelik. Sy is gevra om 'n naamlys van verpleegkundiges te voorsien

wat 3 jaar of langer al praktiseer en wat moontlik aan die fokusgroep sou wou deelneem.

- Naamlys van moontlike deelnemers

Die Eenheidsbestuurder het die name en telefoonnommers van 9 (nege) Eenheidsbestuurders telefonies aan die navorser verstrek. Ten einde die groep op ewekansige wyse te kies, is die name in 'n houer geplaas en 6 (ses) name getrek. Hierdie persone is individueel, telefonies gekontak. Die doel en verloop van die fokusgroeponderhoud is aan hulle verduidelik en hulle is om deelname gevra. Twee van die 6 (ses) persone kon nie op die betrokke datum deelneem nie en twee ander name was uit die houer getrek. In totaal het 7 (sewe) persone aangedui dat hulle sou deelneem.

Fokusgroep 2: steekproeftrekking

Die deelnemers aan fokusgroep 2 is deur 'n interne Hoofverpleegkundige aangewys en dit is nie bekend oor hoe die persone geïdentifiseer is nie. Die Assistent-direkteur van die betrokke staatshospitaal het verkies dat die seleksie van deelnemers deur 'n interne Hoofverpleegkundige geskied. Alhoewel Krueger & Casey (2000:79) van mening is dat die navorser beheer oor die seleksie van deelnemers behoort te hê, is daar sekere gevalle waar dit aan te beveel, of selfs noodsaaklik is, dat 'n ander persoon of instansie, die seleksie van deelnemers moet doen. Die navorser het die versekering vanaf die Hoofverpleegkundige ontvang dat die geselekteerde persone aan die insluitingskriteria, soos beskryf by 3.5.2.1, voldoen het.

Fokusgroep 3: Steekproeftrekking

Deelnemers kan doelbewus om deelname aan fokusgroeponderhoude geselekteer word (Burns & Grove, 2001:425), soos byvoorbeeld indien hulle eksperts in die veld wat ondersoek word, is (Polit & Beck, 2004:305; Krueger & Casey, 2000:26). Die deelnemers van fokusgroep 3 is doelbewus geselekteer.

‘n “Forum of University Departments in South Africa” (FUNDISA)-vergadering was vir Meimaand 2003 geskeduleer. Verskeie lektreses/dosente en persone betrokke by onderrig in Verpleging in Suid-Afrika sou die vergadering bywoon. Die navorser het hierdie persone om deelname aan ‘n fokusgroep, wat gedurende vryetyd na die eerste dag van die FUNDISA-vergadering sou plaasvind, genader. Die steekproefseleksie het as volg plaasgevind:

- **Eerste kontak: Organiseerder**
Die organiseerder van FUNDISA, is twee maande voor die bepaalde vergadering gekontak en toestemming om ‘n fokusgroeponderhoud na afloop van die formele vergaderings in te pas, is gevra. ‘n Naamlys van alle afgevaardigdes is ook gevra. Toestemming vir die doen van die fokusgroeponderhoud is verleen en die naamlys sou 4 (vier) weke voor die vergadering aan die navorser beskikbaar gestel word.
- **Naamlys van moontlike deelnemers**
Die voorsitter van FUNDISA is 4 (vier) weke voor die geskeduleerde vergadering telefonies gekontak om die naamlys, soos ooreengekom, aan te vra. Die voorsitter was op daardie stadium op ‘n internasionale besoek en dié taak is aan haar sekretaresse gedelegeer. Die sekretaresse het onderneem om die naamlys per faksimilee aan die navorser deur te stuur. Twee weke voor die geskeduleerde vergadering was die naamlys nog nie bekom nie en by verdere navraag het dit geblyk dat die sekretaresse in ‘n motorongeluk betrokke en gehospitaliseer was. Ongeveer een week voor die geskeduleerde vergadering is ‘n naamlys met slegs tien name van afgevaardigdes, van ‘n ander persoon, wat namens die sekretaresse opgetree het, ontvang.
- **Telefoniese uitnodiging**
‘n Gerieflikheidsseleksie is gedoen deur persone op die lys, wat telefonies of per elektroniese pos gekontak kon word, om deelname aan die fokusgroeponderhoud te nader. Slegs 5 (vyf) persone kon per telefoon

bereik word. Twee van die vyf persone het ingestem om deel te neem. Een persoon is per elektroniese-pos bereik en het ingestem om deel te neem. In totaal het 3 persone dus ingestem om deel te neem.

Die navorser het beplan om die aand voor die aanvang van die FUNDISA-vergadering ander afgevaardigdes om deelname te nader. Van die drie afgevaardigdes wat op dié wyse genader is, het een persoon ingestem om deel te neem. Gedurende die oggend van die eerste dag van die vergadering is nog vier ander persone om deelname genader, waarvan twee tot deelname ingestem het. In totaal het 6 (ses) persone ingestem om aan fokusgroep 3 deel te neem.

Die seleksie van deelnemers het in hierdie geval nie goed verloop nie, waarskynlik as gevolg van die ongerieflike tyd waarop die onderhoud moes plaasvind en ook omdat werwing ondanks deeglike beplanning, nie lank vooraf gedoen kon word nie. Ses tot agt deelnemers word egter as die ideale groepgrootte vir fokusgroepe aanbeveel (Krueger & Casey, 2000:26; Bloor, *et al.*, 2001:27) en was die groep van 6 persone dus voldoende.

3.6 LOODSSTUDIE/VERKENNINGSONDERHOUD:

Die funksie van 'n verkenningsonderhoud is onder meer, om data-insamelingsinstrumente uit te toets om sodoende die moontlike sukses van die studie te voorspel (Polit & Beck, 2004:196; Burns & Grove, 2005:42). Ten einde te bepaal of die navorsingsvraag duidelik en wyd genoeg geformuleer is en die gewenste response sou uitlok, is 'n verkenningsonderhoud uitgevoer. 'n Fokusgroep, bestaande uit 6 (ses) professionele verpleegkundiges, verbonde aan die plaaslike, tersiêre hospitaal, is gehou. Dié persone was doelgerig gekies.

Die fasiliteerder wat fokusgroepe 1 en 2 sou fasiliteer, het ook hierdie groep gefasiliteer. Die navorsingsvraag wat getoets is, was:

“Vertel asseblief waaraan u alles dink as u die woorde professionele praktyk, of professionele praktykvoering hoor.”

Beide die woorde *Professionele Praktyk* en *Professionele Praktykvoering* is gebruik. Laasgenoemde is taalkundig nie korrek nie, omdat *praktyk* reeds uitvoering beteken en dit dus ‘n duplisering is. Die navorser het egter besluit om beide woorde te gebruik, aangesien dit só in die algemene verpleegkundige spreektaal bekend is.

Nadat die vraag gestel is, het die deelnemers aanvanklik stilgebly en die vraag oordink. Daarna het spontane gespreksvoering begin. Dit het egter geblyk dat die teenwoordigheid van deelnemers met hoër range (Verpleegdiensbestuurder) dié deelnemers met laer range (Professionele verpleegkundige) se deelname aan die bespreking geïnhibeer het. Die fasiliteerder moes konstant die lede met laer range probeer betrek. Tydens seleksie van die werklike fokusgroepe is persone met min of meer dieselfde range vir ‘n groep geselekteer en hierdie probleem het nie weer herhaal nie.

Dit het geblyk dat die gestelde vraag duidelik verstaan is, dat die terme aan die lede bekend was en dat die vraag nie te wyd gestel is nie. Die vraag het ook die gewenste response ontlok. Die inligting bekom deur die verkenningsonderhoud is nie by die drie fokusgroepe se data gevoeg nie.

3.7 GELOOFWAARDIGHEID

Daar bestaan nie slegs een enkele metode of maatreël waarvolgens geldigheid en betroubaarheid, soos in geval van kwantitatiewe studies, in kwalitatiewe navorsing verseker kan word nie (Pyett, 2003:197; Creswell, 1998:197). Met kwalitatiewe navorsing word daar gesoek na betekenis van ‘n verskynsel, deur dit in diepte en omvang te ondersoek (Berglund, 2001:177). Daarom, in plaas van om na geldigheid en

betroubaarheid te verwys, word daar in kwalitatiewe navorsing eerder aandag aan *geloofwaardigheid* geskenk (Creswell, 1998:198).

Polit & Beck (2004:430) beskryf verskeie metodes waardeur geloofwaardigheid van kwalitatiewe navorsing bevorder kan word. Die kriteria om geloofwaardigheid te verhoog, soos gestel deur Lincoln & Guba (1985. *In* Polit & Beck, 2004:430-435) word die algemeenste gebruik. Hierdie kriteria sluit die volgende in, naamlik dat daar bewys gelewer word van:

- ❑ waarheidsgetrouheid (“credibility”),
- ❑ vertroubaarheid, (“dependability”)
- ❑ bevestigbaarheid (“confirmability”) en
- ❑ oordraagbaarheid (“transferability”) (Polit & Beck, 2004:430-435).

Daar is aan al bogenoemde kriteria in hierdie studie aandag gegee.

3.7.1 Waarheidsgetrouheid

Waarheidsgetrouheid word beskryf as die mate waarin die navorser daarin kan slaag om te bewys dat die data en die interpretasie daarvan vertrou kan word (Polit & Beck, 2004:430). Dit behels dat die studie op so ‘n wyse uitgevoer sal word dat die waarheidsgetrouheid van die data en interpretasie, nie twyfelagtig voorkom nie. Ten einde waarheidsgetrouheid te demonstreer, is die volgende geïmplementeer:

3.7.1.1 Triangulasie is toegepas

Verskillende tipes triangulasie is gebruik ten einde ‘n meer volledige en gekontekstualiseerde beeld van Professionele Praktyk te bekom. Verskeie outeurs onderstreep die beginsel dat die gebruik van triangulasie waarheidsgetrouheid kan verhoog (Polit & Beck, 2004:431; Tobin & Begley, 2004:388; Burns & Grove, 2005:224; Silverman, 2001:233). Triangulasie van databronne, persone en metodes is in hierdie studie gebruik. Met die hulp van verbatim verslae en ‘n literatuurkontrole is triangulasie

van **databronne** bewerkstellig. In dié stap is 'n literatuurkontrole ten opsigte van die bevindinge van die fokusgroeponderhoude gedoen. Triangulasie van **persone** is gedoen deur persone uit verskillende agtergronde van Verpleging in die fokusgroeponderhoude, asook vir die telefoniese onderhoude, te gebruik. Deur data ten opsigte van Professionele Praktyk met verskillende **metodes** in te samel, is triangulasie van metodes bewerkstellig (Polit & Beck, 2004:430-432).

3.7.1.2 Kontrolering

Kontrolering van navorsinggegevens (data) met groeplede kan informeel en deurlopend tydens data-insameling plaasvind, of dit kan op meer formele wyse, na afloop van die data-insameling, gedoen word (Polit & Beck, 2004:432-433). Nie alle kwalitatiewe navorsers gebruik hierdie stap om waarheidsgetrouheid mee te bevorder nie (Polit & Beck, 2004:433), Kontrolering van data met groeplede, ten einde waarheidsgetrouheid van data-insameling te bevorder, is wel tydens die doen van die fokusgroepe geïmplementeer. Die verskillende fasiliteerders het met tussenposes die betrokke gesprekke opgesom en aan die deelnemers gevra om die opsomming te verifieer.

'n Verdere wyse waarop waarheidsgetrouheid bevorder kan word is deur kontrolering van ontleding van data wat ingesamel is. In hierdie studie is kontrolering van data op twee wyses gedoen: eerstens is die getranskribeerde inligting van die fokusgroeponderhoude, tesame met die bandopnames, aan die fasiliteerders oorhandig sodat hulle dit kon kontroleer. Die fasiliteerders het enkele byvoegings gemaak, veral ten opsigte van die dele op die bande wat nie baie duidelik hoorbaar was nie.

Inhoudsontleding is aan die hand van die stappe volgens Tesch beskryf (1990. *In* Creswell, 1994:155), gedoen. Hierna is die ontleding aan twee onafhanklike navorsingskundiges vir verifiëring van kategorie, groepe en temas voorgelê. Enkele verskille wat ten opsigte van die indelings voorgekom het, is deur gesprekvoering uitgeklaar (Polit & Beck, 2004:434).

3.7.2 Vertroubaarheid

Die kontrolering van data deur 'n eksterne persoon dra by tot vertroubaarheid van navorsingsdata (Polit & Beck, 2004:434). Die kodering van die fokusgroeponderhoude is aan twee onafhanklike persone vir validering voorgelê. Daar is konsensus ten opsigte van die kodering deur middel van gesprekvoering bereik en op dié wyse is vertroubaarheid bevorder.

Alle bandopnames en data-insamelingsinstrumente wat gebruik is, is bewaar ten einde die navorsing auditbaar te maak. Ouditering is ook 'n wyse waardeur vertroubaarheid verhoog kan word (Burns & Grove, 2005:593), want indien data bewaar is kan dit, indien dit nodig sou wees, geoudit word.

3.7.3 Bevestigbaarheid

Die objektiwiteit of neutraliteit waarmee data ingesamel en verwerk word, word bevestigbaarheid in kwalitatiewe navorsing genoem (Polit & Beck, 2004:435). Die verkreeë data en resultate moet dit wat in die werklike lewe voorkom, reflekteer en nie deur die navorser beïnvloed wees nie.

Burns & Grove (2001:407) wys daarop dat 'n navorser se teenwoordigheid deelnemers se gedrag kan beïnvloed, wat tot ongeldige data kan lei. Dit is een van die redes waarom die navorser nie as fasiliteerder van die fokusgroepe opgetree het nie, maar as waarnemer veldnotas afgeneem het. Die navorser het ook nie op 'n prominente plek in

die fokusgroepe tydens die onderhoude gesit nie, maar buite die kring en gesigsveld. Hierdeur is bevestigbaarheid van data-insameling bevorder.

3.7.4 Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid verwys na die mate waarin die verkreeë data op die breë populasie toepaslik sou wees, of anders gestel, die mate waarin die verkreeë data veralgemeenbaar is (Polit & Beck, 2004:435). Ten einde oordraagbaarheid van inligting in 'n ander konteks te kan vasstel, moet volledige en voldoende beskrywing van 'n studie beskikbaar wees. Die verskillende stappe gevolg tydens data-insameling en die wyse waarop die data verwerk is, is deeglik in die studie beskryf en dra so by om oordraagbaarheid daarvan te bevorder.

Die bedoeling van kwalitatiewe navorsing in die algemeen, is egter nie om die verkreeë data te kan veralgemeen nie, maar eerder om 'n unieke interpretasie van 'n gegewe gebeurtenis te beskryf. Beperkte veralgemening van data kan wel gedoen word, veral waar die verkreeë gegewens deur byvoorbeeld triangulasie bevestig word, soos wat in dié studie die geval is (Creswell 1994:158-159).

3.8 DATA-INSAMELING

Daar is 3 (drie) fokusgroeponderhoude in totaal gedoen en die data-insameling van elkeen word vervolgens beskryf.

3.8.1 Data-insameling: fokusgroep 1

Fokusgroep 1 is gedurende 'n weeksnamiddag, 13:30-16:00, in 'n lokaal by die plaaslike universiteit gedoen. 'n Fasiliteerder het die onderhoud hanteer, terwyl die navorser as nie-deelnemende waarnemer opgetree, veldnotas afgeneem en die gesprek op band opgeneem het. Na afloop van die onderhoud het die navorser die ontladingssessie hanteer.

3.8.2 Data-insameling: fokusgroep 2

Fokusgroep 2 is ook gedurende 'n weeksnamiddag, 14:00-16:00, in 'n lokaal by die plaaslike sekondêre hospitaal gedoen. Die data-insameling het op dieselfde wyse as by fokusgroep 1 geskied.

3.8.3 Data-insameling: fokusgroep 3

Fokusgroep 3 het na afloop van 'n formele FUNDISA-vergadering, in 'n ander stad plaasgevind. Dié soort van fokusgroeponderhoud staan bekend as 'n "piggyback" fokusgroep, omdat die deelnemers reeds vir 'n ander doel byeen is en die fokusgroep tydens vrye tyd, middagete of selfs na-ure gehou word (Krueger & Casey, 2000:75). Die res van die data-insameling het soos by fokusgroepe 1 en 2 geskied.

3.9 VERLOOP VAN DIE FOKUSGROEPONDERHOUE

3.9.1 Fokusgroeponderhoud 1⁴ (Privaathospitaal)

3.9.1.1 Ontvangs van deelnemers

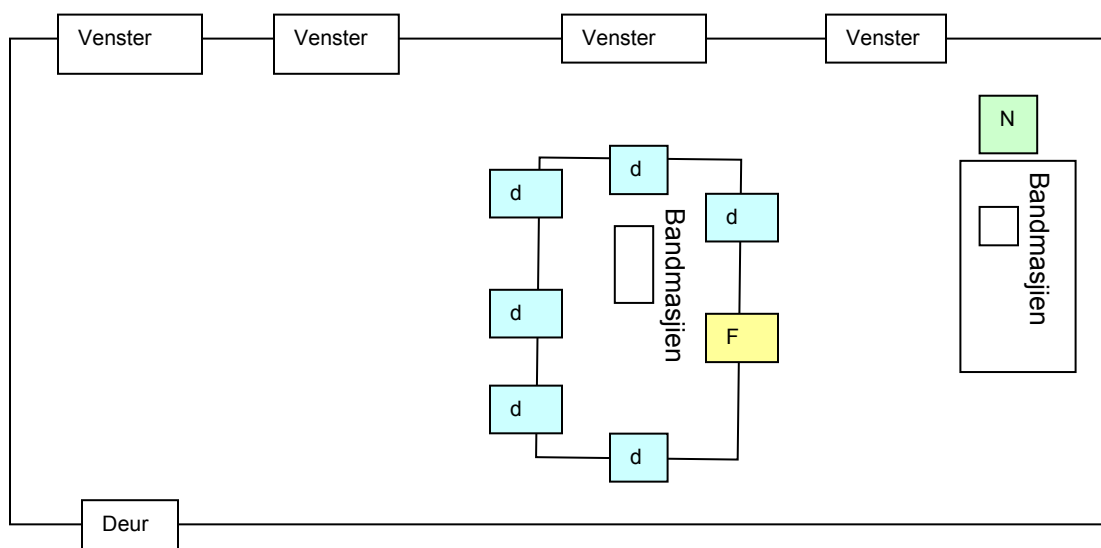
Ses (6) van die beplande 7 (sewe) deelnemers het by die aangewese lokaal by die plaaslike universiteit, vir die fokusgroeponderhoud opgedaag. Een deelnemer het die navorser die vorige dag geskakel en gevra om verskoon te word, aangesien sy in die plek van 'n siek kollega moes werk. Die navorser en fasiliteerder het die deelnemers verwelkom en 'n ligte ete is bedien. Die doel van die ete was om die persone op hul gemak te stel en ook omdat die fokusgroeponderhoud om 14:00 begin het en aangeneem is dat die groeplede nie tyd vir ete sou hê nie. Burns & Grove (2001:425) sowel as Bloor, *et al.* (2001:34) noem dat die verskaffing van verversings kan dien as motivering vir deelnemers om wel vir fokusgroeponderhoude op te daag. Die deelnemers is vooraf in kennis gestel dat daar 'n ligte ete bedien sou word. In hierdie geval het die verversings ook gedien om in 'n basiese behoefte te voorsien en om die

⁴ Volledig getranskribeerde gesprek is op aanvraag by navorser beskikbaar

persone te laat ontspan. Gesprekvoering tydens hierdie tyd was sosiaal van aard en het nie oor die beplande onderwerp van bespreking gehandel nie.

3.9.1.2 *Verloop van die onderhoud*

Na afloop van die ete is die deelnemers gevra om hul plekke by 'n tafel in te neem (vergelyk figuur 3.1) en 'n kort vraelys met betrekking tot biografiese data (vergelyk bylae E) te voltooi.



FIGUUR 3.1. Plasing van groeplede in fokusgroep 1.

Die deelnemers het rondom die tafel gesit, sodat hulle met mekaar oogkontak kon maak. Die bandmasjiene is in die middel van die tafel geplaas. Die navorser (N) het weg van die groep gesit en as observeerder opgetree. Hierdeur is die effek wat die navorser moontlik op die groeplede kon uitoefen, uitgeskakel en neutraliteit van data-insameling is bevorder. Die fasiliteerder (F) het saam met die deelnemers rondom die tafel gesit om die groep effektief te kon fasiliteer.

Die navorser het die deelnemers weereens bewus gemaak van die feit dat die gesprek op band opgeneem gaan word en die volgende belangrike inligting ten opsigte van die bandopname is beklemtoon:

- inligting op die band sal slegs vir die navorser en fasiliteerder, vir ontledingsdoeleindes, beskikbaar wees;
- alhoewel persone se name tydens die opname genoem mag word, sal die name **nie** in die transkribering verskyn nie, maar sal daar na deelnemer 1, 2 en 3 verwys word;
- die navorser onderneem om die bande te vernietig sodra die studie afgehandel en geëksamineer is. Die bande word in 'n kluis, waartoe slegs die navorser toegang het, gestoor onderwyl die studie gedoen word.

Deelnemers is ook daarvan bewus gemaak dat die resultate van die studie op aanvraag aan hulle beskikbaar gestel sou word.

Hierna is die deelnemers gevra om toestemming tot beide deelname aan die fokusgroep, sowel as die bandopname van die gesprek (vergelyk bylae G), te teken.

Al die deelnemers het die vorm vrywillig voltooi. Krueger & Casey, (2000:105) wys daarop dat daar nie onnodige aandag op die bandmasjiene gevestig moet word nie, maar dat dit vir al die deelnemers sigbaar moet wees. Die navorser het dus die bande voor die aankoms van die deelnemers in posisie geplaas waar dit vir almal sigbaar was. Die gebruik van versteekte mikrofone en opnemers mag 'n onnodige atmosfeer van geheimhouding skep en is dus nie gedoen nie. Ter wille van betroubaarheid van data-insameling is daar van twee bandmasjiene gebruik gemaak vir ingeval daar om een of ander rede 'n probleem met een van die bandmasjiene sou ontstaan.

Die navorser het almal welkom geheet en verduidelik dat sy ter wille van neutraliteit, nie die gesprek sou lei nie, maar wel die fasiliteerder. Sy het die fasiliteerder voorgestel en die bandmasjiene aangeskakel. Die fasiliteerder het aan die groep gevra om, ter wille van identifikasie van stemme, hulself te identifiseer en iets oor hulself te sê. Dié stap het ook terselfdertyd as ysbreker gedien.

Na 'n aanvanklike stilte het een van die deelnemers begin en die res het gemaklik gevolg. Nadat die fasiliteerder haarself ook geïdentifiseer het, het sy die navorsingsvraag in Afrikaans gestel, aangesien al die deelnemers Afrikaanssprekend was. Die vraag is as volg gestel:

“Vertel asseblief waaraan u alles dink as u die woorde professionele praktyk, of professionele praktykvoering hoor.”

Die gesprek het oor die algemeen glad verloop. Aangesien die deelnemers mekaar geken en dikwels saamgewerk het, was hulle gemaklik om by mekaar aan te sluit of te verskil. Dit word geïllustreer deur deelnemer 5 se respons in antwoord op die fasiliteerder se opmerking dat dit blyk dat die groep met die onderwerp bekend is: *“Ja-nee, verseker. Jy kan sien ons het al voorheen daaroor gepraat”*.

Deelnemers 1, 2, 5 en 6 het baie spontaan aan die gesprek deelgeneem en soms is daar gelyktydig gepraat. Deelnemers 3 en 4 was stil en is deur die fasiliteerder aangemoedig om deel te neem. Dit het egter geblyk dat hulle net wag op 'n geleentheid om hul mening te lug, soos wat deelnemer 4 dit gestel het: *“Nee, ek sal nou praat as hulle my 'n kans gee [groep lag]”*.

Die gesprek het oor meer as professionele praktyk gegaan en die fasiliteerder moes die groep 'n paar keer na die onderwerp van bespreking terugbring: *“kan ek jou in die rede val? Jy sê die professionele praktyk het agteruit gegaan maar wat sien jy dan nou as professionele praktyk?”* en *“ek weet nie, maar kom ons gaan liever weer terug na professionele praktyk toe.”*

Die fasiliteerder het ook aan die stiller deelnemers kans gegee om aan die gesprek deel te neem deur hulle direk aan te spreek: *“[naam] jy sê niks?”*

Daar is ook positiewe terugvoering gedurende die gesprek deur die fasiliteerder gegee: *“ek kan sien julle voel sterk oor hierdie saak.”*

Ten einde soveel as moontlik inligting uit die fokusgroeponderhoud te bekom het die fasiliteerder deelnemers aangemoedig om meer oor sekere aspekte uit te brei: *“kan ek vra: wie is dan nou almal verantwoordelik om hierdie professionele praktyk by die studente ... as rolmodelle en om hulle dit te leer?”* en later weer: *“wie moet nog die rolmodelle wees?”*

Die fasiliteerder het ook gedurende die onderhoud ‘n opsomming gegee oor wat reeds gesê is. Nadat gesprekvoering minder geword het en daar nie meer inligting spesifiek rondom professionele praktyk bygevoeg is nie, het die fasiliteerder die volgende gesê om die afsluiting van die gesprek aan te dui: *“sal julle sê daar is nog iets nuuts wat ons kan sê wat professionele praktykvoering is?”* Nadat niemand enige inligting bygevoeg het nie, het die fasiliteerder weereens die gesprek opgesom en gevra dat die lede moet kontroleer of sy alles ingesluit het. Een deelnemer het die volgende toevoeging tot die opsomming gemaak: *“Aanspreeklikheid saam met verantwoordelikheid”* waarop die fasiliteerder dit positief as volg erken het: *“aanspreeklikheid, dis reg.”*

3.9.1.3 Afsluiting

Nadat gesprekvoering ongeveer een uur en 10 minute geduur het, het die fasiliteerder die inligting opgesom. Een tegniek wat gebruik kan word vir afsluiting van ‘n fokusgroeponderhoud, is dat die fasiliteerder die inligting opsom en dan ‘n opsommende vraag stel soos byvoorbeeld: *“het ek dit wat gesê is, korrek saamgevat”* (Krueger & Casey, 2000:46). By hierdie fokusgroep het die fasiliteerder gevra dat die deelnemers moet aanvul indien sy iets sou weglaat. Een deelnemer het ‘n aspek wat uitgelaat is bygevoeg. Hierna het die fasiliteerder almal vir hul deelname bedank. Die navorser het weer tot die gesprek toetree en die ontladingsessie hanteer.

3.9.1.4 Ontladingssessie

‘n Geleentheid is na afloop van die fokusgroeponderhoud geskep waartydens groeplede onbeantwoorde, onduidelike of sensitiewe sake kon uitklaar indien dit voorgekom het (Barbour & Kitzinger, 1999:17; Bloor, *et al.*, 2001:54). Aangesien dit nie in die literatuur aangedui word wie so ‘n sessie moet hanteer nie, het die navorser dit persoonlik

gedoen. Die rede hiervoor was dat die navorser die deelnemers om deelname genader het en op die wyse wou verseker dat hulle gemaklik oor die deelname en onderhoud voel. Die navorser het aan die groep gevra hoe hulle die onderhoud beleef het en of daar sake was waaroor hulle uitklaring wou hê. Dié gedeelte is *nie* op band opgeneem nie, ter wille van konfidensialiteit indien 'n sensitiewe saak geopper sou word.

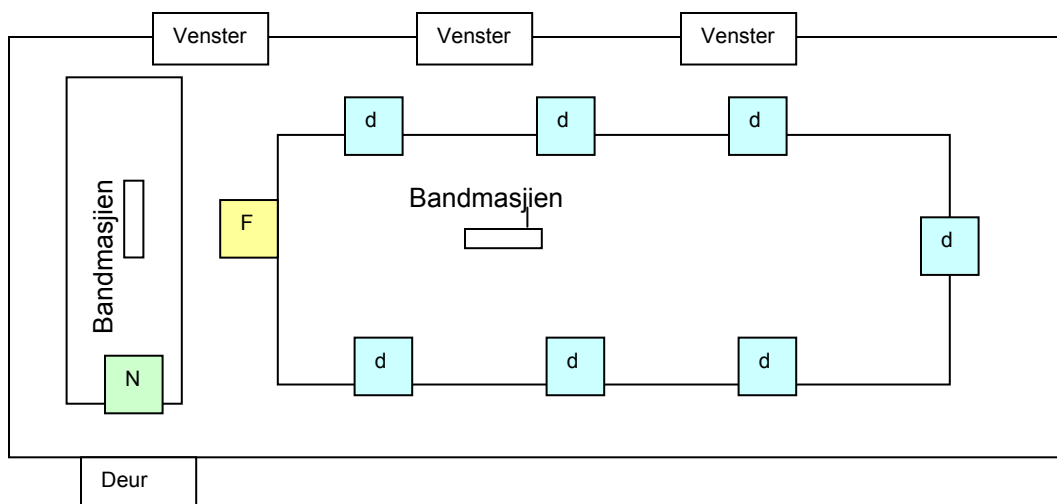
Die groep was van mening dat hulle die onderhoud baie positief ervaar het en opmerkings soos “..ons sou nog baie meer hieroor kon praat...” en “ek hoop die studie sal êrens 'n verandering maak” is gemaak. Daar was geen spanning tussen lede na afloop van die onderhoud waarneembaar nie. Die groep is weereens vir hul teenwoordigheid en deelname bedank en 'n klein geskenkie is as blyk van waardering aan elkeen oorhandig. Die deelnemers het hulle waardering hiervoor uitgespreek.

3.9.2 Fokusgroeponderhoud 2 (Sekondêre hospitaal)⁵

3.9.2.1 Ontvangs van deelnemers

Die fokusgroep het in die namiddag, in 'n lokaal by die staatshospitaal, plaasgevind. Die navorser en fasiliteerder het gedurende die oggend die lokaal besoek, die bandmasjiene opgestel en die verversings gereed gekry. Al sewe (7) lede het opgedaag. Hulle is verwelkom en verversings is bedien. Die lede is so op hul gemak gestel en die gesprekke wat toe gevoer is, was van algemene, sosiale aard en het nie oor die beplande onderwerp van bespreking gehandel nie. Nadat almal verversings geniet het, het die navorser die deelnemers versoek om hul plekke in te neem (vergelyk figuur 3.2) sodat die onderhoud kon begin.

⁵ Volledig getranskribeerde gesprek is op aanvraag by navorser beskikbaar



FIGUUR 3.2. Plasing van groeplede in fokusgroep 2

Soos in figuur 3.2 weerspieël het die deelnemers rondom die tafel gesit, met die fasiliteerder (F) aan die een end van die tafel. Die navorser (N) het by 'n aparte tafel gesit. Een klein bandmasjien is in die middel op die tafel en 'n groter een op die kas geplaas. Die rede hiervoor was dat die navorser nie die deelnemers se aandag op die groot bandmasjien wou vestig nie en die kleiner bandmasjien naby die deelnemers wou hê ten einde 'n goeie opname te kon verseker.

3.9.2.2 *Verloop van die onderhoud*

Die navorser het almal vir hul teenwoordigheid bedank en verduidelik dat sy nie die gesprek sou lei nie, maar wel die fasiliteerder. Sy het aan die groep gevra om 'n kort vraelys ten opsigte van biografiese data (Bylae F), te voltooi. Die groep is weer bewus gemaak van die feit dat die gesprek op band opgeneem gaan word, soos in geval van fokusgroep 1 (vergelyk 3.9.1.2) en die persone is gevra om skriftelike toestemming (vergelyk bylae G) hiervoor te teken. Die bandmasjiene is aangeskakel en om die gesprek aan die gang te sit, het die fasiliteerder aan die groep gevra om, ter wille van identifikasie van stemme, hulself te identifiseer en te sê wat vir hulle positief en lekker in die lewe is. Dit het terselfdertyd as ysbreker gedien.

Daar was 'n aanvanklike stilte, toe het een van die deelnemers begin en die res het stadig gevolg. Nadat elkeen in die groep 'n beurt gehad het, het die fasiliteerder haar ook bekend gestel (ondanks die feit dat sy reeds by die aankoms van die lede voorgestel is). Die fasiliteerder het hierna die navorsingsvraag in Engels gestel, aangesien die deelnemers almal Engels en nie Afrikaans magtig was nie en dit het so gelui:

“Please tell us everything that you think about when you hear the words professional conduct or professional practice”
--

Die groeplede het oor die algemeen binnensmonds en per geleentheid, onduidelik gepraat. Dit is nie duidelik waarom dit so was nie, maar 'n aanname kan gemaak word dat Engels, as tweede taal, dalk hiertoe aanleiding kon gee.

Dit het ook voorgekom asof die groeplede nie hul gedagtes maklik in woorde kon omsit of hulself goed kon uitdruk nie. Dit het tot gevolg gehad dat die fasiliteerder meer dikwels 'n opsomming van die gesprek gegee het ten einde te verseker dat die inligting wat bekom is, korrek verstaan was. 'n Voorbeeld van hoe 'n groeplid haarself uitgedruk het, is die volgende respons in antwoord op die navorsingsvraag: *“...and again, a professional somebody must always be sober minded.”* Dit blyk toe, met uitklaring, dat die persoon bedoel het dat 'n professionele persoon nugter en nie dronk behoort te wees nie.

Die gesprek was aanvanklik styf, maar dit het egter na die eerste kwartier verbeter en meer gemaklik geraak. 'n Leemte wat voorgekom het, was dat die groep nie spesifiek uitgebrei het op pertinente aspekte van professionele praktyk nie, ondanks aansporing van die fasiliteerder. Die volgende is voorbeelde van hoe die fasiliteerder gepoog het om meer inligting te bekom: *“if you say ‘that person is professional’ what is the meaning of that?”* en verder: *“OK. E... how do you think how must I look if I’m in my uniform and you see me as professional?”*

Die fasiliteerder het gedurende die gesprek die stiller deelnemers verskeie kere probeer betrek deur hulle òf direk òf in die algemeen aan te spreek, soos weerspieël word uit die volgende voorbeelde: *"OK. Let's come to... [name] and you [name] and [name]. I don't know why you are so quiet?" [Group laughs].* By 'n volgende geleentheid: *"[name] what are you saying?"* en verder: *"The others, what are they saying?"*

Die groepbespreking het ook soms van die punt van bespreking afgedwaal en dan het die fasiliteerder hulle weer teruggebring, soos in die volgende voorbeeld geïllustreer: *"OK. OK. I'm stopping you now, because we're a bit off track."*

Refleksie is gebruik om lede aan te moedig om meer inligting te verskaf. 'n Voorbeeld hiervan is dat net nadat die navorsingsvraag aanvanklik gestel is, 'n deelnemer vinnig die woord "behaviour" geantwoord het. Die fasiliteerder het van refleksie gebruik gemaak en "behaviour?" gevra. Nadat die deelnemer nie daarop gereageer het nie, het die fasiliteerder haar as volg verder aangemoedig om uit te brei deur die volgende te sê: *"The behaviour. OK....If you say the behaviour... elaborate on that. What do you mean by that and whose behaviour?"* Die deelnemer het toe as volg geantwoord: *"The personal behaviour towards one's [other] profession. Towards your own profession."*

Die fasiliteerder het neutraal gebly ten opsigte van insette wat gelewer is, soos blyk uit haar reaksie op 'n deelnemer se inset: *"You must not come drunk on duty. Or always even if you are off duty, you are always drunk. It [you] must be an example"* waarop die fasiliteer gereflekteer het: *"So you must be an example."*

3.9.2.3 Afsluiting

Na ongeveer een uur se gespreksvoering het die groep se deelname aan die gesprek al minder geword. Die fasiliteerder het die gesprek weereens opgesom en die groep gevra om te beoordeel of die opsomming weerspieël wat wel gesê is. Die tipe opsomming is in ooreenstemming met wat Krueger & Casey (2000:45) aanbeveel. Nadat die groep met die opsomming saamgestem het, het die fasiliteerder hulle vir hulle

samewerking bedank. Hierna het die navorser tot die gesprek toegetree en die ontladingsessie hanteer.

3.9.2.4 Ontladingsessie

Die ontladingsessie het soortgelyk aan dié by fokusgroep 1 plaasgevind. Die meeste van die groeplede het gesê dat dit vir hulle 'n eerste ervaring was en dat hulle nie geweet het wat om te verwag nie. Hulle het ook gesê dat hulle dit baie aangenaam ervaar het en dat daar meer sulke geleenthede behoort te wees waar hulle hul menings oor onderwerpe so spontaan kan lug. 'n Klein bewys van waardering is ook aan elkeen van die groeplede oorhandig.

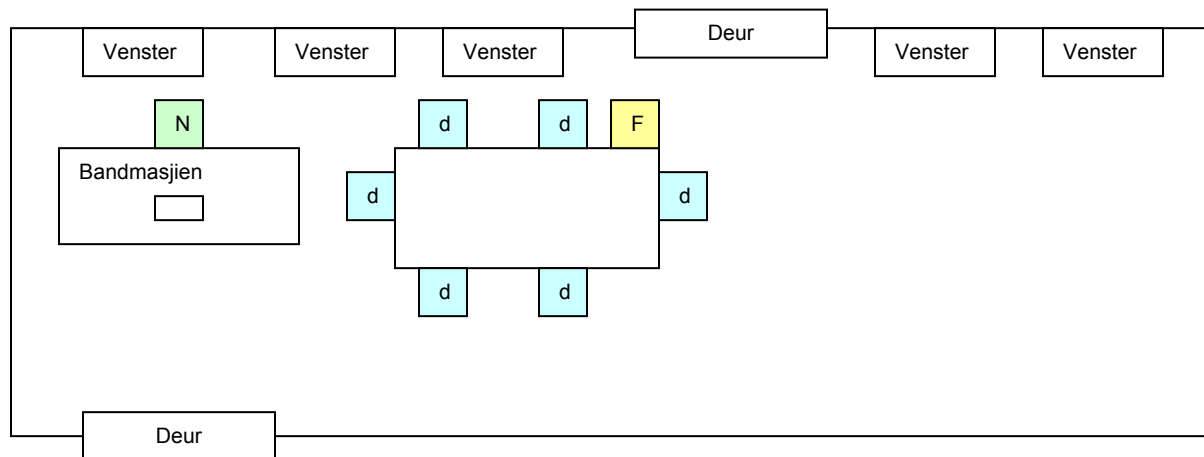
3.9.3 Fokusgroeponderhoud 3⁶ (Persone betrokke by Verplegingsonderrig)

Nadat die formele FUNDISA-vergadering afgehandel is, is een hoek in dieselfde saal vir die doen van fokusgroep 3 gereedgemaak deur die stoele en tafels te gerangskik en die bandmasjiene in posisie te plaas. Dié deel van die saal het die meeste privaatheid verseker.

3.9.3.1 Ontvangs van deelnemers

Nadat die area gereed gemaak is, is die deelnemers versoek om hulle plekke in te neem (vergelyk figuur 3.3).

⁶ Volledig getranskribeerde gesprek is op aanvraag by navorser beskikbaar



FIGUUR 3.3. Plasing van fokusgroeplede van fokusgroep 3

Figuur 3.3 weerspieël die posisionering van die betrokkenes by die fokusgroep. Die lede het in 'n sirkel rondom die tafel gesit met die fasiliteerder (F) as deel van die groep. Die navorser (N) het nie deel van die sirkel gevorm nie. Die bandmasjiene is op twee verskillende tafels onderskeidelik geplaas, omdat een aan 'n kragprop gekoppel moes wees en die elektriese koord selfs met 'n verlengingskoord nie lank genoeg was om dit by die deelnemers te plaas nie. Die battery-aangedrewe bandmasjien is op die tafel tussen die groeplede geplaas.

3.9.3.2 Verloop

Die navorser het almal verwelkom en verder is dieselfde prosedure, ten opsigte van die verkryging van toestemming en voltooiing van die biografiese data-vorm, soos by fokusgroepe 1 en 2, gevolg.

Die onderhoud het in Engels plaasgevind, aangesien twee van die deelnemers aangedui het dat hulle nie Afrikaans magtig was nie. 'n Voorstel dat die onderhoud in Engels plaasvind, is algemeen deur die ander lede aanvaar, aangesien hulle gemaklik in Engels kon kommunikeer.

Die navorser het die gesprek in hierdie fokusgroep begin deur aan die groeplede te vra om hulself aan die groep voor te stel en ook te sê wat hulle nuutste passie in die lewe was. Dit het as ysbreker gedien en ook gehelp met herkenning van stemme tydens die transkribering van die onderhoud. Die navorser was meer aan die lede, as gevolg van die werwingsproses, bekend en dit is om hierdie rede dat die navorser die gesprek begin het.

Die bandmasjiene is aangeskakel en die navorser het begin deur haarself voor te stel en die passie in haar eie lewe te beskryf. Een na die ander het elkeen van die deelnemers hulself en hul passies in 'n ligte luim voorgestel. Na afloop van hierdie bekendstelling het die fasiliteerder oorgeneem en is die navorsingsvraag op dieselfde wyse as by fokusgroep 2, aan hierdie groep gestel.

Daar was 'n ruk lank stilte waarna die fasiliteerder gevra het of sy die vraag moes herhaal en die groep bevestigend geantwoord het. Hierna het 'n deelnemer die volgende inset gelewer: *“OK. I think professional conduct will talk to how each person uhm... behave, how you conduct yourself in what you do. Uhm... and I think... I will start off with that.”*

Die onderhoud het hierna lewendig en glad verloop. Die fasiliteerder het deelnemers aangemoedig om meer op spesifieke onderwerpe uit te brei, soos blyk uit die volgende: *“I want you to just tell me a little more about the age and the young people”* en later weer: *“What do you mean? Just tell me a little bit about this earned respect...”* en ook: *“Anything about the nursing culture?”* Deur deelnemers aan te moedig om meer inligting te gee, kon verseker word dat soveel moontlik inligting rakende 'n spesifieke aspek van professionele praktyk bekom kon word.

Die fasiliteerder het ook van uitklaring gebruik gemaak sodat verseker kon word dat die bedoeling van die deelnemers reg verstaan is. Die volgende is 'n voorbeeld hiervan: *‘Do I understand you clear? Do you say we did really learn to question [less] as in comparison with the youth of today?’*

Gesprekvoering is ook deur die fasiliteerder aangemoedig deur byvoorbeeld die volgende vrae wat gevra is: *“What do you think contributes to this lack of discipline?”* en later weer: *“The concept culture was mentioned....Anything about the nursing culture?”*

Die fasiliteerder het verskeie kere tydens die onderhoud die gesprek opgesom en aan die groeplede gevra of die opsomming 'n korrekte weergawe was. By enkele opsommings het die lede iets bygevoeg, maar oor die algemeen is met die opsommings saamgestem.

3.9.3.3 Afsluiting

Na ongeveer een uur en vyftien minute van gesprekvoering het die lede van die onderwerp onder bespreking begin afdwaal en na sake soos besoldiging, buitelandse ervaring en ondersteuning verskuif. Die fasiliteerder het gevra of daar nog deelnemers was wat 'n inset wou lewer, waarna almal ontkenkend geantwoord het. Die onderhoud is toe afgesluit en die navorser het toegetree en die ontladingsessie hanteer.

3.9.3.4 Ontladingssessie

Die ontladingsessie is op dieselfde wyse as by die ander fokusgroepe hanteer. Deelnemers van hierdie fokusgroep het gesê dat, alhoewel dit na 'n ander vergadering ingepas was, dit interessant en stimulerend was om oor die onderwerp te kon gesels en ander se opinies te kon hoor. Een deelnemer was van mening dat daar meer sulke gesprekke behoort plaas te vind. 'n Klein bewys van waardering is aan die deelnemers oorhandig waarvoor hulle hul waardering uitgespreek het.

3.10 TRANSKRIBERING

Die belang van transkribering word deur MacLean, Meyer en Estable (2004:intyds) as volg uitgewys: *“...transcription has been described as central to the process of analysis in that it represents what the researcher and transcriptionist preserve from the taped*

speech.” Dié outeurs wys daarop dat ‘n getranskribeerde teks nooit die kompleksiteit van die interaksie kan omvat nie en dat die transkripsie nooit, volgens hulle, foutloos kan wees nie. Daar moet egter altyd gepoog word om ‘n transkripsie so akkuraat as moontlik te doen.

Transkribering van ‘n fokusgroepgesprek wat in ‘n tweede taal plaasgevind het is nie ‘n maklike proses nie, aangesien daar baie tussenwerpsels soos “uh” en “uhmm” voorkom soos wat deelnemers probeer om uitdrukking aan hulself te gee. Met transkribering moet dan besluit word of hierdie “uh”’s en “uhm’s” ingesluit moet word, al dan nie. Die voorstel word gemaak dat, indien dit sin aan die gesprek gegee het, byvoorbeeld, soos in ‘n sensitiewe saak waar die “uh” huiwering sou impliseer, dit belangrik sou wees om dit wel te transkribeer. In gevalle waar dit egter geuiter is omdat die deelnemer nie gou op die regte woord of uitdrukking kon kom nie, is dit nie nodig om dit te transkribeer nie. (MacLean, *et al.*, 2004:intyds). In dié studie het die navorser self die onderhoude getranskribeer en is die tussenwerpsels genoteer waar dit na vergelyking met veldnotas sin gemaak het, anders is dit weggelaat.

Die transkribering van elke fokusgroeponderhoud is so gou as moontlik na afloop van die onderhoud deur die navorser gedoen (Henning, 2004:76). Ten einde waarheidsgetrouheid van inhoud te verseker, is die getranskribeerde notas, saam met die bande, aan die onderskeie fasiliteerders vir verifiëring daarvan oorhandig. Die fasiliteerders het slegs enkele byvoegings gemaak, veral ten opsigte van dele waar die deelnemers nie duidelik gepraat het nie.

3.10.1 Fokusgroep 1

Met die aanvanklike transkribering van fokusgroep 1, is probleme ondervind aangesien een van die bandmasjiene na slegs 20 sekondes van die gesprek geen verdere opname gemaak het nie. Die tweede bandmasjien het wel ‘n volledige opname gemaak, maar die band se begin gedeelte is op onverklaarbare wyse beskadig. Met ondersoek is gevind dat die beskadigde deel net die gedeelte waarop identifiserende

data was, bevat het en dat die onderhoud volledig behoue gebly het. Volledige en deeglike veldnotas van die navorser, asook die feit dat daar direk na afloop van die onderhoud met transkribering begin is, het verseker dat 'n volledige en betroubare transkripsie gedoen kon word. Die transkripsie, tesame met die band, is aan die fasiliteerder vir kontrolering gegee. Die fasiliteerder het met die getranskribeerde notas saamgestem sonder om byvoegings of wysigings voor te stel.

3.10.2 Fokusgroepe 2 en 3

Geen probleme is met die transkribering van fokusgroepe 2 en 3 ondervind nie. Die bande is getranskribeer en met behulp van veldnotas aangevul. Die verskillende transkripsies, tesame met die bande, is aan die verskillende fasiliteerders vir kontrolering oorhandig. In hierdie gevalle het die fasiliteerders slegs enkele byvoegings gemaak, veral ten opsigte van dele waar die deelnemers nie altyd duidelik gepraat het nie.

3.11 ANALISE

Inhoudsontleding is aan die hand van die stappe soos deur Tesch (1990) beskryf in Creswell (1994:155) gedoen en dit het as volg verloop:

Die drie transkripsies van die verskillende fokusgroeponderhoude is 'n paar keer deurgelees. Hierna is die transkripsie van fokusgroep 1 geselekteer om te ontleed. Hierdie transkripsie is wéér deurgelees en 'n lys van kategorieë, wat betrekking op professionele praktyk gehad het en wat herhaaldelik voorgekom het, is geïdentifiseer. Dié kategorieë is op die getranskribeerde notas onderstreep en dit is ook op 'n aparte folio neergeskryf. Hierna is groepe en temas onder die verskillende kategorieë geïdentifiseer en op dieselfde wyse neergeskryf.

Ter bevordering van waarheidsgetrouheid van data-insameling is van kontrolering gebruik gemaak (Polit & Beck, 2004:430). Die identifisering van die kategorieë, groepe en temas is gekontroleer deur die getranskribeerde notas asook die geskrewe folio's aan twee onafhanklike navorsingskundiges voor te lê. Die navorsingskundiges het in enkele gevalle met die klassifisering verskil en die verskille is deur middel van gesprekvoering uitgeklaar.

Die volgende kategorieë vanuit die getranskribeerde gesprekke ten opsigte van Professionele Praktyk is geïdentifiseer, naamlik dat Professionele Praktyk uit 'n **teoretiese komponent (wetenskap)** bestaan, 'n **praktiese komponent** het, uit **kultuurelemente** bestaan, die **beeld van Verpleging** raak en 'n **etiese begroning** het.

3.12 RESULTATE EN INTERPRETASIE

Die resultate van die inhoudsontleding van al drie fokusgroeponderhoude word geïntegreerd bespreek.

Die doel vir die doen van fokusgroeponderhoude was nie om saturasie ten opsigte van die persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk te bereik nie, maar om 'n **breë begrip** van wat Professionele Praktyk is, te verkry. Hierdie inligting, tesame met ander data sal gebruik word om 'n onderhoudskedule te ontwikkel.

3.12.1 Biografiese data

In Tabel 3.2 word biografiese data van die verskillende lede in die verskillende fokusgroepe weerspieël:

TABEL 3.2. Biografiese data			
	Fokusgroep 1	Fokusgroep 2	Fokusgroep: 3
Groepgrootte	6 persone	7 persone	6 persone
Geslag	Almal vroulik	2 mans en 5 vroue	Almal vroulik
Werksposisie	Vyf Eenheidsbestuurders Een Administratiewe bestuurder	2 Professionele verpleegkundiges 1 Senior verpleegkundige 4 Hoofverpleegkundiges	1 Dosent ⁷ , 2 Senior dosente 1 Senior Lektor ⁸ 1 Professor 1 Adjunk-direkteur van 'n Verpleegkundige vereniging
Verpleegkundige afdeling /spesialisasieveld betrokke	Ortopedie, Multi-Eenheid, Kindersaal, Mediese afdeling en Onkoterapie.	Ortopedie, Kraamsaal, Sjirurgiese afdeling, Mediese afdeling, Pediatrie en Trauma afdeling.	Algemene Verpleegkunde en Navorsing; Verpleegonderrig; Transkulture Verpleging en Gevorderde Verloskunde; Algemene Verpleegkunde, Etiek en Professionele Praktyk; Gesondheid en Menseregte, Groepdinamika, Gesondheid dinamika; Gemeenskapsverpleegkunde, Onderrig, Navorsing;
Gemiddelde ouderdom	36,8 jaar	41,8	55,3 jaar
Waar basiese opleiding gedoen is	Verpleegkollege (2) Universiteit (4)	Verpleegkollege (4) Hospitaal (2) Nie aangedui nie (1)	Verpleegkollege (3) Universiteit (3)
Nabasiese kursusse gevolg	5 van die 6 persone het 'n nabasiese kursus gevolg.	4 van die 7 persone het 'n nabasiese kursus gevolg	Almal het 'n nabasiese kursus gevolg

⁷ Dosent: By kollege werksaam

⁸ Lektrise: By UV werksaam

Soos in tabel 3.2 weerspieël word het die fokusgroepgrootte gewissel tussen 6-7 persone en het die groepe meestal uit vroue bestaan. Daar was slegs 2 mans in fokusgroep 2 betrokke. Dit mag moontlik wees dat manspersone 'n ander persepsie oor professionele praktyk as vroue huldig, maar in Suid-Afrika is die meerderheid van verpleegkundiges vroue en daarom is daar nie doelbewus ewe veel mans as vroue vir die fokusgroepe geselekteer nie.

Deelnemers aan fokusgroepe 1 en 2 het 'n wye spektrum van poste en afdelings verteenwoordig. Die moontlikheid dat eensydige inligting van persone wat slegs uit een dissipline gekom het verkry sou word, was dus uitgesluit.

Die deelnemers aan fokusgroep 3 het ook 'n wye verskeidenheid van spesialisasievelde verteenwoordig. Dit het onder andere die algemene, basiese subdissiplines wat in die geïntegreerde vierjaarprogram aangebied word ingesluit, naamlik: Algemene Verpleegkunde, Gemeenskapsverpleegkunde, Psigiatrisie Verpleegkunde en Verloskunde. Aangesien die deelnemers so 'n wye verskeidenheid van spesialisasievelde verteenwoordig het en ouer volwasse persone was, kon hulle 'n omvattende bydrae tot die fokusgroepbespreking lewer.

Deelnemers van fokusgroepe 1 en 2 het poste wat gewissel het van die mees junior professionele pos, naamlik Professionele Verpleegkundige, tot 'n meer senior pos, Hoofverpleegkundige (Eenheidsbestuurder) bekleed. Deelnemers aan fokusgroep 3 het poste vanaf 'n junior lektoraat tot professoraat bekleed. Een persoon was by Professionele Ontwikkeling van 'n Verpleegkundige Vereniging betrokke. Die verskeidenheid van poste bekleed deur deelnemers was voordelig, aangesien dit tot 'n verskeidenheid van persepsies aanleiding kon gee.

Sewe van die 19 deelnemers het hul basiese opleiding aan 'n Universiteit voltooi, terwyl 9 (nege) dit by Verpleegkolleges en 2 (twee) hul opleiding deur 'n hospitaal voltooi het. Dit is moontlik dat die onderrig van Etos en Professionele

Praktyk aan verskillende opleidingsinstansies kan verskil, maar elke professionele verpleegkundige is self verantwoordelik vir haar professionele gedrag en moet dit voortdurend byhou. Slegs 4 (vier) van die 19 deelnemers het nie enige nabasiese kursus gevolg nie.

3.12.2 Inhoudsontleding

Die konsep professionele praktyk is baie omvattend en verwys na beide die *etos* (aard) sowel as die kuns of toepassing van Verpleging (Fagerberg, 2004:289; Gastmans, 2002: intyds; Mellish & Paton, 1999:2; Rutty, 1998:244). Die Etos van Verpleging bestaan uit drie dele, naamlik dit **wat** verpleging is sowel as die **ontwikkeling** (geskiedenis) en **etiese** begroning daarvan (Mellish & Paton, 1999:2).

Dit **wat** Verpleging is, word deur verskillende outeurs vanuit verskillende oogpunte beskryf. Verpleging word as beide 'n wetenskap en kuns beskryf (Mellish, Brink & Paton, 2001:4; Mulaudzi, Mokoena & Troskie, 2001:2 en Mellish & Paton, 1999:5). Hierteenoor beskryf Searle (2000:163) Verpleging in terme van verskillende rolle wat vertolk moet word. Wanneer hierdie twee verskillende beskrywings ten opsigte van inhoud vergelyk word, blyk dit dieselfde betekenis te hê.

Die instrumentele rol (Searle, 2000:163) impliseer verwerwing van kennis en kan met die wetenskap van Verpleging (Mellish, *et al.*, 2001:4; Mulaudzi, *et al.*, 2001:2; Mellish & Paton, 1999:5) vergelyk word. Die ekspressiewe rol is, volgens Searle (2000:163-164) "... the establishment and maintenance of extensive and effective therapeutic intervention. It is concerned with the organization of the milieu, the interlocking of patient care with the social milieu and the administrative aspects relating to the establishment of a safe, restful, pleasant, purposeful environment...". Hierdie rol verwys dus na hoe kennis geïmplementeer moet word en kan met die kuns van Verpleging (Fagerberg,

2004:289; Mellish, *et al.*, 2001:4; Mulaudzi, *et al.*, 2001:2; Mellish & Paton, 1999:5) vergelyk word.

Die **geskiedenis** van Verpleging, naamlik die ontstaan, ontwikkeling en uitbreiding daarvan, vorm deel van die etos van Verpleging. Studente moet ten opsigte van die internasionale sowel as nasionale geskiedenis van Verpleging onderrig word ten einde die uitdagings wat vandag in Verpleging voorkom, te kan verstaan en daarmee te kan deel (Chitty, 2001:1; Mulaudzi, *et al.*, 2001:6).

Etiek vorm deel van die alledaagse lewe en is dus ook deel van Verpleging. Etiek verwys onder andere na wat 'n samelewing of groep mense as reg en verkeerd beskou, of wat wenslik is of nie wenslik is nie (Arries, 2005:64; Ellis & Hartley, 2001:342; Mellish & Paton, 1999:117). Dit bestaan uit verskeie teorieë, beginsels en waardes en hieruit spruit onderwerpe soos etiese kodes, etiese dilemma's en etiese besluitneming voort (Muller, 2002:67; Ellis & Hartley, 2001:354, Searle, 2000:95, 97, 100-101).

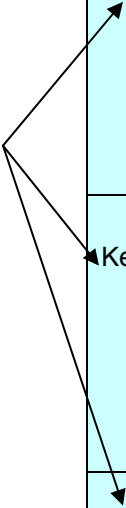
Met die inhoudsontleding van die fokusgroeponderhoude is die volgende kategorieë vanuit die getranskribeerde gesprekke ten opsigte van Professionele Praktyk geïdentifiseer, naamlik dat Professionele Praktyk:

- ❑ uit 'n **teoretiese komponent (wetenskap)** bestaan;
- ❑ 'n **praktiese komponent** het;
- ❑ uit **kultuurelemente** bestaan;
- ❑ die **beeld van Verpleging** raak en
- ❑ 'n **etiese begroning** het.

Die inhoudsontleding en die literatuurkontrolle sal vervolgens geïntegreerd aan die hand van dié kategorieë bespreek word.

3.12.2.1 Professionele praktyk bestaan uit 'n teoretiese komponent.

Die teorie (wetenskap) van Verpleging oorvleuel met ander dissiplines, maar daar bestaan ook eie, unieke teoretiese kennis. Dié basis van kennis word voortdurend verder deur verpleegkundige navorsers uitgebrei (Ellis & Hartley, 2001:170; Mulaudzi, *et al.*, 2001:2). Op hierdie wyse het unieke verpleegkundige filosofieë, -teorieë en –navorsing oor dekades tot stand gekom. Uitbreiding van Verpleging as professie behoort die visie van elke professionele verpleegkundige te wees, want indien daar nie 'n toekomsvisie is nie sal die professie nie kan groei nie (Henderson, 2006:28; Wieck, 2000:intyds). Deelnemers in die fokusgroepe het na temas van die teoretiese komponent verwys soos dit in figuur 3.4 aangedui is:

KATEGORIE	GROEP	TEMA
TEORETIESE KOMPONENT 	Filosofie	-'n Universele filosofie vir Verpleging is nodig -'n Filosofie en kode bevorder professionele groei -Daar is nie huidig 'n universele filosofie in Verpleging nie
	Kennis	Praktisyns: -mag kennis hê, maar nie weet hoe om dit oor te dra nie -moet ander onderrig -se teoretiese en praktika kennis moet op datum gehou word
	Voortdurende professionele ontwikkeling	-Dit is elkeen se eie verantwoordelikheid -Dit is ook die werkgewer se verantwoordelikheid

FIGUUR 3.4. Professionele Praktyk: teoretiese komponent

Die teoretiese komponent bestaan uit 'n filosofie, kennis asook voortdurende, professionele ontwikkeling (vergelyk figuur 3.4) en elkeen sal nou afsonderlik bespreek word.

3.12.2.1.1 Filosofie

‘n Filosofie kan beskryf word as die basis waarop denke en besluitneming, wat ‘n persoon se gedrag rig, berus. Dit rig ‘n persoon se algemene sowel as professionele gedrag en help om kritiese denke en – redenering te ontwikkel (Henderson, 2006:28; Clarke & Holt, 2001:1; Mellish, *et al.*, 2001:9; Chitty, 2001:206; Searle, 2000:91). Die ontwikkeling van filosofieë is nie net tot “filosowe” beperk nie. Elke persoon het, bewustelik of onbewustelik ‘n eie, unieke filosofie. ‘n Filosofie kry gestalte wanneer persone (verpleegkundiges) saam daaroor praat en dink (Chitty, 2001:206).

Slegs een persoon uit al die fokusgroepe het na filosofie verwys en sy was van mening dat daar nie ‘n algemene filosofie vir Verpleging (in SA) bestaan nie: *“I think another point which is perhaps lacking in nursing today is that we don’t have a **common philosophy or theory**.”* Later het dieselfde deelnemer die volgende gesê: *“...and nowhere at this moment have we got a philosophy that [we] are guiding our teaching, guiding our nursing through. And I think that is a big problem”.*

Dit is kommerwekkend dat slegs een deelnemer sterk oor ‘n filosofie in Verpleging gevoel het, terwyl Verpleging op ‘n basiese filosofiese raamwerk, wat deur **die meerderheid** van verpleegkundiges aanvaar word, gegrond behoort te wees (Muller, 2002:5-8; Searle, 2000:91).

Verskeie outeurs het uitgewys dat dit vir ‘n praktisyn nodig is om ‘n **eie filosofie** te hê sowel as dat hulle, ‘n **verplegingsfilosofie** moet ken en dat hierdie filosofieë hul praktyk moet rig (Muller, 2002:10; Chitty, 2001:206; Mellish *et al.*, 2001:9; Searle, 2000:9.1). Nie net outeurs beklemtoon die belang van ‘n filosofiese onderbou vir Verpleging nie, maar dit is ook die SARV se vertrekpunt, soos gesien in die aanhef van die SARV dokument, “Standaarde vir Verplegingspraktyk: Beleidstandpunte van die SARV” (1992). Hierin word dit duidelik beskryf dat die praktyk van Verpleging op wetenskaplike verpleging,

gerig deur professionele norme en waardes en 'n **verplegingsfilosofie**, gegrond is.

3.12.2.1.2 Kennis

Verpleging beskik oor 'n gevestigde basis van kennis en dit het 'n eiesoortige wetenskaplike taal. Die basis van kennis word voortdurend deur navorsing uitgebrei en ontwikkel (Timmins & O'Shea, 2004:intyds; Ellis & Hartley, 2001:170-172; Chitty, 2001:154) en professionele verpleegkundiges moet op hoogte bly met nuwe **basiese** sowel as **gespesialiseerde** kennis ontwikkeling (Searle, 2000:78, Muller, 2002:12).

Kennis, gesien uit 'n onderrig oogpunt beslaan verskillende domeine, naamlik die kognitiewe, affektiewe en psigomotoriese domeine (Quinn, 2001:140). Die kognitiewe domein het te doen met teoretiese kennis en intellektuele vermoëns. Kognitiewe kennis kan verder in verskillende vlakke na aanleiding van Bloom se taksonomie, in kennis, begrip, toepassing, analise, sintese en evaluering verdeel word.

Die affektiewe domein sluit houding, waardes en norme in en die psigomotoriese domein raak die fisiese uitvoering van tegnieke en prosedures (Quinn, 2001:140).

In kontras met bogenoemde beskrywing van domeine van kennis, onderskei Freshwater & Stickley (2004:intyds) slegs twee domeine, naamlik rasonale denke en emosionele intelligensie. Volgens dié outeurs moet hierdie twee domeine in 'n individu balanseer ten einde die persoon ten volle intellektueel te laat ontwikkel.

Emosionele intelligensie bestaan uit beide persoons- sowel as sosiale vaardighede. Een persoonsvaardigheid is byvoorbeeld die vermoë om

selfbestuur te kan toepas en selfbestuur weer bestaan uit selfbewuswording, selfregulering en motivering. Persone wie se persoonsvaardighede ontwikkel is beskik oor selfvertroue, beheer oor emosie, is betroubaar, optimisties, aanvaar verantwoordelikheid vir eie optrede en poog om hulle beste te lewer. Sodanige persone ken ook hulle sterk punte en leemtes.

Sosiale vaardigheid verwys na die vermoë om empaties te kan wees en sosiale vaardighede is byvoorbeeld soos om oor ander besorgd te wees, op ander se behoeftes te reageer, diversiteit te waardeer, politiese bewustheid, effektiewe kommunikasie, vermoë om te kan luister, effektiewe konflikthantering en die vermoë om saam met ander te werk. Hierdie waardes word nie almal tans in Verplegingskurrikula aangespreek nie, terwyl dit in die werksplek netso belangrik as beroepskennis en –vaardighede geag word (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3-4).

Verpleegkundiges het daagliks met emosie te doen. Pasiënte se emosies veroorsaak emosies by verpleegkundiges en hulle moet dit kan hanteer. Take, verrig sonder emosie, of sonder om die emosie van die een vir wie die taak verrig word in ag te neem, is bloot die meganiese uitvoering van 'n prosedure en nie Verpleging nie. Kommunikasie sonder emosie is ewe nutteloos (Freshwater & Stickley, 2004:intyds).

Ten einde 'n persoon maksimaal te laat ontwikkel, behoort emosionele intelligensie ook ontwikkel te word.

Deelnemers het na kennis in terme van professionele praktyk verwys: *“Goed, vir my gaan professionele praktyk, dink ek regtig oor ‘n **kombinasie** tussen houding en gedrag en ook **kennis** en vaardigheid”* en *“They’re very insecure at work because there’s a **whole new body of knowledge**. Their... their training didn’t actually prepare them...”*. Kennis is pertinent as deel van professionele praktyk uitgewys, terwyl 'n gebrek aan kennis as moontlike oorsaak vir gevoelens van

onsekuriteit by professionele verpleegkundiges uitgelig is. Daar is nie spesifiek na die gebrek aan **emosionele** kennis verwys nie, maar gebrekkige ontwikkeling hiervan kan tot onsekerheid lei (Freshwater & Stickley, 2004:intyds).

3.12.2.1.3 *Voortdurende professionele ontwikkeling*

Dit blyk uit die literatuur dat die konsep “voortdurende professionele ontwikkeling” nie ‘n nuwe konsep is nie aangesien Ellis & Hartley (2001:246) na ‘n artikel verwys wat reeds rondom 1882 deur Florence Nightingale geskryf is en waarin sy verpleegkundiges aanmoedig om jaar na jaar **nuwe** en **verbeterde** (verpleegkundige) metodes aan te leer. Sy het verpleegkundiges ook aangemoedig om daarna te streef om jaar na jaar **meer en beter** te doen as wat hulle reeds gedoen het. Voortdurende professionele ontwikkeling is nie net aan verkryging van akademiese kwalifikasies gekoppel nie. Dit verwys na ‘n proses waardeur individue lewenslank op persoonlike, sosiale en professionele vlak ontwikkel – tot voordeel van hulself en ander (Gopee, 2001:intyds).

Die daarstelling van ‘n beleid vir voortdurende professionele ontwikkeling deur ‘n instansie, is nie voldoende om te verseker dat personeel op datum sal bly nie. Personeel moet ook blootgestel word aan geleenthede waar hulle kan leer hoe om te leer (Howkins & Evens, 1999:47). Onderrigpersoneel moet ook voortdurend oorspronklike en vindingryke nuwe kursusse, na gelang van die verandering in tendense in gesondheidsorg, ontwerp ten einde voortdurende ontwikkeling te bevorder (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Mellish *et al.*, 2001:281).

Van die 19 deelnemers wat aan die drie fokusgroeponderhoude deelgeneem het, het slegs 4 nie ‘n nabasiese program deurloop nie. Dit wil nie sê dat dié 4 (vier) deelnemers nie op hoogte van hul onderskeie vakgebiede is nie, aangesien om ingelig te bly nie noodwendig sinoniem met die verwerwing van kwalifikasies is nie.

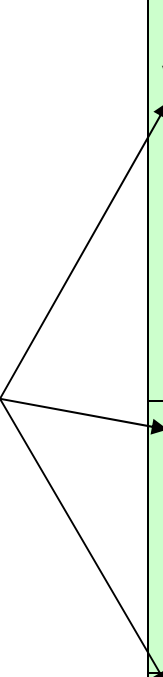
Slegs een deelnemer, uit fokusgroep 1, het na voortdurende professionele ontwikkeling verwys: *“Dan moet jy ook in ag neem, **jou voortdurende opleiding**. En dit is ook jou eie verantwoordelikheid en ook jou organisasie se verantwoordelikheid om te sorg dat die persone wat hy in diens neem goed opgelei is om dan die kwaliteitsorg te lewer – voortdurend”*.

Dit is in ooreenstemming met wat in die literatuur beskryf word naamlik, dat dit deel van die professionele verantwoordelikheid van ‘n praktisyn is om toe te sien dat op hoogte gebly moet word met die nuutste ontwikkeling in ‘n vakgebied (Muller, 2002:19; Ellis & Hartley, 2001:247; Gopee, 2001:intyds; Mellish *et al.*, 2001:280-281; Searle, 2000:149; Wywialowski, 1997:323). Laasgenoemde impliseer nie die najaag van kwalifikasies nie. Dit is eerder ‘n ontwikkeling en aanvulling van bestaande vaardigheid en kennis, maar kan ook verdere akademiese studie insluit. Verskillende outeurs beklemtoon die feit dat indien dit van verpleegkundiges verwag word om effektief en professioneel op te tree, toepaslike voortgesette onderrig vir hulle beskikbaar behoort te wees (Mellish *et al.*, 2001:280-281; Searle, 2000:399).

3.12.2.2 Professionele praktyk het ‘n praktiese komponent

Die praktiese komponent van Verpleging behels baie meer as die doen van prosedures. Dit sluit die daaglikse, algemene- sowel as professionele optrede of gedrag, van ‘n verpleegkundige in. Daar word na die wyse waarop ‘n verpleegkundige haar professie beoefen, as die kuns van Verpleegkunde verwys (Fagerberg, 2004:289; Mulaudzi *et al.*, 2001:2). Hierdie kuns van Verpleegkunde, of gedrag impliseer vaardige en effektiewe afhandeling van verplegingstake, sowel as emosionele betrokkenheid en die terapeutiese gebruik van die self (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Searle, 2000:92).

Die praktiese komponent van professionele praktyk word in figuur 3.5 weerspieël.

KATEGORIE	GROEP	TEMA
PRAKTIESE KOMPONENT 	Vaardigheid	-Professionele verpleegkundiges moet vaardig wees in uitvoer van kliniese prosedures handhaaf van verhoudinge kommunikasie kliniese onderrig bestuur van 'n afdeling pasiënt voorspraak -Professionele verpleegkundiges moet die praktyk (werk) ken -Ondervinding bring vaardigheid -Prosedures word verkeerd gedoen omdat daar 'n personeeltekort is
	Deeglikheid/ Uitmundendheid	-Sorg en prosedures moet deeglik uitgevoer word -Strewe na uitmundendheid
	Rolmodelle	-Die volgende persone moet almal rolmodelle wees: Dokters, Professore, lektrises, professionele verpleegkundiges, subprofessionele verpleegkundiges -Daar is min positiewe rolmodelle en meer negatiewe rolmodelle

FIGUUR 3.5. Die praktiese komponent (kuns) van Professionele Praktyk

Uit figuur 3.5 blyk dit dat verskillende soorte vaardighede, volgens die deelnemers en literatuur, deel van Professionele Praktyk uitmaak. Volhoubare Verplegingsvaardigheid moet voortdurend nagestreef en beoefen word (Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian & Chaowalit, 2005:intyds). Alhoewel 'n deel van Professionele Praktyk van Verpleging uit die doen van praktiese prosedures bestaan, is die beoefening (kuns) van Verpleging nie slegs psigomotoriese vaardigheid nie. Uitvoer van prosedures sonder om die persoon op wie dit gedoen word, se emosies in ag te neem, is meganiese stappe en kan, volgens Freshwater & Stickley (2004:intyds) eweneens deur 'n robot uitgevoer word. Professionele Praktyk bestaan verder uit die gee van onderrig, bestuur van 'n

afdeling en pasiënt voorspraak (Chitty, 2001:348-354; Searle, 2000:159; Muller, 2002:103, 287). Kommunikasie vorm 'n integrale deel van die voorafgenoemde en verpleegkundiges moet dit vaardig kan toepas (Muller, 2002:221; Chitty, 2001:456, 461; Searle, 2000:253).

Die praktiese beoefening (kuns) van Verpleging word ook gesien as om op **kreatiewe wyse** voorstelle en planne te maak ten einde effektiewe sorg in enige omstandighede te kan lewer. Dit impliseer beplanning ten einde pasiënte, in gevalle van personeel- en/of finansiële tekorte en in geval van waar pasiënte ontoereikend funksioneer, veilig te kan versorg (Fagerberg, 2004:289).

3.12.2.2.1 Vaardigheid

Deelnemers uit al drie die fokusgroepe het na vaardigheid in die algemeen verwys, terwyl deelnemers uit die eerste twee fokusgroepe ook spesifiek na kommunikasievaardighede verwys het. Twee deelnemers het na kliniese onderrig en pasiëntvoorspraak, as vaardighede, verwys. Dit blyk dus dat professionele verpleegkundiges die volgende vaardighede as deel van Professionele Praktyk sien:

❑ *Kliniese prosedures:*

Dit behels die uitvoer van tegnieke en prosedures asook die gebruik van toepaslike apparaat. Die basiese vaardighede waaroor 'n verpleegkundige moet beskik word, soos in geval van die teoretiese vereistes, in die SARV onderriggids uiteengesit (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatriese en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992 soos gewysig). Dit bly die professionele verantwoordelikheid van elke verpleegkundige om voortdurend te evalueer of sy vaardig is in die prosedures wat in haar veld van toepassing is (Muller, 2002:12; Mellish *et al.*, 2001:309).

Deelnemers uit al drie die fokusgroepe het na vaardighede, in die algemeen, as volg verwys: *“Goed, vir my gaan professionele praktyk, dink ek regtig oor ‘n kombinasie tussen houding en gedrag en ook kennis en **vaardigheid**. ...Al die **vaardighede** en goed wat die mense moes doen vandat OBL [Uitkomsgebaseerde Onderrig] ingekom het ... word daar regtig gefokus op dat jy dinge in die praktyk baasraak en die **vaardighede** wat jy moet doen....”*

□ Handhaaf van verhoudings

Verpleegkundiges is daaglik in verskillende verhoudings betrokke, soos byvoorbeeld met verskillende lede van die multidissiplinêre span (Gastmans, 2002:intyds; Muller, 2000:172-175; Chitty, 2001:316; Ellis & Hartley, 2001:502; Searle, 2000:172-174). Die belangrikste verhouding vir die verpleegkundige behoort die pasiënt-verpleegkundige verhouding te wees (Gastmans, 2002:intyds; McQueen, 2000:intyds; Pera & van Tonder, 1996:57) aangesien dit as grondslag vir Verpleging van pasiënte dien (Searle, 2000:173).

● Pasiënt-verpleegkundige verhouding

Hierdie verhouding ontstaan nie vanself wanneer ‘n pasiënt by ‘n gesondheidsorgfasiliteit aanmeld nie. Dit verg opbou van vertroue tussen die verpleegkundige en die pasiënt en dat die pasiënt warm, opreg empaties en onbevooroordeeld benader moet word. Studente moet vaardigheid ontwikkel in die inisiëring en handhawing van pasiënt-verpleegkundige verhoudings (Gastmans, 2002: intyds; Searle, 2000:173).

Die verpleegkundige moet daarna streef om ‘n positiewe verhouding daar te stel deur onder andere goeie kommunikasie en

die terapeutiese gebruik van haarself (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Mellish & Paton, 1999:4; Searle, 2000:258).

Dit is onrusbarend dat die vestiging van 'n pasiënt-verpleegkundige verhouding nie in enige van die fokusgroepe as deel van Professionele Praktyk genoem is nie.

- Interverpleegkundige verhoudings

In interverpleegkundige verhoudings behoort samewerking, selfontwikkeling en ondersteuning bevorder te word. Elke lid se kennis, ervaring en regte moet erken en gerespekteer word ten einde goeie interverpleegkundige verhoudings te bevorder (Pera & van Tonder, 1996:69). Daar kan egter ook probleme met hierdie verhouding wees, soos byvoorbeeld kleingroep (klike) vorming, portuurgroepdruk ten opsigte van negatiewe gedrag, gebrek aan groepkohesie en gebrek aan ondersteuning vir ander kollegas in hulle pogings om iets te bereik (Pera & van Tonder, 1996:70).

Deelnemers het na die bogenoemde probleemareas verwys en die volgende gesê: *"...and we just don't do that at nursing. We.. we... we put one another down, we back stab, we criticize, we... we... say bitchy things..."*. Hierdie stelling kan verwys na ontbreking van groepkohesie, of portuurgroepdruk of na gebrek aan ondersteuning vir ander kollegas in hulle pogings om iets te bereik.

'n Ander deelnemer het ook die volgende gesê: *"...I think it is this whole business of ... if... if I have suffered in coming into this environment, then why shouldn't you also suffer in coming into this enviro[nment]..."*. Die voorkoms van rugstekery in Verpleging lei tot 'n lae moraal, wat op sy beurt aanleiding gee tot stres, verminderde werkprestasie en vermeerderde voorkoms van

insidente van professionele nalatigheid (Castledine, 1997. 1998. *In* Callaghan, 2003:82).

- Verhoudings met ander lede van die span
Verpleegkundiges behoort 'n positiewe verhouding met al die lede van die span wat by die pasiënt betrokke is, te handhaaf. Elkeen se kennis en insette behoort erken en gerespekteer te word en dit behoort met hoflikheid gepaard te gaan. Die verpleegkundige beklee 'n *onafhanklike* rol en is **nie** van 'n geneesheer *afhanklik* vir haar optrede nie (Searle, 2000:165-166). Studente behoort hierdie begrip reeds van vroeg af in hul opleiding te verstaan en uit te oefen.

Elke verpleegkundige en geneesheer het 'n etiese verantwoordelikheid ten opsigte van die ander om hul professionele reputasie te beskerm. Vroulike professionele verpleegkundige kan soms nie 'n professionele standpunt teen manlike geneesheer inneem nie, omdat vrouens in die algemeen in die meeste samelewings gesosialiseer word as om te versorg, te konformeer en onderdanig te wees (Joubert, du Rand & van Wyk, 2005:55; Corser, 2000:intyds; Rutty, 1998:248). Hierdie aspek kan tot nadeel van die pasiënt lei en studente moet hiervan bewus gemaak word. Ter wille van die pasiënte behoort daar positiewe samewerking tussen geneesheer en verpleegkundiges te wees (Elder, Price & Williams, 2003:150; Corser, 2000:intyds).

Die verpleegkundige-geneesheer verhouding is nie in al die fokusgroepe aangespreek nie. Een deelnemer het haar sterk negatief ten opsigte van hierdie verhouding uitgespreek: *“Ek vra maar net, hulle [die geneesheer] is ook deel van ons professionele praktyk, hulle is deel van die span. Want dit het dan so gebeur dat*

hulle ons beeld afbreek, jy weet, voor die publiek en voor die pasiënte”.

Hierdie ervaring word bevestig in die resultate, bekom deur Joubert, *et al.* (2005) waar die verbale mishandeling van verpleegkundiges deur geneeshere in 'n private instansie ondersoek is.

- Lektrise/dosent-studentverhouding

'n Positiewe lektrise/dosent-studentverhouding is een van die belangrikste voorwaardes vir suksesvolle leer en 'n belangrike element van 'n positiewe verhouding is dat dit op deernisvolle (“caring”) wyse moet plaasvind (Mellish, *et al.*, 2001:72). Lektrises/dosente moet studente respekteer, ondersteun, bemoedig en met aandag na hulle luister (Mellish, *et al.*, 2001:73). Studente volg dikwels die voorbeeld van onderrigpersoneel na en dit is as volg uitgewys: “...*Students always look up to their professors. Uhm ... so ... I think that they play the biggest part...*”.

'n Ander mening is dat die afstand tussen lektrises/dosente en studente te groot is en daar is gesê dat 'n formele aanspreekvorm die verhouding tussen onderrigpersoneel en studente negatief beïnvloed: “...*And I think we are also very... very conservative. Uhm.. that ... we often keep this ...e... formal structures between us and the students. It's not surprising of the students to call me Mrs [name] and this creates a distance...*”.

Daar is só na die aanspreekvorm verwys: “...*but ..e... I think with other professions they don't have this ... professional distance between them and the students and ...e... I have seen that in other countries. Uhm... this formality have been done away with. More or less ... people are on first name basis and I have heard many*

people have said that in SA is very ...very formal and maybe that is why perhaps very often than not, we cannot reach our students as much as we can to really share with them and exemplify the correct professional values. Because e... some of the students are afraid of their lecturers. [Hmm.] They feel tense ...e... They feel they can't really relate with you on a human to human basis"....

Onderrigpersoneel en studente moet in 'n postiewe verhouding staan ten einde onderrig suksesvol te laat plaasvind. Aspekte soos aanspreekvorms behoort dus tussen lektrises/dosente en studente uitgeklaar te word.

□ *Kommunikasie:*

Kommunikasie is een van die belangrikste vaardighede waaroor 'n verpleegkundige moet beskik (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatriese en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992 soos gewysig; Burnard, 2005:intyds). Die professionele verpleegkundige moet nie net vaardig wees in die kommunikasieproses nie, maar ook in staat wees om hindernisse ten opsigte van kommunikasie by pasiënte, kollegas en die publiek te kan oorkom. Hindernisse kom voor as gevolg van verskillende tale, waardes, emosies en intellek (Burnard, 2005:intyds; Muller, 2002:223-224). Vaardigheid in kommunikasie is ook noodsaaklik in kliniese begeleiding (Berggren & Severinsson, 2003:616).

Deelnemers uit fokusgroepe 1 en 2 het as volg na kommunikasie verwys: "...['n verpleegkundige moet oor]... *regte kommunikasie vaardighede* beskik..." 'n Ander deelnemer het dit só gestel: "...Jy kan iemand in die eenheid hê wat al die kennis en vaardigheid het, sy weet presies wat daai pasiënt makeer, maar sy het nie die vermoë om die inligting oor te dra

aan die familie nie. Sy het nie die vermoë om op die regte manier met die familie te praat nie... dan is al haar kliniese vaardigheid daarmee...". 'n Deelnemer uit fokusgroep 2 het die volgende gesê: "... [If] they say we... we must behaving [behave] properly and communicate with our patients and have communication skills ...".

Die deelnemers het nie na verskillende tipes kommunikasie verwys nie. Verpleegkundiges moet egter vaardig wees in verbale kommunikasie (Mulaudzi *et al.*, 2001:78), geskrewe kommunikasie (Muller, 2002:238), en nie-verbale kommunikasie (Muller, 2002:227). Die verpleegkundige moet ook bedag wees op die boodskappe wat haar nie-verbale kommunikasie uitdra.

Kommunikasie is 'n onontbeerlike vaardigheid waarvoor professionele verpleegkundiges moet beskik ten einde effektiewe verpleegsorg te kan verleen en interaksie met ander te kan hê (Chitty, 2001:456). Onderrig van kommunikasie word nie deur die SARV as deel van die module [Etos en] Professionele Praktyk beskryf nie, maar wel as deel van fundamentele verpleegkunde (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatriese en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992, soos gewysig).

□ *Kliniese-onderrig*

Daar word van professionele verpleegkundiges verwag om toepaslike onderrig in die praktyk aan pasiënte, studente en lekwerkers te gee (Mellish, *et al.*, 2001:207-209; Muller, 2002:128; Searle, 2000:159; Jones, 1999:42; SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatriese en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992, soos gewysig) en hulle moet dus hieroor onderrig word.

Effektiewe onderrig van studente in die praktyk verg 'n positiewe student-lektrise verhouding, gebou op wedersydse vertroue sowel as blootstelling aan voldoende leergeleenthede (Gillespie, 2005:214; Gillespie, 2002:intyds; Woo-Sook, Cholowski & Williams, 2002:412). Die volgende is oor kliniese onderrig gesê: ...” *En leer die mense om die eerste keer dit wat hulle doen reg te doen. En doen dit saam met hulle. En as hulle nie weet hoe om dit te doen nie, wys hulle hoe om dit te doen...*”.

Verpleegkundiges speel ook 'n belangrike rol in die onderrig van byvoorbeeld individuele pasiënte, gesinne, groepe in die gemeenskap asook studente en kollegas (Chitty, 2001:350). Dit is dus noodsaaklik dat hulle in dié onderrig vaardig is (Mellish *et al.*, 2001:207-209; Searle, 2000:99, 158-159).

❑ *Pasiëntvoorspraak*

Pasiëntvoorspraak word onder 3.12.2.5 Etiese begronding, (bls 163) beskryf.

❑ *Bestuur van 'n afdeling*

Verpleegkundiges is in verskillende gesondheidsorgfasiliteite en – eenhede werksaam en die vlakke van bestuur verskil. Daar bestaan egter basiese bestuursvaardighede waarin alle verpleegkundiges vaardig moet wees ten einde 'n eenheid effektief te kan bestuur, soos byvoorbeeld kennis, kommunikasie en leierskap (Muller, 2002:103, 153-154). Nie een van die deelnemers het na bestuur van 'n afdeling of leierskap as 'n vaardigheid of as deel van professionele praktyk verwys nie.

Dit is onrusbarend dat professionele verpleegkundiges wat langer as 3 jaar praktiseer, nie leierskap of bestuursvaardighede as deel van professionele praktyk sien nie.

3.12.2.2.2 Deeglikheid/uitmuntendheid

‘n Professionele verpleegkundige behoort nie tevrede te wees om in die praktyk net vaardig te wees nie. Daar behoort ‘n voortdurende strewe na uitmuntendheid of deeglikheid te wees (Ellis & Hartley, 2001:375; Muller, 2001:18, 200). Hierdie deeglikheid verwys nie slegs na die uitvoer van prosedures nie, maar ten opsigte van alles wat die praktyk van Verpleging uitmaak.

‘n Professionele verpleegkundige behoort ook vanself, met tussenposes, haarself ten opsigte van die deeglikheid waarmee sy praktiseer te evalueer (Ellis & Hartley, 2001:375). Indien sy vind dat sy tekort skiet, behoort sy self die probleem op toepaslike wyse aan te spreek. Hierdie eienskap, bekend as self-bewuswording is ‘n eienskap waaroor professionele persone behoort te beskik (Muller, 2002:19).

Deelnemers het nie die woorde “uitmuntendheid of deeglikheid” gebruik nie, maar wel kwaliteit: “..En jou kennis en vaardighede moet bygehou word, want anderster kan jy nie jou **kwaliteitsorg** lewer nie...” en “... and it's not only just a matter of as an educator you must actually ... meet certain **quality** requirements of what [to] deliver, but the whole system...”.

Studente is tydens hul opleiding daarop ingestel om basiese verpleegkundige kennis en vaardighede te bemeester. Aangesien die strewe na uitmuntendheid ook deel van voortdurende professionele ontwikkeling vorm, moet studente deurlopend daartoe gemotiveer word.

3.12.2.2.3 Rolmodelle

‘n Rolmodel in Verpleging is ‘n verpleegkundige wat ‘n sekere posisie in die sisteem beklee en wat deur ander gerespekteer word. Sy moet betroubaar en bevoegd wees asook met deernis optree (Searle, 2000:144). ‘n Rolmodel behoort verder ‘n persoon te wees wat omvattende gesondheidsorg binne die

wetlike- en etiese raamwerk lewer, kalm en waardig onder stres kan funksioneer, 'n goeie leermeester en toesighouer is en wat 'n gesondheidsorgklimaat kan skep wat bevorderlik vir leer en herstel van pasiënte is (Searle, 2000:144). 'n Rolmodel moet ook haar professionele registrasie en indemniteitsversekering op datum hou (Searle, 2000:202). Studente steun op rolmodelle om hulle te lei, te ondersteun en studente meet hulle identiteit aan dié van die rolmodelle (Donaldson & Carter, 2005:intyds).

In al drie die fokusgroepe is die onderwerp van rolmodelle aangespreek. Op 'n vraag oor wie die grootste invloed op die professionele ontwikkeling van 'n nuweling in Verpleging het, is geantwoord: *"...I think role models. At least from [laugh] talking from like ...e what I used to look up to..."*.

Op 'n verdere vraag oor wie die rolmodelle behoort te wees, is as volg geantwoord: *"...Even the... e... and... all the nurses. Everybody in the .. in the... in the ... team [is] the role model. Because you're a ... when the student comes first he [is] going to work with the enrolled nurse, the nursing assistant, né. So if he's [they are] a role model and he start learning from there ... "*. 'n Ander deelnemer het gesê: *"...the lecturer also should be a role model..."* *"...the thing is the lecturer can be a role model but he is only doing the practical at that time. Sometimes he is doing theoretical jobs. So the person's [who is always in the practical job] is the sister in the ward. So the sister must be [inaudible]..."*.

Ander deelnemers se mening was dat elke professionele verpleegkundige sowel as die geneesheer 'n rolmodel moet wees: *"...die ouens in die praktyk in die hospitaal is veronderstel om rolmodelle te wees..."* en *"...Ek dink elke verpleegkundige, elke eenheidsbestuurder elke ... geregistreerde verpleegkundige moet 'n rolmodel wees ..."*. Dit is dus die mening van die deelnemers aan die fokusgroepe dat rolmodelle vir verpleegkundiges

geneeshere, professionele verpleegkundiges, medestudente, verpleeghulpe, lektrises en professors kan wees.

Die onderskeid tussen goeie en swak rolmodelle is as volg uitgewys: *“...you don’t have to be a nurse for more than about two days to ... to sense out these ones who you’re gonna work with, those ... whose worth talking to and who isn’t...”*.

Dit is ook uitgewys dat ‘n rolmodel ‘n *positiewe of negatiewe* effek tot gevolg kan hê: *“...maar ons moet onthou ‘n rolmodel kan negatief of positief gewees het...”*. Dié gedagte is ook deur ander deelnemers ondersteun: *“...they copy the wrong things from others...”* en later: *“... but there’s ... anyone can tolerate a bad role model if there’s another one that’s good, that... they can link with. But if you only have bad role models out there, or... inside your institution then it is really tough...”*.

Die invloed van ouer studente, wat as rolmodelle vir jonger studente optree, kan positief of negatief wees. Dit is só gestel: *“...Because we actually found out of experience, the older experienced students who couldn’t get a job from the varsity or e ...or... college, came into nursing and they were the stirrers. Uhm... they ... they... stirred with the younger students. They were the younger students’ role models...”*.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die verpleegkundige in die kliniese opset die meeste as rolmodel geïdentifiseer word, terwyl onderrigpersoneel, professore en lektrises, ook as rolmodelle gesien word. Die persepsie is in ooreenstemming met die literatuur waar universiteitspersoneel en hospitaalpersoneel as rolmodelle uitgewys word (Kyrkjebo & Hage, 2005:intyds). Ander persone wat ook as rolmodelle geïdentifiseer is, was geneeshere, ingeskrewe verpleegkundiges en verpleeghulpe.

3.12.2.3 *Professionele praktyk bestaan uit kultuurelemente*

‘n Professie, soos Verpleging, kan as ‘n subkultuur van die kultuur waarin dit voorkom, gesien word (Popenoe, Cunningham & Boulton, 2003:37). ‘n Subkultuur bevat die elemente van die kultuur waarin dit voorkom maar dit het ook eie, onderskeidende elemente, wat net spesifiek aan die spesifieke subkultuur behoort. Verpleging in Suid-Afrika beskik dus oor elemente wat eie is aan die Suid-Afrikaanse kultuur, asook oor elemente van die onderskeie omgewings waar die Verpleging plaasvind. Verpleging behoort ook kultuur-kongruent toegepas word (Gopee, 2005:intyds; Sargent, Sedlak & Martzolf, 2005:intyds; van Wyk, N. 2005; Moeti, van Niekerk & van Velden, 2004:74; Canales & Bowers, 2001:103; Serrant-Green, 2001:intyds).

Kultuur-kongruensie is ‘n studieveld op sy eie en val buite die bestek van hierdie studie. Dit behoort egter vanaf die eerste tot finale studiejaar in alle verpleegkundemodules onderrig te word en studente se kultuur-identiteit behoort ook erken en ondersteun te word (Reeves & Fogg, 2006:intyds; Burnard, 2005:intyds; Weaver, 2001:252; Serrant-Green, 2001:intyds).

Verpleging bevat unieke elemente, soos byvoorbeeld ‘n eie, wetenskaplike taal (Ellis & Hartley, 2001:190), eie prosedures, waardes (Chitty, 2001:203) en norme (Searle, 2000:101). ‘n Professionele verpleegkundige moet die verplegingskultuur aanvaar en dit internaliseer, anders gestel, moet sy die professionele identiteit van Verpleging aanneem (Chitty, 2001:177; Cohen, R. 2001:148; Howkins & Evens, 1999:41). Die aanneem van ‘n professionele identiteit geskied deur ‘n proses, bekend as sosialisering. Wanneer sosialisering van ‘n nuweling in ‘n professie plaasvind, staan dit as professionele sosialisering bekend. Deur middel van professionele sosialisering verander ‘n nuweling haar media- en samelewing-stereotipe beeld van Verpleging met die professionele beeld van Verpleging, soos voorgehou deur die meerderheid van lede van die professie (Nesler, Hanner, Melburg & McGowan, 2001:293; Howkins & Evens,

1999:42). Die nuweling aanvaar dus dan die kultuur waaruit die professie (Verpleging) bestaan as haar eie en tree daarvolgens op.

Die kultuurelemente waaruit professionele praktyk bestaan word in figuur 3.6 weerspieël.

KATEGORIE	GROEP	TEMA
KULTUUR-ELEMENTE	Waardes	-Eie Verplegingswaardes bestaan, soos byvoorbeeld deernisvolle sorg ("caring") -Professionele verpleegkundiges erken en onderskryf algemene, sosiale waardes van die gemeenskap
	Formele norme	-Verpleegkundige praktyk word beheer deur onder andere, landswette en die Wet op Verpleging, no 50 van 1978, soos gewysig en toepaslike regulasies -'n Kode vir Verpleging bestaan en behoort nagekom te word -Professionele verpleegkundiges pas beleide, soos van toepassing, toe
	Informele norme	Die volgende is informele verpleegkundige normes, naamlik om: -ander te respekteer -op verantwoordelike wyse op te tree -oor basiese maniere te beskik -konfidensialiteit te handhaaf -privaatheid te respekteer -dissipline te handhaaf en te gehoorsaam
	Professionele sosialisering	-Verpleegkundiges is in die verlede op 'n spesiale wyse gesosialiseer -sosialisering word anders, meer positief, in ander beroepe gedoen

FIGUUR 3.6. Kultuurelemente as deel van Professionele Praktyk

Die kultuurelemente waaruit Professionele Praktyk bestaan, is waardes, formele – en informele norme en professionele sosialisering (vergelyk figuur 3.6).

3.12.2.3.1 Waardes

Waardes en norme word dikwels as sinonieme in die algemene spreektaal gebruik. Alhoewel die twee terme nou verwant is, verskil dit wel. Norme is spesifiek, konkreet en situasie-gebonde. Dit het ook te doen met gedragsglyne, terwyl 'n waarde daarenteen, 'n meer algemene idee van 'n groep mense rondom wat goed of sleg, reg of verkeerd, wenslik of onwenslikheid is (Popenoe, *et al.*, 2003:31). Waardes is verder ook emosioneel gelaai, wat beteken dat daar emosionele gevoelens rondom die nakoming of die verontagsaming daarvan is. Waardes en norme verskaf 'n basis waarvolgens persone in gegewe situasies kan optree (Popenoe, *et al.*, 2003:30). Die doel van waardes in Verpleging is om die praktyk te rig en 'n raamwerk vir besluitneming te voorsien (Chitty, 2001:2002; Ellis & Hartley, 2001:344; Hoffard & Woods, 1996:355).

'n Deelnemer het waardes as deel van professionele praktyk beskou: “... *I would also add like our values...*”. 'n Ander deelnemer het in plaas van waardes na morele oortuigings verwys: “... *I would also add the ethical and the moral issues that goes with professional conduct ... uhm ... and accountability. Accountability, ethics and ... and morals are very important in your professional conduct..*”. Een van die deelnemers het na die moontlike verskil tussen die norme van nuweling verpleegkundiges en dié van Verpleging verwys: “...*You come in with your own set of values from where ever you come from and you hit a set of values which are set by a profession and often that is where the clash comes...*”

Die mening dat nuwelinge Verpleging met hulle eie sosiale waardes betree word deur verskillende outeurs beskryf (Kolanko, *et al.*, 2006:intyds; Nesler, *et al.*,

2001:293; Howkins & Evens, 1999:42). Dié studente se waardes moet uiteindelik aangepas word om soortgelyk aan dié van Verpleging te wees.

Daar bestaan nie konsensus oor wat spesifieke Verplegingswaardes is nie. Die enigste waarde wat outeurs aan Verpleging koppel, is deernisvolle sorg (“caring”) (Cortis & Kendrick, 2003:79; Chitty, 2001:252; Ellis & Hartley, 2001:166; Mulaudzi, *et al.*, 2001:95; Searle, 2000:92; Pera & van Tonder, 1996:3). Die SARV lys ook deernisvolle sorg as ‘n Verplegingswaarde, maar definieer nie die konsep nie (Standaarde vir Verplegingpraktyk: Beleidstandpunte van die SARV. 1992).

Die konsep “deernisvolle sorg” is omvattend en omdat daar nie konsensus bestaan oor presies wat deernisvolle sorg is nie, (Paley, 2001:25) kan dit gebeur dat verpleegkundiges die konsep op verskillende wyses, as gevolg van verskillende uitgangspunte, interpreteer. Deernisvolle sorg (“caring”) is nie net die voorsiening in die fisieke behoeftes van ‘n persoon nie, maar dit betrek ook die intellektuele- en analitiese vermoëns van die verpleegkundige. Studente se vermoë ten opsigte van deernisvolle sorg kan dus deur onderrig verbeter word (Hoover, 2002:85).

Deernisvolle sorg (“caring”) kom in alle kulture voor, maar die wyse waarop dit geïnterpreteer en uitgevoer word, is kultuurrelevant. Aangesien deernisvolle sorg die kern van Verpleging uitmaak, behoort die konsep omskryf te word sodat studente op ‘n eenvormige wyse in alle Verpleegonderriginstitusies hieroor onderrig kan word. In ‘n studie gedoen deur Mogodi, Jooste & Botes (2003:35) was gevind dat onderrigpersoneel kennis het oor wat omgeesorg is, maar dat hulle dit moeilik vind om te onderrig.

Verwysing na deernisvolle sorg as deel van professionele praktyk is as volg genoem: “...Ja, ek wil net sê, op professionele praktyk – kwaliteit sorg met die nodige ... uhm... **caring...**” en “...our philosophy is the **caring ethic** for

example. And that golden thread is not pulled through enough through the whole of nursing...” .

Dit is kommerwekkend dat deernisvolle sorg nie duidelik as kernwaarde van verpleging deur die lede van die fokusgroepe uitgelig is nie. Dit laat die vraag ontstaan oor wat verpleegkundiges as kernwaarde van Verpleging sien, want dit wat die Verpleegkundiges as kernwaarde beskou, sal in die praktyk aan studente oorgedra word.

- ❑ Ander waardes wat deur die SARV genoem word, is:
 - verbintenis tot aanspreeklike veilige praktyk;
 - persoonlike integriteit (Standaard vir Verplegingspraktyk: Beleidsstandpunte van die SARV, 1992. SANC Draft Charter of Nursing Practice, 28 September 2004).

3.12.2.3.2 *Formele norme*

Norme verwys na die **verwagting** van hoe persone **veronderstel** is om in gegewe situasies op te tree, te dink of te voel. Norme word in twee kategorieë verdeel, naamlik formele norme, wat gewoonlik op skrif gestel is en informele norme wat gewoonlik ongeskrewe is, maar deur die meerderheid van die lede van 'n groep verstaan en nagevolg word (Popenoe *et al.*, 2003:31).

- ❑ *Geskrewe norme:*

Geskrewe norme sluit onder andere die volgende in: Landswette, spesifieke wette soos byvoorbeeld die Wet op Verpleging, No. 50 van 1978, soos gewysig, Regulasies, beleide van die departemente en Gesondheidsinstansies, etiese kodes en prosedures (Verschoor, *et al.*, 1996:1, 38).

Deelnemers uit al drie die fokusgroepe het na formele norme in terme van wette en regulasies verwys: “...soos wat hulle gesê het, moet jou nodige kennis en vaardigheid binne jou wetlike, binne jou etiese raamwerk [manifesteer]...” en “...so jy kan nie sonder jou wet praktiseer nie, bestek van praktyk en ook ander nie...”. ‘n Deelnemer van fokusgroep 2 het dit so gestel: “...behaviour towards your own profession.... So always you act as within the rules and regulations....” en “...I will also include principles, professional principles and the rules, that probably are set up by the... a nursing council or association and also some pieces of legislation in which a profession should [inaudible] and conduct them”.

‘n Insiggewende opmerking van een deelnemer ten opsigte van formele norme was: “... I think one of the **greatest dis-services** ... the nursing act ever did was actually to **equate professional** nursing practice with a **list of commissions and omissions** [group agrees] and... that was what I thought professional practice was, until I had an enlightened lecturer informed me that that wasn’t actually what it was all about.”

Dit blyk dus dat die moontlikheid bestaan dat verpleegkundiges op ‘n kortsigtige wyse na professionele praktyk kan kyk en dit slegs as nakoming van wetlike norme kan sien. Hierdie stelling is in ooreenstemming met wat Searle (2000:101) ten opsigte van etiek, wat deel van professionele praktyk vorm, geskryf het: “...unfortunately, in some nursing schools, ethics is taught as a series of **do’s and do not’s**.”.

In ‘n studie, gedoen deur Manias (Manias & Street, 2000:1467) betreffende die gebruik van beleide en protokolle (formele norme) deur geneeshere en verpleegkundiges, is bevind dat verpleegkundiges grotendeels hulle besluite en aksies regverdig op grond van beleide en protokolle. In teenstelling hiermee het die meeste geneeshere hul kennis en ervaring as basis vir besluitneming gebruik. Verpleegkundiges besluit

dus na aanleiding van reëls en voorskrifte en gebruik nie hulle ervaring en kennis hieroor nie.

❑ Etiese kodes

Etiese kodes het 'n rol gespeel in die “professionele ontwikkelingsfase” van Verpleging deur as selfreguleringsmeganisme te dien en te help om die professie se identiteit te vorm (Meulenbergs, Verpeet, Schotsmans & Gastmans, 2004:333). Wanneer persone kodes slegs nakom omdat dit as riglyn gestel word, kan dit nie toewyding aan die professie verbeter nie (Thompson, 2002:524; Botes, 1999:67).

Weens die multidissiplinêre benadering, die ekonomiese oorheersing ten opsigte van sorg en die toenemende etiese eise waarmee verpleegkundiges hedendaags in die post-professionele fase van Verpleging te kampe het, word die funksie en rol van etiese kodes bevraagteken (Meulenbergs, *et al.*, 2004:332).

Indien studente egter ten opsigte van etiese kodes onderrig word sodat hulle dit nie slegs as 'n stel reëls gesien nie, maar as besluitnemingsriglyn kan gebruik, sowel as om hulle praktyk af te baken, het etiese kodes vandag nog 'n rol te speel (Esterhuizen, 2006:104; Verpeet, de Casterle, van der Arend & Gastmans, 2005:191; Meulenbergs *et al.*, 2004:335; Pattison, 2001:8).

Deelnemers het as volg na 'n etiese kode verwys: *“I think if you have a professional and I want to separate the words (professional practice) because professional implies that you **adhere to a code**, whatever profession you belong to and that profession stipulate that if you are this person, this is the kind of thing that you do...”*. Dieselfde deelnemer het verder so uitgebrei: *“...I think each professional should be taught that when you go into a profession that you will adhere to that profession's*

ethical code. *I think a ethical code should change, I agree with you there...” .*

Sommige deelnemers was negatief ten opsigte van etiese kodes en het eerstens gesê dat daar nie 'n algemene kode vir Verpleging in Suid-Afrika bestaan nie en tweedens dat studente nie 'n kode nakom nie: “... *now I am being very cynical, but ... but I think it is part of the problem and we have **never had** in the **country a code of conduct** that actually we can talk through, that we can dialogue with it, that we can engage with it individually that we can say what does that mean when it says that I have to respect...*” ‘n Ander deelnemer het die volgende gesê: “...*And so the students like now tend not to be adhering to the professional code as such...*” .

Dit is kommerwekkend dat Verpleegonderrigkundiges van mening was dat daar nie 'n kode vir Verpleging in Suid-Afrika bestaan nie. Dit mag moontlik wees dat genoemde onderrigkundiges bedoel het daar nie 'n **enkele, spesifieke** kode deur alle Verpleegkundiges in Suid-Afrika aangehang word nie, maar dat daar wel 'n verskeidenheid kodes bestaan.

Deur teoretiese *kennis* van formele norme en etiek te verkry, beteken nie noodwendig dat 'n persoon dit *deel* van haarself gemaak het nie. Formele norme behoort op so 'n wyse aangebied te word dat dit uiteindelik deur die studente geïnternaliseer word sodat hulle 'n professionele identiteit kan ontwikkel.

Daar is nie in die fokusgroepe spesifiek na enige van die bogenoemde waardes verwys nie, alhoewel dit onontbeerlik in Professionele Praktyk is.

3.12.2.3.3 *Informele norme in Verpleging*

Informele norme is norme wat nie neergeskryf is nie, maar wat deur die meerderheid lede van 'n spesifieke groep aanvaar en ondersteun word (Popenoe, *et al.*, 2003:31).

Fokusgroepdeelnemers het na informele norme, as volg verwys: “...and the norms. Something like the rules that guides you, you know. Let me say, if you're a Sotho, Tswana, you have the norms that guide you”. 'n Ander deelnemer het dit so gestel: “...and the conduct for me is the how which indicate the **morals, values** and ethics...”

Spesifieke, *algemene*, informele norme, wat in die literatuur ook as etiese konsepte beskryf word en waarna daar in die fokusgroepe verwys is, is:

- Respek;
- Basiese maniere;
- Handhawing van konfidensialiteit;
- Handhawing van privaatheid van pasiënte en
- Dissipline.

□ *Respek/eerbied:*

Respek vir die menswaardigheid en uniekheid van elke persoon word deur verskillende outeurs, sowel as die SARV beskryf (Standaarde vir Verplegingspraktyk: Beleidstandpunte van die SARV, 1992; SANC. Draft Charter of Nursing Practice. 28 September 2004; Chitty, 2001:485; Ellis & Hartley, 2001:347; Pera & van Tonder, 1996:61).

Die SARV onderskei tussen respek vir 'n persoon en respek vir die lewe van 'n mens. Respek vir 'n persoon word as respek vir 'n persoon se

liggaam, psige en gees, individualiteit, gelowe en tradisies, besittings en verskeie regte beskryf. Die SARV beskryf ook 'n individu se reg tot privaatheid, konfidensialiteit en selfbeskikking, wat in lyn met die Batho Pele beginsels (Muller, 2002:8-9) is. Met betrekking tot respek vir die lewe van 'n persoon, word daar tussen respek vir die begin van lewe, die kwesbaarheid, gehalte en waarde daarvan onderskei.

Deelnemers was van mening dat respek in die algemeen dieselfde is as in die verlede, maar ook dat daar nie meer basiese respek vir ander persone in die samelewing voorkom nie: *"...but basic things in professional conduct, like respect, has not changed. One can't say that a young person of 18 should respect ...respect patients' rights and patients' values differently toward than what we had to do..."*.

*".....It just seems something in our whole community all the change that have been happening it sort of got a lawless society in a certain extent and we don't abide by **basic respect** for other peoples and the discipline and I think the respect for other people is partly discipline as well. We don't have to like each other, but we have to respect each other..."*.

Deelnemers uit al drie die fokusgroepe het respek, in terme van professionele praktyk, as volg uitgelig: *"...kulture kan wegval, maar as daai **basiese respek** vir mense...as ons dit net kan handhaaf, dan kan kultuur en range maar wegval. As ons net onthou om die mense met basiese respek te hanteer dan maak kultuurverskil nie regtig saak nie" en "the old... the old people must [be] **respect [ed]** 'dumela ntate' [hallo father]. That one and that one is the norms"*

'n Ander deelnemer het op die belang van respek ten opsigte van kulturele norme uitgewys: *"... if a person ... if a person comes in and believe you as*

a ... as a practicing nurse [female] cannot wash a male you can't say why don't you want me to wash you. They ... you have to respect it ..."

'n Deelnemer was van mening dat mense nie nodig het om van mekaar te hou nie, maar dat hulle mekaar moet respekteer: *"...We don't have to like each other, but we have **to respect each other.**" "...but I want to add that the young people of today are growing up in a society where respect must be earned. They're not going to respect you because you are fifty years old..."*

Een studie, gedoen in die landelike gebied van die Limpopo Provinsie het aangetoon dat verpleegkundiges wat in die klinieke en regeringshospitale werkzaam was, nie deernis met hulle pasiënte gehad of hulle gerespekteer het nie. Van die verpleegkundiges het op die pasiënte geskreeu, was bars of nors met jonger pasiënte en was laks om pasiënte wat in lang rye gewag het, te help (Mashego & Peltzer, 2005:15).

Die feit dat mense mekaar nie meer respekteer nie is deur 'n deelnemer toegeskryf aan die veranderinge wat in die samelewing plaasgevind het: *"...It just seems something in our whole community all the change that have been happening – it sort of got [us] a lawless society in a certain extent and we don't abide by **basic respect for other peoples and the discipline** and I think the respect for other people is partly discipline as well...."*

Hoflikheid en respek loop hand aan hand en hoflikheid is só belangrik in die oë van die huidige Regering dat dit selfs as een van die 8 (agt) "Batho Pele"-beginsels beskryf word (Muller, 2002:8-9). Die betoning van respek behoort reeds in 'n kind se ouerhuis aangeleer te word (Moser, 2000:1132), maar indien dit nie aangeleer is nie, behoort dit tydens

onderrig van studente geleer of *doelbewus* versterk te word ten einde ook die Batho Pele beginsels na te kan kom.

□ *Basiese maniere:*

Die nakoming van basiese maniere, wat vir almal aanvaarbaar is, as informele norm, mag problematies wees, omdat persone met soveel verskillende kultuur-oriëntasies tot Verpleging toetree. As gevolg van hierdie heterogeniteit is dit juis nodig dat die professie konsensus bereik oor wat die mees algemene, basiese aanvaarde maniere uitmaak, sodat dit aan studente geleer kan word.

‘n Deelnemer het die volgende ten opsigte van basiese maniere gesê: “... *As hulle nie daai **basiese maniere** in hulle ouerhuis geleer het nie, want onthou né, almal het nie die opvoeding en agtergrond wat jy gehad het nie, dan moet jy dit vir hulle leer...*”

Die nakoming van basiese maniere behoort deur die student se opleiding versterk en ondersteun te word.

□ *Konfidensialiteit en privaatheid:*

Privaatheid het daarmee te doen dat ‘n pasiënt se liggaam nie onbehoorlik ontbloom word nie (Verschoor, *et al.*, 1996:61) terwyl konfidensialiteit verwys na geheimhouding (Chitty, 2001:518; Ellis & Hartley, 2001:317; Mulaudzi *et al.*, 2001:31; Searle, 2000:158). Konfidensialiteit en handhawing van privaatheid van ‘n pasiënt kan as basiese maniere gesien word, maar dit vorm ook deel van die etiek van Verpleging en word ook as ‘n reg beskou (Ellis & Hartley, 2001:345-346).

Een deelnemer het konfidensialiteit en handhawing van privaatheid só as deel van professionele praktyk gesien: “... *I think confidentiality also counts... and privacy*” .

Wanneer 'n pasiënt se privaatheid gerespekteer word, word die persoon se private aangeleenthede, soos byvoorbeeld inligting rakende die persoon se gezondheidstatus en behandeling, konfidensieël gehou. Dit mag nie openbaar gemaak word sonder dat die persoon toestemming daartoe verleen het nie (Mulaudzi, *et al.*, 2001:32). Gesien in dié lig behoort onderhoude, geskiedenisneming van pasiënte en die uitvoer van ondersoeke in privaatheid te geskied.

□ *Dissipline:*

Die woord dissipline beteken gehoorsaamheid aan gesag, ordelike gedrag en ook tugtiging en bestraffing met die doel om orde te bewaar (Odendal & Gouws, 2005:170). Die toepassing daarvan kan ook as die kuns om aanvaarbare gedrag te onderrig, gesien word (Kolanka *et al.*, 2006:intyds). Met verwysing na onderrig van Professionele Praktyk, beteken dissipline dus dat die beoefening van Professionele Praktyk ordelik behoort plaas te vind en dat daar bestraffing behoort te wees indien daar van die norm afgewyk word. Dissipline, as 'n waarde, beteken dat verpleegkundiges selfbeheersing sal toepas en georganiseer sal optree (Jormsri, *et al.*, 2005:intyds). Om pasiënte in lang rye te laat wag onderwyl verpleegkundiges gesprekke van sosiale aard met mekaar voer, of lang tye tee drink of presies stiptelik van diens afgaan, al is daar nog pasiënte teenwoordig (Mashego & Peltzer, 2005:16) is nie 'n voorbeeld van gedissiplineerde optrede nie.

Die ander betekenis van dissipline, tugtiging en bestraffing het ook betrekking op professionele praktyk, naamlik dat, indien 'n persoon nie binne die gestelde riglyne bly nie, daar dissiplinering van so 'n persoon kan plaasvind (Muller, 2002:59; Mulaudzi *et al.*, 2001:42-43; Searle, 2000:332-340).

Volgens een deelnemer is dissipline nie kultuurgebonde nie, maar is daar ook geen dissipline in Verpleging sigbaar nie: .."*discipline is not necessary related to culture*" . "*...I think that there is also no discipline. There is a lack of discipline*".

Die handhawing van dissipline in Verpleging is noodsaaklik ten einde wetenskaplike, toepaslike sorg te kan lewer (Jomsri, et al., 2005:intyds).

3.12.2.3.4 *Professionele sosialisering*

Professionele sosialisering is daardie proses waardeur 'n nuweling in Verpleging by die professie ingelyf word. Dié proses behels meer as net opdoen van kennis en ervaring van die professie en die Verplegingskultuur moet deur die verpleegkundige aanvaar en haar eie gemaak word (Chitty, 2001:177; Cohen, R. 2001:148; Howkins & Evens, 1999:41). Professionele sosialisering vind op formele en informele wyses plaas. Formele sosialisering vind tydens teoretiese onderrig plaas, terwyl informele sosialisering meer lukraak in die kliniese praktyk plaasvind.

Professionele sosialisering is as volg bespreek: "*... because one of the things that always strikes me is that in medicine and some of the other professions, when... when... when... the newly qualified professionals and ... and the more senior students ... they they're not just socialized or has these rules been given to them. They are in a **very friendly supportive, with good communication, they're absorbed... gently been drawn into the brotherhood** of ... of ... that group profession of what ever it is.*" "*...and we just don't do that at nursing..... we **don't actually socialize in quite the right way.***" "*...I think there is this whole business of ... if... if I have suffered in coming into this environment, then why shouldn't you also suffer in coming into this enviro... those things.*"

Dit is kommerwekkend dat, volgens 'n onderrigkundige se mening, professionele sosialisering nie 'n positiewe proses in Verpleging is nie. Ten einde 'n positiewe korps verpleegkundiges te kan bekom en 'n positiewe beeld van Verpleging te kan bou, moet die professionele sosialiseringsproses positief deur nuwelinge beleef word. Deel van professionele sosialisering is die bekendstelling van die professie se tradisies en norme aan die nuweling.

□ *Tradisies/gebruike/rituele*

Geen deelnemer het na tradisies in Verpleging in geheel verwys nie, maar daar was na verskillende elemente daarvan verwys. Die nakoming van tradisies kan dien om groepkohesie te versterk (Scarlett, 1991:119 in Ellis & Hartley, 2001:194), dit help om 'n nuweling by 'n professie in te lyf, dit kan beroepstrots en die beeld van Verpleging bevorder. Tradisies kan egter met verloop van tyd uitgedien raak, so byvoorbeeld het die dra van 'n sluier deur professionele verpleegkundiges in onbruik geraak.

'n Tradisie wat daarop gemik is om onderskeid tussen professionele verpleegkundiges en ander gesondheidsorgwerkers te tref, is die dra van onderskeidende kentekens. Dié onderskeidende kentekens is byvoorbeeld die dra van 'n spesifieke uniform, kentekens en naamplaatjies. Hierdie tradisies word huidig nie almal meer nagevolg nie. In die Amerikaanse gesondheidsorg-stelsel word daar van *alle verpleegpersoneel* verwag om 'n naamplaatjie te dra met 'n veralgemenende titel soos "*Pasiënt versorgster*" (Chitty, 2001:75-76). Hierdie praktyk het nog nie in Suid-Afrika posgevat nie, maar die dra van 'n onderskeidende uniform word ook nie meer gevolg nie.

Dit is dus verstaanbaar dat die publiek verward kan wees oor wie professionele verpleegkundiges is en wie nie. Hierdie verwarring van die publiek is deur fokusgroepe deelnemers as volg uitgewys: ..."*die publiek kan nie onderskei tussen wie is 'n leek en wie is 'n suster nie*" en verder

“...hy sê [maar] die suster het dit vir my gesê en dit [was] nie die suster nie. En dis waar ons ons praktyk [professionele beeld] na buite toe afbreek. Want later kom daai ou uit die hospitaal uit en sê die suster het vir my dit en dit gesê...”

In die literatuur word die volgende Verplegingstradisies en -rituele beskryf:

- *Toekenning van en dra van ‘n uitkennings lapelwapen (“badge or pin”).*

Verpleegopleidinginstansies het in die verlede ‘n eie, unieke lapelwapen ontwerp en dit dan aan suksesvolle kandidate aan die einde van hul opleiding oorhandig. Die oorhandiging het tydens ‘n spesiale seremonie, wat dikwels saamgeval het met die seremonie waartydens die Florence Nightingale diensgelofte afgelê is, plaasgevind (Ellis & Hartley, 2001:195). Hierdie tradisie het bygedra tot inlywing van ‘n pas gekwalifiseerde persoon in die professie. Dit het ook beroepstrots aangewakker. Hierdie gebruik word nog by sommige gesondheidsorginstansies in Suid-Afrika gevolg.

- *Aflê van ‘n gelofte*

Die aflê van ‘n diensgelofte is nie in die verskillende fokusgroepe aangespreek nie. Dit word ook nie deur die SARV voorgeskryf nie en elke opleidingsinstansie, asook verpleegkundige, het hieroor ‘n keuse. Die literatuur beskryf die aflê van ‘n gelofte deur professionele verpleegkundiges as ‘n publieke verklaring deur dié verpleegkundiges, waardeur hulle bevestig dat hulle die verantwoordelikheid as professionele verpleegkundige aanvaar (Ellis & Hartley, 2001:355).

'n Gelofte kan ook as 'n etiese kode gesien word en daar is huidig 'n verskeidenheid geloftes bekend, soos byvoorbeeld die bekende Florence Nightingale gelofte, die Diensgelofte van die Suid-Afrikaanse Verpleegkundiges, die "MER National Laboratories' Creed for Nurses" ; "the American Nurses Association's Code for Nurses" en die "International Council of Nurses' Code for Nurses" (Ellis & Hartley, 2001:355).

Die aflê van 'n openbare verklaring kan vir beide die verpleegkundige sowel as vir die professie 'n baie positiewe bydrae wees. Studente behoort tydens onderrig ten opsigte van die doel en funksie van 'n diensgelofte of etiese kode onderrig te word, sodat hulle 'n ingeligte keuse oor die aflê daarvan kan uitoefen. Indien hierdie diensgeloftes voor die publiek afgelê sou word, kan dit ook die beeld van die professie positief beïnvloed.

- *Die dra van 'n hoofbedekking: kappie en/of sluier.*
Die dra van 'n tipe hoofbedekking was vroeër 'n tradisie in Verpleging. Daar is nie in enige van die fokusgroepe na die dra van 'n kappie of sluier verwys nie en kappies of sluiers word huidig nie meer deur verpleegkundiges in die meeste gesondheidsorginstansies in Suid-Afrika gedra nie.
- *Dra van 'n spesifieke (wit) uniform en kentekens.*
Die dra van 'n wit uniform deur verpleegkundiges het sy oorsprong in die religieuse- en militêre era's (Richardson, 1999:169). Die verpleegkundige, geklee in 'n wit uniform in die jare 1950-1960's, het 'n nie-verbale boodskap van vertrouwe, vaardigheid, professionalisme, outoriteit, rol identifikasie en verantwoordbaarheid uitgestraal (Ellis & Hartley, 2001:196).

Volgens dié outeurs het van dié identiteit verlore gegaan toe verpleegkundiges meer informele drag begin dra het.

Vir sommige verpleegkundiges is die dra van 'n uniform deel van hulle professionele identiteit, terwyl ander nie so daaroor voel nie (Richardson, 1999:171-172). 'n Verpleegkundige se self-identiteit behoort egter nie van 'n uniform afhanklik te wees nie.

Verpleegkundiges wat in kliniese areas werk waar kruisinfeksies as gevolg van kleredrag kan voorkom, mag genoodsaak wees om 'n uniform te dra, aangesien was van privaat klere, teen 'n hoë temperatuur die klere sal verniel (Richardson, 1999:174). Verpleegkundiges is nou in die fase waar hulle klere kan dra wat gemaklik en prakties is.

Die dra van 'n uniform en kentekens is as volg genoem: *"...I think .. if ... e... you want to be ... to look like somebody who is professional. If, let's say it's uniform [you must] must wear the color, the prescribed color. Try to be ... you cannot wear maybe green and yellow and what what..".* Verder is gesê: *"[The uniform] Must be neat. [Hmm]. Neat uniform and also your distinguishing devices would be not like ...[name] [laugh] like mine [laugh].* Dié betrokke praktisyn se kentekens was verweer en daarom het hy dit uitgewys.

- *Oorhandiging/aanstek van 'n lamp.*

Deelnemers van die fokusgroepe het nie na die tradisie van oorhandiging of aanstek van 'n lamp verwys nie. Die aanstek van, en/of oorhandiging van 'n lamp, is 'n tradisie wat die lamp, gedra deur Florence Nightingale, simboliseer (Ellis & Hartley, 2001:198). Vir afgestudeerde studente was die ontvangs van die lamp of aanstek van die lamp die simboliek om die lig van

Verpleging verder uit te dra. Dié tradisie het in die verlede saamgeval met die oorhandiging van 'n lapelwapen en aflê van die Florence Nightingale diensgelofte. Dié gebruik word nog by sommige Verpleegopleidinginstansies in Suid-Afrika volgehou.

- *Titel*

Die aanspreekvorm “suster” vir 'n professionele verpleegkundige word nie meer in gesondheidsorginstansies plaaslik of oorsee gebruik nie (Ellis & Hartley, 2001:233) en 'n professionele verpleegkundige word huidig as ‘Mevrou” of “Juffrou” in die werksituasie aangespreek.

Daar is nie na aanspreekvorms in die gesondheidsorgopset deur deelnemers aan die fokusgroepe verwys nie, maar wel na aanspreekvorm tussen lektrese en studente. Die volgende is gesê: ... *“it’s not surprising of the students to call me Ms [name] ... and this creates a distance.”* Dieselfde deelnemer het verder gesê: ...*and I have heard many people have said that in SA [it] is very... very formal and maybe that is why we cannot reach our students ...”*

Uit bogenoemde blyk dit dat dié deelnemer ten gunste van 'n informele aanspreekvorm is, terwyl die literatuur aanbeveel dat daar liever by 'n formele aanspreekvorm gehou behoort te word (Campbell-Heidiger & medewerkers. 1994. *In* Chitty, 2001:76).

3.12.2.4 *Beeld van Verpleging as deel van professionele praktyk*

“...The profession is like a person without a self image...”, was een deelnemer se opmerking. Die beeld van Verpleging word gevorm en beïnvloed deur boeke, koerante en tydskrifte (Sureyya, 2004:intyds; Chitty, 2001:64; Ellis & Hartley, 2001:176). Indiwiduele gedrag van professionele verpleegkundiges dra ook by

tot die beeld van Verpleging (Sureyya, 2004:intyds; Searle, 2000:38, 380; Henderson, 2006:25). Indien individu 'n professionele identiteit ontwikkel, sal hulle toegewy wees aan die professie, 'n positiewe houding en positiewe gedrag demonstreer (Searle, 2000:90). Hierdeur sal die beeld van Verpleging beskerm en bevorder word.

Dit is nie bekend wat die publiek van Suid-Afrika se persepsie van verpleegkundiges as geheel is nie, maar in 'n studie, gedoen in Kwa-Zulu Natal, het respondente van drie naasliggende residensiële areas egter aangedui dat hulle verpleegkundiges as positief beleef het (Kunene, Nzimande & Ntuli, 2001:35). Hierteenoor het Masego & Peltzer (2005:15) se navorsing aangetoon dat verpleegkundiges nie hulle pasiënte gerespekteer het nie en laks was om die pasiënte te help. Dit is dus nie bekend wat die nasionale samelewing se persepsie van verpleegkundiges is nie.

Die beeld van Verpleging as tema van Professionele Praktyk, word in figuur 3.7 gelys.

KATEGORIE	GROEP	TEMA
BEELD VAN VERPLEGING	Voorkoms	-Dit behoort netjies te wees, -Afgerond te lyk. -Die voorgeskrewe uniform en kentekens moet gedra word.
	Beroepstrots	-Die samelewing waardeer nie verpleegkundiges en wat hulle doen nie. Dit is 'n wêreldwye tendens. -Verpleegkundiges het nie beroepstrots nie -Verpleegkundiges het nie 'n eenheidsgevoel nie
	Bemaking	-Verpleegkundiges bemark nie hulself nie -Verpleegkundiges "verkoop" nie Verpleging nie want hulle glo nie in Verpleging nie
	Keuring	-Keuring moet toegepas word aangesien persone tot Verpleging toetree wat nie werklik daarin belangstel nie - Die room van (matriek) kandidate kies nie om Verpleegkunde te bestudeer nie

FIGUUR 3.7. Beeld van Verpleging as deel van Professionele Praktyk

Die verskillende groepe rakende die beeld van Verpleging, naamlik voorkoms, beroepstrots, bemaking en keuring sal vervolgens bespreek word (vergelyk figuur 3.7).

3.12.2.4.1 Voorkoms

Die rol wat die voorkoms van professionele verpleegkundiges speel, kan nie oorbeklemtoon word nie. Dit is egter ook so dat professionele verpleegkundiges tans nie almal 'n professionele voorkoms handhaaf nie en dat dit negatief op Verpleging reflekteer. Searle (2000:139) beskryf dit so: "...untidy nurses are seen in the wards and on the streets..." en "...the public

image of nursing *must be made* a desirable one by the avoidance of low standards of care, unethical behaviour, *slipshod appearance*, lack of courtesy and good manners, as well as undesirable characteristics and practices that damage the good name of *all* practitioners...".

Voorkoms, as deel van professionele praktyk, was ook in die fokusgroepe bespreek: *"I think it may also include... clothing."* En *"... how you dress.. and how you appear..."* Ander deelnemers het saamgestem en aangevul: *"...how you appear, like make-up. Most hospital [have] policies [that have to be] followed "* en *"...Must be neat. Neat uniform and also your distinguishing devices would be.... It [distinguishing devices] shouldn't be old. It should be neat..."*

Saam met voorkoms is die woorde "professionele finesse" genoem en op die vraag, *"..wat word as professionele finesse gesien .."* is die volgende geantwoord: *"Dis jou hare en jou oorkrabbertjies en jou voorkoms en jou skoon, [reuk] ruik lekker... jy is netjies"* . En verder: *"Hulle [verpleegkundiges] het sykouse aan, hulle hare is vas en netjies, hulle krap nie in hulle hare nie en hulle krap nie in hulle neuse nie... en daai tipe... en snork nie en.... Daai tipe goed, verstaan?"*

In Suid-Afrika word 'n uniform nog in die meeste gesondheidsorginstansies gedra. Die tradisionele wit uniforms is egter met moderne, gekleurde uniforms vervang. Die SARV het huidig nog regulasies rakende voorskrifte vir dra van uniform en kentekens in plek, (SARV R1201. Junie 1970, soos gewysig) maar dit is in die proses van verandering.

Interne reëls by gesondheidsorginstansies, oor dra van juwele, grimering, haarlengte en -style, het met verloop van tyd baie verander. Verskillende redes word vir die verandering aangevoer, soos dat verpleegkundiges nie "formeel" en "styf" moet lyk nie, dat informele drag "meer toeganklik" voorkom en dat persone

uit verskillende kulture se voorkeure ten opsigte van juwele, grimering en haarstyle akkommodeer moet word. Die vraag oor wat presies professioneel en afgerond lyk en wat nie, is nog nie op nasionale vlak beskryf nie.

□ *Gedrag*

Deelnemers in die fokusgroepe het nie gedrag van professionele verpleegkundiges in detail bespreek nie. Daar was slegs aangedui dat professionele praktyk ook na die gedrag van die professionele verpleegkundige verwys: “... *the personal behaviour towards one’s [other] profession, towards your own profession*”. “...*I think professional conduct will talk on how each person **behave**, how you **conduct yourself** in what **you do**..*”

‘n Professionele verpleegkundige se gedrag behoort te reflekteer dat sy ‘n voorbeeldige landsburger, ‘n kundige en vaardige praktisyn is en die etiese kode van die professie nakom (Searle, 2000:96-99, 193; Ellis & Hartley, 2001:174; Muller, 2002:20).

‘n Studente kan bogenoemde gedrag ontwikkel slegs indien hulle met die professie identifiseer, ‘n Verplegingsfilosofie aanhang en toegewyd aan die professie optree (Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

Elke professionele verpleegkundige is verantwoordelik vir haar professionele, sowel as siviele gedrag (Searle, 2000:96) en hierdie gedrag moet bo verdenking wees indien die vertroue van die samelewing gewen en behou wil word (Searle, 2000:227). Waar verpleegkundiges siviele gedragskodes oortree en deur ‘n landdros skuldig bevind word, word so ‘n saak ook aan die SARV gerapporteer. Die SARV open dan ‘n dissiplinêre saak teenoor dié verpleegkundige.

3.12.2.4.2 Beroepstrots

❑ Beroepstrots en die individuele verpleegkundige:

Die wyse waarop 'n verpleegkundige Verpleging sien en beleef, kan bydra dat sy beroepstrots ontwikkel, of nie. Insidente van personeeltekorte, uitbuiting van personeel deur geneeshere en bestuurslede, asook negatiewe verpleeginsidente wat in die praktyk voorkom waarmee nie saamgestem kan word nie beïnvloed, verpleegkundiges se beroepstrots negatief.

Indien verpleegkundiges waarde kan sien in wat hulle doen sal hulle ook beroepstrots kan ontwikkel (Henderson, 2006:30; Pask, 2005:intyds; Pask, 2003:171; Fagermoen, 1997:440).

In die fokusgroepe is die negatiewe houding van verpleegkundiges teenoor Verpleging bespreek: “... *but we have a **very negative attitude towards being a nurse. Even though as we are sitting around the table right now, including myself, and I already told you that I don’t call myself a nurse and that’s how I fit into that category. And it’s about saying you know, can I take pride in calling myself that, because I really don’t want to be associated with some of the practices out there, so I don’t...***”. ‘n Ander deelnemer het gesê: “ *...but the reality is that we **really don’t have a good sense of pride in doing a .. good job. And we have this collective sense of ... lack of togetherness... we ... we are really our worst enemies...***”.

Die verband tussen professionele praktyk en beroepstrots is as volg uitgelig: “...*and you **wouldn’t uphold any professional conduct of a profession you’re not proud of. It’s hard to be professional if you’re not proud of your profession...***”.

Indien 'n persoon nie beroepstrots ervaar nie, sal dit moeilik wees om professioneel en met toewyding te kan verpleeg. Dit is egter kommerwekkend dat die meerderheid van onderrigkundiges van mening is dat daar nie beroepstrots in Verpleging voorkom nie.

□ Beroepstrots en die samelewing:

'n Tendens wat wêreldwyd voorkom is dat verpleegkundiges van mening is dat die samelewing nie veel waarde aan hulle dienste heg nie. Verpleegkundiges voel verder dat hulle nie waardeer word nie, onderbetaald en oorwerk is (Callaghan, 2003:82). Een moontlike verklaring hiervoor is dat daar, as gevolg van politieke situasies en die wyse waarop gesondheidsorgsisteme in verskillende lande funksioneer, 'n hoë personeelomset voorkom. Die getal persone wat die beroep verlaat, vermeerder en dit het 'n verhoogde werksdruk en 'n lae moraal tot gevolg (Callaghan, 2003:83). Suid-Afrika is nie by hierdie prentjie uitgesluit nie.

Deelnemers het as volg na die samelewing se persepsie van verpleegkundiges verwys: *"...I just want to link up with that thing that you've been saying about this... not being recognized. That's an **international phenomenon**. It happens globally. So we are not suffering on our own..."*. Verder is gesê: *"...is that over the years **nurses have not been valued** for the actual service they provide in the health care system. And this goes back 30-40-50 years in this country. It has just been that nurses has been very, very undervalued both in terms of monetary value and ... in terms of what the kind of working hours, the kind of working conditions..."*.

Hierteenoor het Kunene, *et al.*, (2001:35) in 'n studie, gedoen in Kwa-Zulu Natal, bevind dat respondente van drie naasliggende residensiële areas die verpleegkundiges as positief ervaar het. In dié studie was die grootste negatiewe vraagstuk die feit dat verpleegkundiges op daardie stadium

oorweeg het om aan vakbonde te behoort. Die respondente was van mening dat so 'n stap die kwaliteit van Verpleging sou laat afneem.

Die SARV bewys aan die publiek sy erns met die beskerming van waardes en standarde deur dissiplinêr teenoor oortreders op te tree. Dit is om hierdie rede dat die SARV dissiplinêre verhore altyd ten aanhore van die publiek plaasvind, behalwe in gevalle waar kinders en slagoffers van verkragting by betrokke is (Searle, 2000:90, 379-380). Die publiek word dus op dié wyse bewus gemaak dat die professie professionele gedrag voorstaan en nie onetiese gedrag duld nie.

3.12.2.4.3 *Bemarking*

'n Deelnemer het opgemerk dat Verpleging nie sterk en goeie akademiese kandidate aantrek nie. Hierop het 'n ander deelnemer as volg gereageer: *"...We don't market the profession at all. If you go to schools if they do bother to invite you, people ... don't know anything about nursing and the opportunities that nursing offer you. I mean, you have to do your basic nursing yes, but then, after that it's... it's really, your choices are so wide. But people don't know. They don't know that. I think our marketing is not correct..."*.

Bemarking, beroepstrots en die beeld van Verpleegkunde is interverweef. Verpleegkundiges, wat nie beroepstrots ondervind nie, dra nie 'n positiewe beeld van Verpleging uit nie en sal ook nie die professie bemark nie.

3.12.2.4.4 *Keuring*

Die daarstelling van geldige keuringskriteria vir Verpleging is 'n baie moeilike taak en aflê van psigologiese toetse kan nie sukses in Verpleging of praktika voorspel nie. Dit kan wel tot 'n mate sukses met teoretiese onderrig voorspel

(Rothenburg. 1978. *In Mellish et al ., 2001:297*). Die aflê van dié toetse mag moontlik gebruik word om swak akademiese prestasie te beperk.

Die huidige basis van die meeste keuringprosedures in Verpleging aan tersiêre instansies is gegrond op akademiese prestasie op skool. Hierdie prestasies is slegs 'n aanduiding van *akademiese vermoë*, terwyl *emosionele stabiliteit*, *deursettings-* , *probleem-oplossingsvermoëns* en *omgee-eienskappe* van 'n individu nie vooraf beraam (kan) word nie.

Die voornemende student se verwagting en/of kennis van Verpleging word gewoonlik ook nie geïdentifiseer nie. Laasgenoemde mag aanleiding gee tot vroeë staking van studie, of die vorming van 'n nie-toegewyde verpleegkundige. Dit is nodig dat studentverpleegkundiges van die *regte* kwaliteit en selfwaarde gesoek moet word (Randle, 2003:395; Searle, 2000:378) en vasstelling van hierdie kwaliteite behoort deur navorsing geïdentifiseer te word.

Die tendens om studente op grond van houding en gedrag te keur, om sodoende te poog om die voorkoms van onprofessionele gedrag te voorkom, is deur Parker (2006:399) in Australië beskryf. Dié outeur kom egter ook tot die gevolgtrekking dat die daarstelling van betroubare kriteria vir meting van houding en gedrag moeilik is en dat die tradisionele metingsmetodes nie daarvoor gebruik kan word nie (Parker, 2006:400).

Ten opsigte van keuring van studente vir Verpleegkunde, het deelnemers die volgende gesê: “ *...I don't know how we can interview [for] the new people coming. They are not committed to nursing any more. People are just coming for money in nursing, so they don't like this [the work]...*” en verder: “*...I also would like to add to this... selection of students. That also, I don't know because the nature of our profession, we are not able to attract the cream of our country and all the cream would go [to] medicine, law, whatever and all this engineering*

and you are left with the group that is not the best. So I think also the nature of the students that we get is problematic...".

Nog 'n kommerwekkende aspek rakende keuring, is die feit dat studente wat reeds 'n ander kwalifikasie verwerf het as gevolg van die huidige keuringsproses maklik toelating tot 'n Verpleegkundeprogram verkry. Dit is as volg uitgewys: *"...And I also think the whole selection of nursing students says a lot. If you look just how many people apply to do nursing because nursing at the moment is seen for a lot of young students as a way of income. Not really as a profession. In my experience I have found that we, in the colleges where we are involved are ... e... is that we draw the student who already has got a qualification like lawyers and teachers that couldn't get jobs. They've scored very high on our selection criteria, so they came into nursing because they couldn't get jobs somewhere else. And in according to our criteria they came in very easily... ...*

*Because we actually found out of experience, the older experienced students who couldn't get a job from the varsity or e ...or... college, came into nursing and they were the stirrers... ... But they were not good academics, they didn't do well ... uhm and the whole system fell apart. So they **came into nursing, but not for the nursing's reasons but to come and challenge the system** because it was a kind of a thing like... e...' I will... I will pass because I have got a degree. This nursing is rubbish'. So its...its... a kind of attitude of the student who is being selected as well for the wrong reasons so one must also look at the selection criteria..."*

Uit die literatuur en na die mening van die fokusgroepdeelnemers blyk dit dat keuring van kandidate vir Verpleegkunde voorgestaan word, maar dat die beskikbare metodes van keuring meer gaan oor voorspelling van akademiese prestasie, eerder as ingesteldheid of persoonseienskappe wat vir Verpleging belangrik is.

3.12.2.5 *Etiese begronding as deel van professionele praktyk*

Etiek is die studie van aspekte van moraliteit; morele vraagstukke en -oordele wat met 'n spesifieke groep mense geassosieer word (Mellish & Paton, 1999:117). Etiek verwys ook na “reg” of “verkeerd”, “goed of sleg” en “wat nie gedoen behoort te word nie” (Thompson, Melia, Boyd & Horsburg, 2006:42). Die oordeel van wat regte of verkeerde optrede in menslike gedrag is, word beïnvloed deur feite, modes, gewoontes en tradisionele kodes wat oor 'n tydperk van jare ontstaan. Etiek is ook nie staties nie maar verander voortdurend (Davis, Tschudin & de Raeve, 2006:11-12; Searle, 2000:103; Taft, 2000:intyds; Mellish & Paton, 1999:118).

Etiese beginsels kom in alle kultuurgroepe voor, maar voorkeure vir spesifieke beginsels kan verskil. In 'n vergelykende studie, gedoen deur Pang, Sawada, Konishi, Olsen, Yu, Chan en Mayumi (2003:301) oor die persepsies van Amerikaanse, Chinese en Japanse verpleegkundiges ten opsigte van etiese rol en verantwoordelikhede, was gevind dat die Amerikaanse verpleegkundiges die beginsel van “moet nie aan die pasiënt skade doen nie” as belangrikste etiese oorweging gekies het. Die Chinese verpleegkundiges het “sin vir respek” as belangrikste gekies terwyl die Japanse verpleegkundiges “sin vir verantwoordelikheid” as die belangrikste verantwoordelikheid gesien het.

Etiese beginsels kan dus by verskillende kultuurgroepe verskil. Na aanleiding van die genoemde studie kan die aanname gemaak word dat daar ook onder verskillende Suid-Afrikaanse verpleegkundiges verskille ten opsigte van belangrikste etiese beginsel, verwag word.

Daar is nie spesifiek na etiek as onderwerp in die fokusgroepe verwys nie, maar wel na aspekte daarvan.

Etiese begronding as deel van Professionele Praktyk word in figuur 3.8 vervat.

KATEGORIE	GROEP	TEMA
ETIESE BEGRONDING	Respek vir persone	Handhaaf konfidensialiteit
		Erken regte
		Doen pasiëntvoorspraak
	Regverdigheid	Alle mense moet dieselfde behandel word
	Aanspreeklikheid	Verpleegkundiges is aanspreeklik vir hulle optrede
	Beginnel van om die waarheid te praat	Eerlikheid is belangrik As jy iets nie gedoen het nie moenie daaroor lieg nie

FIGUUR 3.8 Etiese begronding as deel van Professionele Praktyk

Etiese begronding bestaan, volgens die fokusgroepe, uit respek vir persone, regverdigheid, aanspreeklikheid en die beginsel of die waarheid te praat (vergelyk figuur 3.8). Hierdie groepe word vervolgens bespreek

3.12.2.5.1 *Respek vir persone*

Onder respek vir persone is konfidensialiteit, erkenning van regte en pasiëntvoorspraak bespreek.

❑ *Konfidensialiteit (is reeds bespreek - vergelyk bl 147)*

❑ *Erkenning van regte*

In die algemene spreektaal word “regte” gesien as iets wat aan ‘n individu of groep persone op grond van ‘n wetlike, morele of etiese basis *geskuld* word. So ‘n persepsie is kortsigtig aangesien daar altyd *verantwoordelikheid* aan regte gekoppel is (Muller, 2000:179). Regte vorm ook die grondslag van professionele kodes en wetlike oordele. Verskillende soorte regte word beskryf, soos byvoorbeeld die reg tot selfbeskikking of outonomie, reg tot kultuur relativisme; reg tot privaatheid, die reg om ingelig te word en die reg om behandeling en sorg te ontvang

(Thompson, *et al.*, 2006:53; Ellis & Hartely, 2001:345; Mulaudzi, *et al.*, 2001:26; Pera & van Tonder, 1996:25).

Op die vraag, “..wat strem ontwikkeling van professionele praktyk...” was as volg geantwoord: “...and I don’t know whether it’s this person’s **rights**, **our rights**, the patients’ rights...” . Die mening van hierdie deelnemer was dus dat die kwessie van “regte” ‘n negatiewe effek op ontwikkeling van professionele praktyk kan hê.

‘n Ander deelnemer het gesê dat die nakom van studenteregte iets vreemds vir lektrises is: “...it seems to me that we actually have been quite successful in many aspects around the issue of rights... and the responsibility that go with rights.. but in **terms of students rights or learners rights** for instance... we are actually [playing a] **totally different ball game** than from what we used to be...”.

Die feit dat persone op regte aanspraak maak, maar nie die verantwoordelikheid gepaardgaande daarmee aanvaar nie, was ook uitgelig: “...the other thing that I realised myself is like this **over emphasis of rights**. And as a result people are **not taking personal responsibilities** even for the things they should be doing...” .

Studente se regte met gepaardgaande verantwoordelikheid, die regte van professionele verpleegkundiges en die regte van die pasiënt moet tydens onderrig van Professionele Praktyk aangespreek word omdat dit deel van professionele identiteit vorm.

❑ *Pasiëntvoorspraak*

Pasiëntvoorspraak is ‘n kernverantwoordelikheid van professionele verpleegkundiges en dit verwys na die aktiewe ondersteuning van pasiënte deur verpleegkundiges ten einde die pasiënte se keuses en regte te bevorder (Hamric, 2000:intyds). Dié outeur is verder van mening dat

die onderwerp van pasiëntvoorspraak baie bespreek word, maar dat studente nie oor die toepassing hiervan in die praktyk onderrig word nie (Hamric, 2000:intyds). Ten einde effektiewe voorspraak vir pasiënte te kan doen, moet die verpleegkundige die pasiënte ken.

Daar is as volg na pasiëntvoorspraak verwys: *... "dit is deel van haar bestek van praktyk en haar verantwoordelikheid om voorskrifte te gaan [en dit te] "querie" en ... Dit beteken in die eerste plek dat sy kennis moet hê ...".*

In die SARV Regulasies betreffende die praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpleging, No 50, 1978, geregistreer of ingeskryf is, word as volg na pasiëntvoor-spraak verwys: "... die voorsiening van doeltreffende *pasiëntvoorspraak* om die pasiënt instaat te stel om die nodige gesondheidsorg te verkry..." (R2598 van November 1984, soos gewysig).

Die nalaat van pasiëntvoorspraak word in die SARV regulasie betreffende die reëls wat die handeling en versuime, ten opsigte waarvan die Raad kan doen, as volg uitgelig: "...in geval van opsetlike of nalatige versuim om sodanige handeling ten opsigte van ... *pasiëntvoorspraak*... uit te voer..." (SARV Regulasie R387 van Februarie 1985, soos gewysig). Die implikasie is dat, indien dit bewys kan word dat 'n persoon opsetlik of nalatig versuim het om pasiëntvoorspraak te doen, sodanige persoon deur die SARV gedissiplineer kan word.

3.12.2.5.2 *Beginsel van regverdigheid*

Hierdie beginsel verwys daarna om gelyke persone gelyk te behandel en om billik teenoor alle mense te wees (Thompson, *et al.*, 2006:53; Ellis & Hartley, 2001:349). Die begrip "regverdig" is egter baie wyd en kan aanleiding gee tot etiese dilemmas. Vraagstukke soos of dit regverdig is om baie duur operasies,

soos byvoorbeeld hartoorplantings te doen waar slegs een persoon bevoordeel word, ten koste baie meer pasiënte wat deur middel van voorkomende dienste met dieselfde hoeveelheid geld gehelp kan word, is een voorbeeld van 'n dilemma geassosieër met regverdigheid.

Die beginsel van regverdigheid is soos volg in die fokusgroepe geopper: ..*"you have to treat everybody... all the same way.."*

3.12.2.5.3 *Beginsel van aanspreeklikheid*

Vanuit 'n etiese oogpunt gesien is 'n verantwoordelike persoon iemand wat onafhanklik as morele agent kan optree, bevoegd vir haar taak is, in respons tot ander persone kan optree, bewys het dat sy betroubaar en vertroubaar is en aanspreeklik vir haar optrede is (Thompson, *et al.*, 2006:84).

Bogenoemde eienskappe is ook kenmerkend van wat van 'n professionele verpleegkundige verwag word en studente moet dus onderrig en ondersteun word om dit as hul identiteit aan te neem.

Deelnemers aan die fokusgroepe het slegs na aanspreeklikheid verwys, alhoewel aanspreeklikheid en verantwoordelikheid hand aan hand gaan. Professionele verpleegkundiges is persoonlik verantwoordelik vir hul optredes soos enige landsburger. Hulle het ook 'n verantwoordelikheid ten opsigte van die vertroue wat pasiënte in hulle stel. Hierdie vertroue word weerspieël in die feit dat pasiënte gesondheidsorgfasiliteite besoek (Muller, 2002:15; Mulaudzi, *et al.*, 2001:15; Searle, 2000:166, 174). Professionele verpleegkundiges het verder 'n professionele verantwoordelikheid teenoor die SARV (Verschoor, *et al.*, 1996:3). Hierdie verantwoordelikheid sluit in dat hulle verantwoording moet doen oor professionele aangeleenthede en sorg dat hulle registrasie jaarliks op datum is. Professionele verpleegkundiges is verder sosiaal aanspreeklik vir hul optrede teenoor die samelewing wat onder andere impliseer dat hulle swak sorg en

onprofessionele gedrag van ander moet rapporteer ten einde dit vir die gemeenskap veiliger te maak (Thompson, *et al.*, 2006:84).

Daar is in die fokusgroepe as volg na aanspreeklikheid verwys: “... *I would also add the ethical and moral issues that goes with professional conduct and **accountability**. **Accountability**, ethics and... and morals are very important in your professional conduct...*”.

3.11.2.5.4 *Beginsel van waarheidsgetrouheid (om die waarheid te praat)*

Professionele verpleegkundige moet die waarheid praat en nie persone of pasiënte doelbewus te mislei nie (Ellis & Hartley, 2001:351; Chitty, 2001:488). Die begrip “om **altyd** die waarheid te praat” mag tot ‘n etiese dilemma aanleiding gee (Ellis & Hartley, 2001:351; Chitty, 2001:488; Mulaudzi, *et al.*, 2001:29). Dit mag dalk in ‘n spesifieke geval beter wees om nie die **volle** waarheid aan ‘n pasiënt te vertel nie, aangesien die volle waarheid haar/hom meer skade as goed kan doen.

Om die waarheid te praat, is as volg opgehaal: “...*honesty remains one of the big things for me. If we can just be honest and discuss issues. Even if you have not done something, at least do not lie about it...*”.

3.13 SAMEVATTING:

Die persepsie van professionele verpleegkundiges, ten opsigte van Professionele Praktyk is dat dit uit teoretiese kennis en praktiese toepassing bestaan, verskillende vaardighede behels, kultuurelemente bevat, die beeld van Verpleging raak en ‘n etiese begronding het. Hierdie siening kan dus as die professionele identiteit van Verpleging gesien word en dit is wat

studenteverpleegkundiges deel van hulle “self” moet maak tydens hul opleiding. *“...Giving nursing care is a form of self-presentation through which nurses actualize their values and communicate their personal meanings...”* (Fagermoen, 1997:436).

Met die afhandeling van die inhoudsanalise en literatuurkontrole is Fase 1, stap 2 voltooi. Die inligting is gebruik om ‘n begrip van professionele praktyk te kon vorm, sowel as om ‘n onderhoudskedule vir die doen van telefoniese onderhoude saam te stel.

In die volgende hoofstuk word ‘n literatuuranalise oor onderrig van Professionele Praktyk beskryf.

HOOFSTUK 4:

LITERATUURANALISE: ONDERRIG (FASE II, Stap 3)

4.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstukke 2 en 3 is inligting ingewin ten einde 'n begrip van wat Professionele Praktyk is, te bekom. In hierdie hoofstuk word 'n literatuuranalise insake die proses van die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk beskryf (*fase II, stap 3*; (vergelyk tabel 4.1). Die proses van onderrig verwys na die inhoud, onderrigbenaderings en –tegnieke sowel as die assessering wat gedoen word.

Die doel van die literatuuranalise is om, saam met die inligting ingewin in hoofstukke 2 en 3, 'n onderhoudskedule saam te stel wat tydens telefoniese onderhoude as data-insamelingsinstrument gebruik gaan word. Met die telefoniese onderhoude sal inligting oor die wyse waarop onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk tans in tersiêre onderriginstansies in Suid-Afrika gedoen word, bekom word.

Die navorsingsverloop tot op hede word duidelikheidshalwe in tabel 4.1 saamgevat.

TABEL 4.1. Navorsingsverloop

FASE	STAP	SUB-STAP	AKSIE	DOELWIT	HOOFSTUK EN BLADSY
I	DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”				
	1	Ontleding van onprofessionele gedrag soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het			
		1.1	Saamstel van ‘n data-insamelingsinstrument	Om inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag te bekom	Hoofstuk 2 BI 42 – 76
		1.2	Data-insameling deur middel van ‘n data-insamelings-instrument	Om die aard van onprofessionele gedrag, soos wat dit oor ‘n tydperk van 6 jaar voorgekom het, te identifiseer en te beskryf	
		1.3	Literatuurkontrole	Om inligting oor die SARV te bekom en om die verkreeë inligting oor onprofessionele gedrag, te verifieer	
	2	Persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk			
		2.1	Doen van fokusgroep-onderhoude	Ten einde die persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	Hoofstuk 3 BI 77 – 168
		2.2	Literatuurkontrole	Ten einde die inligting bekom deur middel van die fokusgroeponderhoude, te verifieer en te vergelyk	
II	HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK				
	3		Literatuuranalise	Om inligting oor onderrigbenaderings, -tegnieke, inhoud en –assessering te bekom	Hoofstuk 4 BI 169 - 255

4.2 DOEL VAN ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

Die oorkoepelende doel van die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram tans is om studente holisties te ontwikkel sodat hulle bevoegde en onafhanklike verpleegkundiges sal wees (Uys & Meyer, 2005:12; Morolong & Chabeli, 2005:39; Süreyya, 2005: intyds; Moeti, *et al.*, 2004:73; Mellish, *et al.*, 2001:7; Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele Verplegingsopleiding. 1991, soos gewysig). Onderrig in die onderskeie subdissiplines, sowel as in [Etos en] Professionele Praktijk moet hiertoe bydra.

Bevoegde en onafhanklike verpleegkundiges sal hulself met die praktyk en standaarde van Verpleging vereenselwig. Anders gestel, sodanige studente sal die professionele identiteit van Verpleging aanneem en dit deel van hulle eie identiteit maak. Sodanige studente sal dus daarna streef om die beeld van Verpleging uit te dra en om onprofessionele gedrag te beperk. Die vorming van 'n professionele identiteit by studente is net so belangrik as wat die opdoen van teoretiese kennis en vaardighede is (Secrest, Norwood & Keatley, 2003:81). Studente moet egter die Verplegingswaardes en -norme ken en internaliseer (Weaver, 2001:253; Fagermoen, 1997:436). Onderrig van Verplegingswaardes vorm deel van beide die ontwikkeling van emosionele intelligensie asook die vorming van 'n professionele identiteit (Adams, Hean, Sturgis & Clark, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Freshwater & Stickley, 2004:intyds Süreyya, 2004:intyds; Davies, 2002:intyds; Bellack, 1999:3-4).

Voordat die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk beskryf kan word, is dit eerstens nodig om die lektre en student wat tans tot Verpleging toetree, te beskryf.

4.3 DIE LEKTRISE⁸

Die lektrise wat by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke is behoort 'n grondige kennis van die module in geheel te hê (Quinn, 2001: 180). Haar professionele identiteit behoort ook goed gevorm te wees sodat sy, onder andere Verplegingswaardes ken, respekteer en toepas (Jomsri, *et al.*, 2005:intyds). Die lektrise se perspiesie en benadering van byvoorbeeld omgeesorg, beïnvloed die studente se ervaring daarvan (Kenny, Pontin, & Moore, 2004:intyds). Die lektrise moet dus hierin 'n rolmodel vir studente wees (Savage & Favret, 2006: intyds) en sy moet ook tyd saam met die studente in die praktyk deurbring sodat leer kan plaasvind (Süreyya, 2005:intyds).

Die lektrise behoort Uitkomsgebaseerde onderrig en opleidingsbenadering se beginsels te kan toepas (Dürrheim & Ehlers, 2001:12). Sy moet ook relevante onderrig- en assesseringstegnieke selekteer en implementeer wat pas by die hedendaagse diverse studentekorps, sowel as by hulle onderskeie fases van professionele sosialisering. Dürrheim en Ehlers (2001:15) se navorsing het aangetoon dat nuweling lektrises nie oor voldoende onderrig- en bestuursvaardighede beskik het nie en dus moet onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk verkieslik deur 'n ervare lektrise onderrig word.

4.3.1 Die lektrise-studentverhouding

Die lektrise en studente behoort in hulle verhouding aanklank met mekaar te vind. Daar behoort 'n openheid tussen die lektrise en student te wees sodat hulle persoonlike inligting met mekaar kan deel (Gillespie, 2002: intyds). Verder behoort die lektrise fisies en emosioneel vir die student beskikbaar te wees en sy moet 'n belangrike komponent van die verhouding, naamlik deernisvolle sorg ("caring") toepas (Gillespie, 2002: intyds).

⁸ Die woord "lektrise" word in hierdie hoofstuk gebruik, maar dit sluit dosente ook in

In só 'n verhouding sal die student geborge kan voel en op leer kan fokus. Indien 'n lektrise meestal krities op studente of nie voldoende beskikbaar is nie, sal leer nie effektief plaasvind nie (Gillespie, 2002: intyds).

4.3.2 Die lektrise in die praktyk

Die sinvolheid daarvan om van 'n lektrise te verwag om beide teoretiese onderrig en kliniese fasilitering te doen kan bevraagteken word. Dit is 'n realiteit dat nie alle lektrises wat by teoretiese onderrig betrokke is, *altyd* gemaklik en gelyk vaardig as 'n kliniese fasiliteerder is nie (Karuhije, 1997:6).

Die vereiste dat lektrises praktykbegeleiding moet doen moet in oorleg met individuele lektrises se werkslading, betrokkenheid by ander teoretiese modules, asook bekendheid met die kliniese fasiliteit gedoen word (Lambert & Glacken, 2004:intyds).

Indien 'n lektrise aan 'n "vreemde" kliniese fasiliteit toegewys word, is dit soortgelyk aan die situasie waar 'n novise student vir die eerste keer in 'n kliniese fasiliteit geplaas word (Lambert & Glacken, 2004:intyds). Fasilitering kan nie vanaf die eerste dag effektief plaasvind nie en die situasie kan vir die lektrise sowel as vir die studente stresvol wees.

Kliniese begeleiding bestaan nie uit besoeke aan studente in die praktyk, slegs afneem van vaardigheidstoetse of om pasiënte vir beraming te soek nie (Lambert

& Glacken, 2004:intyds). Kliniese begeleiding vereis voldoende voorbereiding, doelgerigte onderrig en assessering in die kliniese praktyk (Mellish, *et al.*, 2001:217) sodat leer kan plaasvind.

4.4 DIE STUDENTEPROFIEL

Die profiel van studentverpleegkundiges het oor die afgelope dekades verander. Hierdie veranderinge behels onder andere die ouderdom van studente by toetrede tot Verpleging, studente se individuele verwagtinge, kultuurdiversiteit en die sosiale milieu waarin studente vandag grootword.

4.4.1 Ouderdom by toelating tot tersiêre onderrig

Die gemiddelde ouderdom van studente wat tot Verpleging toegetree het, was in die verlede 18 jaar oud (Mellish, *et al.*, 2001:62). Tans is dit 'n wêreldtendens dat eerstejaar studente tussen 17 en 48 jaar oud is (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Oblinger, 2003:intyds). By so 'n heterogene ouderdomsgroep sal die studente se kennis, lewenservaring en emosionele intelligensie noodwendig verskil. Hulle onderrigbehoefte sal noodwendig ook verskil wat uitdagings vir die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk sowel as die bevordering van 'n professionele identiteit daarstel.

Die jonger generasie studente van vandag word in twee verskillende kategorieë, die "X- en Y-generasies" (laasgenoemde word ook Net-generasie genoem) verdeel. Die literatuur verskil oor die presiese ouderdomsgroepe waarin die twee generasies onderskeidelik val. Die X-generasie bestaan volgens Skiba (2005:intyds) uit die studente wat tussen 1965 en 1982 gebore is, terwyl Parker & Kupperschmidt (2002:intyds) die grense tussen 1960-1978 stel. Volgens Skiba (2005:intyds) is die Y-generasie studente wat sedert 1982 gebore is terwyl Parker & Kupperschmidt (2002:intyds) die tydperk tussen 1977-1995 stel.

Die meeste studente van die X- en Y-generasies is in die laat adolessente fase van ontwikkeling wanneer hulle tot Verpleging toetree en moet nog sekere ontwikkelingstake voltooi soos onder andere, om 'n eie identiteit en selfbeeld te vestig, asook hulle eie waardes te definieër en te internaliseer (Louw, van Ede & Louw, 1998:480-481). Dit is nodig dat hulle hierdie ontwikkelingstake voltooi, omdat dit voorvereistes vir die ontwikkeling van 'n professionele identiteit is (Adams, *et al.*, 2006:58).

Die X- en Y-generasies studente beskik oor die algemeen oor positiewe kwaliteite soos selfvertroue, altruïsme, vaardigheid, kan outonoom funksioneer en is verdraagsaam (Parker & Kupperschmidt, 2002:intyds). Hierdie eienskappe, wat deel van emosionele intelligensie is, dra by tot die vorming van 'n professionele identiteit.

4.4.2 Studente se verwagtinge

4.4.2.1 Verwagting ten opsigte van Verpleging

Die redes waarom studente huidig tot Verpleging toetree, hulle persepsie van Verpleging asook hulle verwagtinge van die kursus, is by elkeen uniek (Duffield, Pallas, Aitken, Roche & Merrick, 2006:61; Mellish, *et al.*, 2001:63). Hulle persepsies word gevorm na aanleiding van blootstelling aan die gedrag en houding van lede van die professie, familie en vriende se persepsies na aanleiding van hulle ervaring met lede van die professie, sowel as deur die media se voorstellings van verpleegkundiges en Verpleging (Duffield, *et al.*, 2006:60; Öhlen & Segensten, 1998:723; Ellis & Hartley, 2001:176). Hierdie persepsie van wat Verpleging is en hoe 'n verpleegkundige moet optree is egter nie altyd realisties nie en in die proses van professionele sosialisering moet hierdie persepsie verander sodat dit realisties is (Orland-Barak & Wilhelem, 2005:intyds; Gray & Smith, 1999:41).

4.4.2.2 *Verwagting ten opsigte van onderrig*

Die X- en Y-generasies studente is by toetrede tot Verpleging reeds vaardig met tegnologie, soos selfone, rekenaars asook die internet en dit skep sekere verwagtinge by hulle ten opsigte van onderrig. Hulle verwag byvoorbeeld onmiddellike respons op vrae en assessering, want onmiddellike response is met die rekenaar en internet moontlik (Parker & Kupperschmidt, 2002:intyds).

Hierdie generasie studente verkies variasie eerder as eenvormigheid in hulle alledaagse lewe (Duffield, *et al.*, 2006:61; Louw, van Ede & Louw, 1998:483). Hulle verkies dat daar alternatiewe keuses ten opsigte van leer gestel word en dat uitkomst nie slegs op een wyse bereik moet kan word nie (Duffield, *et al.*, 2006:59; Sweeny. 2005. *In* Skiba, 2005:intyds). Studente het ook verskillende leerstyle wat in ag geneem moet word (Snelgrove, 2004:intyds).

4.4.3 **Kultuurdiversiteit**

4.4.3.1 *Eie kultuur*

Studente se **eie** kultuur-identiteit moet deur lektreses erken en gerespekteer word. Dit is ook moontlik dat daar studente is wat nie hulle eie kultuur-identiteit ken of daarvolgens groot geword het nie. Die verwesteliking van tradisionele groepe as gevolg van verstedeliking, is 'n voorbeeld hiervan. Ten einde studente te kan help om hulle eie kultuur-identiteit te vestig, en hulle daarin te ondersteun, is innoverende, interaktiewe onderrigtegnieke nodig (Weaver, 2001:257).

Ten einde studente ten opsigte van hulle kultuur-identiteit te kan ondersteun, behoort lektreses hulle kultuur-identiteit gevestig te hê. Lektreses en studente moet ook aanvaar dat daar kultuurverskille kan voorkom wat vir die individu belangrik is.

4.4.3.2 *Kontak met verskillende kultuurgroepe*

Studente wat tans tot Verpleging toetree se kultuur is divers en hulle kom in kontak met lektrises en pasiënte wat ook aan diverse kultuurgroepe behoort. Daar is dus wedersydse blootstelling aan 'n verskeidenheid van waardes, norme en gebruike. Met ontwikkeling van emosionele intelligensie moet studente leer om hierdie verskeidenheid te respekteer (Mellish, *et al.*, 2001:62; Weaver, 2001:252; Bellack, 1999:3-4).

4.4.3.3 *Ondersteuning*

In Verpleging is [Etos en] Professionele Praktyk hoofsaaklik op die Westerse kultuur gebaseer. Dit kan meebring dat studente wat nie volgens die Westerse kultuur grootgeword het nie, se persoonlike waardes in konflik met dié van die professie kom (Pask, 2005:intyds; Serrant-Green, 2001:intyds). Indien dit gebeur moet hierdie studente toepaslik ondersteun word ten einde hulle emosionele intelligensie te ontwikkel (Freshwater & Stickley, 2004:intyds).

Daar word ook sekere konsepte gebruik, soos onder andere in etiek, wat op die Westerse kultuur gebaseer is. Dit beteken dat studente wat nie met die Westerse kultuur bekend is nie, moontlik nie al die konsepte sal verstaan nie (Weaver, 2001:256). Lektrises behoort in dié verband te luister na wat studente vir hulle daaroor sê en hulle moet ook na studente se nie-verbale gedrag oplet ten einde onderrig effektief te kan doen (Burnard, 2005:intyds).

4.4.3.4 *Verskillende gebruike/tradisies*

Ander kultuurgroepe het ook unieke tradisies wat nagekom moet word en waarvoor daar nie altyd voorsiening gemaak word nie. So byvoorbeeld kan dit 'n tradisionele gebruik in 'n sekere kultuur wees dat studente nie met die lektrise mag verskil of haar bevraagteken nie. Indien 'n lektrise nie hiervan bewus is nie,

mag sy sodanige studente, wat niks bevraagteken nie, as nie-deelnemend ervaar (Burnard, 2005:intyds).

Dit is egter nie moontlik dat lektrises met al die gebruike in alle kultuurgroepe bekend is nie. Die lektrise behoort dus te sorg dat 'n goeie student-lektrise verhouding geskep word waarin studente vrymoedigheid sal hê om belangrike gebruike met haar te kan deel.

Respek vir verskillende kultuurgroepe se onderskeie waardes en norme vorm deel van emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit en behoort gedurende onderrig ontwikkel te word (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Süreyya, 2004:intyds; Freshwater & Stickley, 2004:intyds).

4.4.4 Sosiale milieu

Die jeug word tans groot in 'n totaal ander milieu as die jeug van twee dekades gelede. In Suid-Afrika is dit hoofsaaklik die gesin en politieke agtergrond wat die afgelope twee dekades baie verander het en 'n invloed op die ontwikkeling van jongmense uitoefen.

4.4.4.1 Verandering in die gesin

Primêre sosialisering is nodig vir die ontwikkeling van persoonlike identiteit asook emosionele intelligensie en dit vind hoofsaaklik deur middel van primêre sosialisering in die gesin plaas. Hier leer kinders wie hulle is, wat hulle van die samelewing kan verwag en wat die samelewing van hulle verwag (Popenoe, *et al.*, 2003:80-92; Louw *et al.*, 1998:12). Dit is belangrik dat studente primêre sosialisering ondergaan, aangesien die ontwikkeling van 'n persoonlike identiteit ontwikkeling van beide emosionele intelligensie en professionele identiteit vooraf gaan (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170).

Gesinstrukture in Suid-Afrika het verander vanaf hoofsaaklik kern- of uitgebreide gesinne na onder andere, meer enkelouer gesinne (Popenoe, *et al.*, 2003:80-92). Verder werk beide ouers dikwels weg van die huis af en die kinders word dan of in die sorg van 'n ouer kind of sonder sorg gelaat. "Gesinne" wat slegs uit kinders van verskillende ouderdomme bestaan, kom as gevolg van die HIV-krisis ook voor. In al hierdie gevalle kan geskikte sosialiseringssagente vir ontwikkeling van 'n persoonlike identiteit ontbreek. Studente kan dus tot Verpleging toetree sonder dat hulle die basiese waardes van 'n samelewing aangeleer of 'n persoonlike identiteit ontwikkel het.

4.4.4.2 Politieke agtergrond

Swart, bruin en Indiërstudente wat in die 70 en 80-tiger jare gebore is en wat vandag tot Verpleging toetree, is persone wat in 'n spesifieke politieke situasie grootgeword het. Die meerderheid van hierdie groep jongmense was aan rassediskriminasie, onderdrukking en ander ontberings blootgestel.

Hierdie situasie het noodwendig hulle sienswyse sowel as hul gedrag beïnvloed. Optrede soos deelname aan massa-aksie, betogings en opstand teen regerende instansies was in die verlede as reg en heldhaftig erken en gedoen (Popenoe, *et al.*, 2003:80-92). Dit is moontlik dat hulle met hierdie gedrag kan volhou, aangesien dit as korrek gesien word.

'n Moontlike voorbeeld van die bogenoemde is die onlangse "pajama-protaksie" waar professionele verpleegkundiges, uit protes teen lae of geen uniform-toelae, met die bostukke van hul nagklere aan gaan werk het (Mngomezulu, 2005). Hierdie gedrag reflekteer nie die professionele identiteit van Verpleging met betrekking tot dra van 'n uniform nie.

Die SARV het deur middel van 'n omsendskrywe hoofde en bestuurders se aandag op die bestaande regulasie, betreffende die dra van 'n uniform en

kentekens, gevestig (South African Nursing Council. 2005. Circular nr 2005/43) voordat die protesaksie plaasgevind het. Hulle is versoek om verpleegkundiges in hierdie verband te waarsku. Die persoon in beheer van die protesaksie het hierdie reaksie van die SARV gekritiseer en dit as “onsensitief” bestempel (Mngomezulu, 2005). Vir hierdie persoon het dit gegaan om die bereiking van ‘n doel en nie soseer oor die beeld van Verpleging nie. Die feit dat die protesaksie wel plaasgevind het en die doelwit bereik is, naamlik dat geld vir die aankoop van uniforms hersien of ingestel gaan word, kan moontlik hierdie wyse van onderhandeling versterk sodat dit weer in die toekoms toegepas gaan word.

Studente met soortgelyke persepsies mag nie noodwendig ooreenstem met die waardes en norme soos wat dit tans in [Etos en] Professionele Praktyk onderrig word nie. Ten einde ‘n professionele identiteit te kan ontwikkel, mag dit nodig wees dat hierdie individue se persepsies oor waardes en norme moet verander.

Wanneer onderrig verandering in ‘n individu se persoonlike lewe verg, mag die individu dié verandering as bedreigend ervaar. Dié bedreigende gevoel kan dan veroorsaak dat leer nie plaasvind nie (Quinn, 2001:54). Dit is dus moontlik dat sommige studente sekere waardes en norme van [Etos en] Professionele Praktyk as bedreigend kan ervaar. Hierdie studente behoort betyds geïdentifiseer en ondersteun te word, sodat hulle die bedreiging kan verwerk.

4.5 EMOSIONELE INTELLIGENSIE

‘n Voorvereiste vir die ontwikkeling van ‘n professionele identiteit en om effektief in ‘n werksituasie te kan aanpas, is ontwikkeling van emosionele intelligensie (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170). Die vermoë om in die leëwêreld te kan funksioneer word gewoonlik in gesinsverband geleer, maar met die hedendaagse veranderinge in die gesin is dit nodig dat dit ook in Verpleging ontwikkel moet word. Die ontwikkeling van emosionele intelligensie is eweneens

so belangrik as teoretiese kennis en vaardighede (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Cadman & Brewer, 2001:intyds; Bellack, 1999:3-4).

Werkgewers verwag dat werkers, ook professionele verpleegkundiges, oor basiese vakkennis en vaardighede sal beskik wanneer hulle in diens geneem word. Hulle verwag egter ook dat werkers in die leefwêreld sal kan funksioneer. Dit beteken dat werkers onder andere werksverantwoordelik, toegewy en betroubaar sal wees. Laasgenoemde eienskappe staan as emosionele intelligensie bekend (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3).

4.5.1 Komponente van emosionele intelligensie

Emosionele intelligensie bestaan uit beide persoons- sowel as sosiale eienskappe en/of vaardighede. Persoonseienskappe en -vaardighede behels selfbestuur waarvan selfbewuswording, -regulering en motivering deel van uitmaak (Cadman & Brewer, 2001:intyds). Verantwoordelikheid, toegewydheid en betroubaarheid vorm ook deel van persoonseienskappe (Freshwater & Stickley, 2004:intyds).

Sosiale eienskappe/vaardighede verwys na die vermoë om besorgd en met empatie op ander se behoeftes te kan reageer, 'n politiese bewustheid en die vermoë om diversiteit te waardeer. Dit behels verder effektiewe kommunikasie en veral die vermoë om te kan luister, effektiewe konflikthantering en die vermoë om saam met ander te kan werk (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3-4).

4.5.2 Ontwikkeling van emosionele intelligensie

Ontwikkeling van emosionele intelligensie behels die ontwikkeling van studente se persoons- en sosiale eienskappe en die aanleer van sekere vaardighede, soos byvoorbeeld:

- Ontwikkeling van kritiese denke, redeneervermoë, selfbestuur en motivering (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3-4).
- Handhawing van verhoudings waarin empatie, besorgdheid en die vermoë om op ander se behoeftes te reageer, kardinaal voorkom (Freshwater & Stickley, 2004:intyds).
- Identifisering en vestiging van eie waardes en kultuur-identiteit (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170) sowel as erkenning en respektering van diversiteit. Hierby saam moet studente 'n politiese bewustheid ontwikkel (Mellish, *et al.*, 2001:62; Weaver, 2001:252; Bellack, 1999:3-4).
- Effektiewe kommunikasie, konflikthantering en die vermoë om saam met ander te kan werk (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3-4).

Alhoewel die SARV nie spesifiek na ontwikkeling van emosionele intelligensie in die onderriggids verwys nie, is bogenoemde vaardighede in die gids, onder ander modules, byvoorbeeld Fundamentele Verpleegkunde, Psigiatrisie Verpleegkunde en Gesondheidsorgbestuur vervat. Studente behoort dus hieroor onderrig te word (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatrisie en gemeenskaps-} en vroedvrou. R425. Februarie 1985, soos gewysig).

4.5.3 Voordele indien emosionele intelligensie ontwikkel is

'n Persoon wie se persoonseienskappe en vaardighede ontwikkel is, sal, as deel van selfbestuur, bewus wees van haar sterktes en swakhede. Sy sal oor selfvertroue en selfbeheersing beskik. Só 'n persoon sal ook optimisties en betroubaar wees, verantwoordelikheid vir eie optrede aanvaar en poog om haar beste te lewer (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3-4).

4.6 PROFESSIONELE IDENTITEIT

Professionele identiteit word onder andere beskryf deur die woorde “professionalisme”, “verpleegkundiges se persepsie van hulle rol” en “die professionele self” (Davies, 2002:intyds; Fagerberg & Kihlgren, 2001:137; Mellish & Paton, 1999:107; Fagermoen, 1997:434-435). Dit word ook beskryf as self-identifikasie met ‘n professie, wat in hierdie geval Verpleging is (Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721).

Self-identifikasie met ‘n professie impliseer internalisering van die professie se wetenskap, vaardighede en kultuur. Laasgenoemde sluit die geskiedenis van die professie asook die waardes en norme daarvan in (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Süreyya, 2004:intyds; Davies, 2002:intyds; Mellish & Paton, 1999:107). Professionele identiteit behoort uiteindelik deel van ‘n individu se persoonlike identiteit te vorm.

4.6.1 Belang van die vorming van ‘n professionele identiteit

Professionele verpleegkundiges wat ‘n professionele identiteit ontwikkel het, sal oor self- en professionele kennis beskik. Hulle sal vertrouwe in hul vermoëns hê, hulle beperkings ken, wetenskaplik ondersoekend en aan Verpleging toegewyd wees (Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001: intyds; Öhlén & Segesten, 1998:722). Indien professionele verpleegkundiges aan Verpleging toegewyd is, sal hulle poog om die beeld daarvan te bevorder en onprofessionele praktyk te voorkom. Hulle sal ook daarop ingestel wees om verder professioneel te groei en ontwikkel (Öhlén & Segesten, 1998:726). Dit behoort die ideaal in onderrig te wees om professionele verpleegkundiges te vorm wat ‘n professionele identiteit ontwikkel het.

Verpleegkundiges wat nie ‘n professionele identiteit ontwikkel het nie, is geneig om hulle selfkonsep van hulle werksrol te skei. Dit lei daartoe dat hulle probleme

met doelwitbereiking ondervind, teleurgesteld en gefrustreerd is en nie op die onmiddellike behoeftes van pasiënte kan fokus nie (Ewens, 2003: 224; 226; Gregg & Magilvy, 2001:intyds). Hierdie persone is slegs op die uitvoering van take gefokus (Pask, 2003:170).

Ten einde 'n tipe verpleegkundige op te lei wat in staat is om onafhanklik kwaliteitsorg te kan lewer, is dit nodig dat die ontwikkeling van 'n professionele identiteit by studente bevorder moet word (Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001: intyds; Öhlén & Segesten, 1998:722). Vorming van 'n professionele identiteit vind onder andere deur middel van professionele sosialisering plaas (Adams, *et al.*, 2006:57; Clouder, 2003:intyds; Davies, 2002:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721; Fagermoen, 1997:434).

4.6.2 Vereistes vir die vorming van professionele identiteit

4.6.2.1 Persoonlike identiteit reeds ontwikkel

Professionele identiteit vorm uiteindelik deel van 'n persoon se persoonlike identiteit. Dit is dus nodig dat 'n persoon se persoonlike identiteit reeds ontwikkel is ten einde 'n professionele identiteit te kan ontwikkel (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170).

Ontwikkeling van emosionele intelligensie vorm ook deel van persoonlike identiteit en moet ook ontwikkel word ten einde 'n professionele identiteit te kan vorm. 'n Positiewe aanduiding dat 'n persoonlike identiteit ontwikkel is, is wanneer 'n persoon sosiale waardes geinternaliseer het (Thorpe & Loo, 2003:83).

4.6.2.2 Kognitiewe aanpasbaarheid

Ontwikkeling van 'n professionele identiteit verg kognitiewe aanpasbaarheid. Kognitiewe aanpasbaarheid verwys na 'n individu se vermoë om kennis na

gelang van situasies te kan herstruktureer. Individue wat kognitief aanpasbaar is, besef dat daar in enige gegewe situasie verskillende alternatiewe moontlik is en is bereid om by sodanige situasies aan te pas (Adams, *et al.*, 2006:58).

4.6.2.3 *Blootstelling aan die praktyk*

Studente moet aan die praktyk blootgestel word ten einde hulle professionele identiteit te ontwikkel, sodat hulle vaardig en professioneel kan optree (Adams, *et al.*, 2006:57; Carlson, Kotzé & van Rooyen, 2005:71; Field, 2004:intyds; Uys & Meyer, 2005:12; du Plessis, 2004:68; Ramage, 2004:295; Berggren & Severinsson; 2003:616; Ewens, 2003:224; Gastmans, 2002:intyds; Gillespie 2002:intyds; Edmond, 2001:intyds; Gregg & Magilvy, 2001; Mtshali & Khanyile, 2001:26; Nesler, *et al.*, 2001:293; Hamric, 2000:intyds; Jones, 1999:42; Lylund & Lindholm, 1999:278; Lowri, 1998:553; 556).

Indien studente egter in die praktyk geplaas en op hulle eie gelaat word, sal hulle nie 'n professionele identiteit ontwikkel nie (Brown, Herd, Humphries & Paton, 2005:intyds; Nylund & Lindholm, 1999:278). Dit is dus van kardinale belang vir die vorming van 'n professionele identiteit dat studente in die praktyk onderrig en opgevolg word (Pask, 2005:intyds; Lambert, & Glacken, 2004:intyds; Lekhuleni, van der Wal & Ehlers, 2004:17; Carlson, *et al.*, 2003:31; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:36-37; Quinn, 2001:54; Jones, 1999:42).

Die wyse waarop hierdie onderrig en begeleiding gedoen word, sal vanselfsprekend ook bydra tot goeie of swak vorming van professionele identiteit. Indien lektrises of kliniese dosente studente slegs besoek, vaardigheidstoetse afneem of pasiënte vir beramings reël, sal professionele identiteit nie by studente ontwikkel nie (Lambert & Glacken, 2004:intyds).

Studente moet formele onderrig in die praktyk ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk ontvang, hetsy deur die lektrise, kliniese dosent,

fasiliteerder of professionele verpleegkundiges werksaam in die praktyk. Ontwikkeling van 'n professionele identiteit hang nie af van die aantal ure wat studente aan die praktyk blootgestel is nie, maar dit hang van blootstelling aan gebeure in die praktyk af (Süreyya, 2004:intyds; Gregg & Magilvy, 2001: intyds). Van hierdie gebeure waaraan studente blootgestel moet word, is byvoorbeeld blootstelling aan etiese situasies. Hierdie etiese situasies hoef nie etiese dilemmas te wees nie, maar situasies waardeur studente se etiese sensitiwiteit ontwikkel kan word (Nylund & Lindholm, 1999:278). Dit is egter belangrik om daarop te let dat hoewel die praktyk ryk aan leergeleenthede is, dit nie effektief deur die studente benut kan word indien hulle nie behoorlik begelei word nie (Orland-Barak & Wilhelem, 2005:intyds).

4.6.2.4 Blootstelling aan positiewe rolmodelle (vergelyk hoofstuk 3, bl 134)

Ten einde 'n professionele identiteit te ontwikkel, is blootstelling aan positiewe rolmodelle nodig. Alle professionele verpleegkundiges behoort as rolmodelle op te tree sodat 'n positiewe beeld van Verpleging in die samelewing gevestig kan word (Kelly, 2006:57) en studente se professionele identiteit ontwikkel kan word.

'n Rolmodel is 'n persoon wat bevoegd, vaardig, betroubaar, 'n goeie leermeester sowel as 'n toesighouer is (Lekhuleni, *et al.*, 2004:18; Searle, 2000:144, 202). Sy behoort relevante situasies ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk aan studente te kan uitwys, dit met hulle te kan bespreek en hulle toe te laat om daaroor te reflekteer ten einde vorming van hulle professionele identiteit te bevorder (Adams, *et al.*, 2006:57; Ewens, 2003:224; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

Die lektrise/kliniese dosent behoort as rolmodel vir studente op te tree, maar die studente behoort ook met professionele verpleegkundiges wat rolmodelle in die praktyk is, saam te werk ten einde hulle professionele identiteit te kan ontwikkel (Adams, *et al.*, 2006:57; Donaldson & Carter, 2005:intyds; Ewens, 2003:224;

Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Mellish & Paton, 1999:107; Öhlén & Segesten, 1998:722).

Indien studente nie voldoende kontak met goeie rolmodelle in die praktyk het nie, sal ontwikkeling van professionele identiteit nie effektief plaasvind nie (Savage & Favret, 2006:intyds; Donaldson & Carter, 2005:intyds). Studente ervaar dat daar tans nie voldoende professionele rolmodelle in die praktyk is om hulle te begelei nie (Waterson, Harms, Qupe, Maritz, Manning, Makobe & Chabeli, 2006:63; Carlson, *et al.*, 2005:71).

Indien rolmodelle afwesig is kan dit daartoe aanleiding gee dat studente nie 'n professionele identiteit sal ontwikkel nie. Sulke studente sal nie aan Verpleging toegewyd wees nie en ook nie omgee of hulle professioneel of onprofessioneel optree nie. Dit sal dus aanleiding kan gee tot onprofessionele gedrag soos wat in hoofstuk 2 beskryf is.

Indien daar nie voldoende rolmodelle in die praktyk bestaan nie, sal onderriginstansies strategieë moet bedink sodat hulle studente aan positiewe rolmodelle kan blootstel (Donaldson & Carter, 2005:intyds).

4.7 PROFESSIONELE SOSIALISERING (Vergelyk hoofstuk 3, bl 149)

Die ontwikkeling van 'n professionele identiteit vind deur die proses van professionele sosialisering plaas (Adams, *et al.*, 2006:57; Clouder, 2003:intyds; Davies, 2002:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721; Fagermoen, 1997:434) en hiervoor is teoretiese kennis, blootstelling aan situasies in die praktyk en rolmodelle nodig (Gray & Smith, 1999:646).

Die proses waardeur 'n persoon se professionele identiteit ontwikkel en waardeur die groep die persoon as deel van die groep inneem, is bekend as professionele

sosialisering (Thompson, 2002; Chitty, 2001:177; Cohen, R. 2001:148; Howkins & Evens, 1999:41).

4.7.1 Die proses van professionele sosialisering

Studente word nie outomaties deel van Verpleging wanneer hulle die teoretiese kennis en ervaring daarvan opdoen nie. Hulle moet 'n professionele identiteit ontwikkel en dit internaliseer sodat dit deel van hulle persoonlikheid word (Thompson, 2002; Chitty, 2001:177; Cohen, R. 2001:148; Nesler, *et al.*, 2001:293; Howkins & Evens, 1999:41-42) en dan moet hulle daarvolgens optree, ten einde deel van die professie te kan word.

Professionele sosialisering kan op formele en informele wyse plaasvind. Formele sosialisering vind tydens teoretiese onderrig plaas, terwyl informele sosialisering op meer lukrake wyse in die praktyk en alledaagse kontak met professionele verpleegkundiges, plaasvind. 'n Derde wyse waarop professionele sosialisering kan plaasvind is, soos gestel deur Chitty (2001:178) "...simply absorbing the culture". Laasgenoemde vind in die praktyk plaas en daarom is die teenwoordigheid van positiewe rolmodelle in die praktyk belangrik, aangesien die studente bewustelik en onbewustelik professionele verpleegkundiges se gedrag naboots (Kyrkjebo & Hage, 2005:intyds; Chitty, 2001:178).

Professionele sosialisering behoort dus doelbewus tydens onderrig van veral [Etos en] Professionele Praktyk bevorder te word (Süreyya, 2005:intyds; Elder, Price & Williams, 2003:150; Weaver, 2001:253), sodat studente 'n professionele identiteit kan ontwikkel.

Studente mag egter die sosialiseringsproses positief of negatief ervaar. Wanneer hulle die proses positief ervaar word hulle denke en professionele verhoudings ontwikkel, asook hulle selfwaarde opgebou. Indien die studente egter die sosialiseringsproses negatief beleef, sal dit hulle selfwaarde afbreek en

professionele verhoudings sal nie ontwikkel nie (Randle, 2003:395). Hierdie studente sal dus ook nie 'n professionele identiteit ontwikkel nie.

Verskillende modelle van professionele sosialisering word in die literatuur beskryf. Hieronder is dié van Cohen en Hindshaw wat op sosialisering van voorgraadse studente betrekking het (Chitty, 2001:181). Cohen se model is egter nog nie voldoende wetenskaplik uitgetoets nie (Chitty, 2001:181) en daarom word Hindshaw se model, wat getoets is, verkies.

4.7.2 Hindshaw se model van professionele sosialisering:

Hindshaw se model is in 1976 beskryf en bestaan uit 6 (ses) fases, naamlik aanvanklike onkunde, inkongruensie, identifikasie, rolsimulasie, besluitloosheid en internalisering (Chitty, 2001:181-183). Elkeen van hierdie fases word deur kerngedrag onderskei en sal vervolgens kortliks beskryf word.

4.7.2.1 Fase 1. Aanvanklike onkunde.

Studente het in hierdie fase geïdealiseerde idees en verwagtinge van Verpleging wat dikwels nie in ooreenstemming met die realiteit is nie. Dit impliseer dat hierdie studente se geïdealiseerde beeld met die werklike situasie vervang moet word.

4.7.2.2 Fase 2. Inkongruensie.

In hierdie fase kom frustrasie en spanning voor wanneer die studente die inkongruensie tussen hulle verwagtinge en die realiteit van Verpleging begin raaksien.

4.7.2.3 Fase 3. Identifikasie

Fase drie word gekenmerk deur studente se selektering en observering van rolmodelle, veral rolmodelle in die kliniese praktyk.

4.7.2.4 Fase 4. Rolsimulasie

In fase vier boots die studente die gedrag wat hulle by die rolmodelle waargeneem het, na.

4.7.2.5 Fase 5. Besluitloosheid.

In hierdie fase hou studente aan die een kant vas aan hulle gevestigde idees oor Verpleging, terwyl hulle aan die ander kant besef dat dit nie noodwendig realisties is nie. Hierdie fase is veral sigbaar by pas afgestudeerde studente, wat skuldig voel indien hulle nie Verpleging, as gevolg van personeeltekorte of tydbeperking, kan doen “soos wat hulle dit geleer” het nie.

4.7.2.6 Fase 6. Internalisering

In die laaste fase van Hindshaw se model, aanvaar die student haar professionele identiteit en raak sy daarmee gemaklik (Chitty, 2001:181-182).

Deur bewus te wees van die fases waardeur studente ten opsigte van professionele sosialisering gaan, kan lektreses fokus op dit wat vir die student belangrik is. So byvoorbeeld kan Etos en Professionele Praktyk op eerstejaarsvlak só onderrig word dat die studente se geïdealiseerde beeld nie summier afgekraak word nie, maar wel tog met die ideale, realistiese beeld vervang word. Positiewe hantering van studente se spanning en frustrasie

tydens die inkongruente fase kan beide emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit help ontwikkel.

Die sosialiseringsmodel hoef nie as sulks aan studente geleer te word nie, maar die lektrises moet dit in ag neem en hulle onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk hiervolgens aanpas.

4.8 STUDIEJAAR VAN ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

Indien onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk slegs by die aanvang van 'n program onderrig word, het studente nie voldoende kliniese ervaring om dit te begryp en te internaliseer nie. Hierteenoor, indien dit weer net in die finale jaar van onderrig aangebied word, kan studente nie die volle voordeel van die groei daarvan beleef nie (Davis, *et al.*, 2006:343). Dit moet dus verkieslik deurlopend vanaf die eerste tot laaste studiejaar effektief onderrig word ten einde studente se professionele identiteit te laat ontwikkel (Carlson, *et al.*, 2003:38; Nesler, *et al.*, 2001:294; Mtshali & Khanyile, 2001:22; Searle, 2000:38).

[Etos en] Professionele Praktyk behoort geïntegreerd in alle Verpleegkunde modules aangebied te word, sowel as in aparte modules in die verskillende studiejare. Integrasie van [Etos en] Professionele Praktyk in ander modules beteken om dit só daarin te verweef dat dit deel van die geheel van daardie module uitmaak (Odendal & Gouws, 2005:476). Integrasie beteken dus nie slegs die verwysing of bespreking van toepaslike wetgewing of regulasies in 'n module nie. Dit impliseer verder dat lektrises betrokke by onderrig van ander modules oor voldoende kennis van [Etos en] Professionele Praktyk sal beskik sodat hulle dit deel van hulle module kan maak (Davis, *et al.*, 2006:343).

Wanneer [Etos en] Professionele Praktyk geïntegreerd sowel as in unieke modules oor al vier studiejare onderrig word, sal dit die essensie daarvan by studente vaslê en studente se professionele identiteit sal ontwikkel.

4.9 TYD AFGESTAAN AAN ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

4.9.1 Tyd teenoor ontwikkeling

Die ontwikkeling van professionele identiteit hang nie af van die **tydperk** wat studente onderrig word nie, maar wel van gebeure of insidente waaraan hulle blootgestel word (Süreyya, 2004:intyds; Gregg & Magilvy, 2001: intyds). Twee studente kan dus vir dieselfde tydperk in dieselfde praktiese situasie geplaas word en die een student se professionele identiteit kan, as gevolg van blootstelling aan gebeure toegelig met onderrig, vinniger as die ander een s'n vorm indien die laasgenoemde student nie ook aan dieselfde gebeure blootgestel en onderrig is nie. Aangesien onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk op die vorming van professionele identiteit gerig behoort te wees, behoort dit ook nie aan ure onderrig gekoppel te wees nie.

Die ideaal sou wees om onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk en die bereiking van professionele identiteit in terme van gedragresultate te meet, eerder as om dit aan ure in teorie en die kliniese praktyk te koppel (Mallaber & Turner, 2006:intyds).

Ten opsigte van die bestaande ure gekoppel aan onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk is Searle (2000:96) van mening dat daar te min tyd aan die onderrig hiervan afgestaan word. Indien te min tyd aan 'n module afgestaan word, kan dit die indruk by studente skep dat dié module van minder belang is (Esterhuizen, 2006:109) en dit is 'n indruk wat juis vermy moet word.

Daar is nie in die literatuur enige riglyn gevind oor presies hoeveel tyd aan die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk in teorie of praktyk afgestaan moet word nie.

4.9.2 Geïntegreerde onderrig: tyd aan modules afgestaan

Wanneer enige module geïntegreerd in 'n ander module onderrig word, leen die situasie dit daartoe dat minder tyd aan die geïntegreerde module afgestaan word. Kontrole oor hoe effektief integrasie van een module in 'n ander module is, is ook problematies.

Ten einde 'n professionele identiteit te kan ontwikkel het studente tyd nodig om onder leiding, daaroor te reflekteer. Hierdie refleksie neem tyd in beslag. Afhangende van hul stadium van professionele sosialisering sal hulle ook tyd benodig om elemente van Professionele Praktyk in te oefen, wat verdere tyd in beslag neem. Ontwikkeling van professionele identiteit kan nie net deur middel van teoretiese kennis of kort blootstelling aan die praktyk geskied nie.

4.10 TEORETIESE INHOUD

Die ontwikkeling van 'n professionele identiteit impliseer internalisering van 'n professionele wetenskap, vaardighede en kultuur. Kultuur sluit die geskiedenis van die professie sowel as die waardes en norme daarvan in (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:inyds; Süreyya, 2004:inyds; Davies, 2002:inyds; Mellish & Paton, 1999:107). Dit beteken dat ten opsigte van Verpleging, studente die wetenskap en vaardighede van die verskillende dissiplines sal leer, asook die geskiedenis, waarde en norme daarvan.

Ideaal gesproke sal onderrig in die subdissiplines van Verpleging en geassosieëerde praktika só plaasvind dat, behalwe vir die verkryging van kennis en vaardighede, studente se professionele identiteit ook ontwikkel sal word.

Ten einde 'n professionele identiteit te ontwikkel moet studente onderrig word om:

- 'n Eie lewensfilosofie sowel as filosofie van Verpleging te ontwikkel of te kies (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).
- Die etos van Verpleging, sowel as die waardes en norme daarvan te identifiseer en te internaliseer (Chitty, 2001:177; Howkins & Evens, 1999:41).
- Etiese beginsels in die alledaagse lewe sowel as Verpleging te kan toepas (Muller, 2002:66; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19; Chitty, 2001: 479-480; Searle, 2000:96; SANC. "Draft Charter of Nursing Practice". September 2004).

4.10.1 Eie lewens- en Verplegingsfilosofie (*Vergelyk hoofstuk 3, bl 120*)

Studente behoort onderrig te word sodat hulle 'n eie lewens- sowel as Verplegingsfilosofie kan identifiseer en/of ontwikkel. Dit kan onder andere, deur middel van bestudering van Filosofie plaasvind.

4.10.1.1 *Filosofie as module*

Die wetenskap Filosofie is 'n abstrakte vakgebied, gegrond op die soeke na betekenis in die heelal. Filosofie word in subwetenskappe soos byvoorbeeld epistemologie, logika, etiek en politiek verdeel en Plato, Socrates, Kant en Descartes is van die bekende filosowe wat in die literatuur beskryf word (Davis, *et al.*, 2006:61; Thompson, *et al.*, 2006:26; Chitty, 2001:206; Ruddy, 1998:244).

Bestudering van filosofie kan studente help om kritiese denke en –redenering te ontwikkel (Henderson, 2006:28; Clarke & Holt, 2001:intyds). Kritiese denke en -redenering vorm deel van beide professionele identiteit en emosionele

intelligensie (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3). Bestudering van filosofie kan studente ook help om, behalwe die wese van Verpleging, ook die realiteite en die sin van die lewe te laat verstaan.

Dit word nie voorgestel dat Verpleegkundestudente Filosofie in diepte moet bestudeer nie, maar eerder op 'n bekendstellings- of inleidende wyse. Dit moet egter omvattend genoeg wees sodat kritiese denke, beredenering en identifisering van 'n eie lewens- sowel as Verplegingsfilosofie kan ontwikkel (Clarke, & Holt, 2001:intyds).

Blootstelling aan Filosofie help verder dat studente holisties ontwikkel, omdat hulle bewus gemaak word van algemene filosofiese beginsels en kennis waarmee hulle nie andersins in aanraking sou kom nie (Clarke & Holt, 2001:intyds).

4.10.1.2 Voordeel van 'n eie lewens- en Verplegingsfilosofie

Persoonlike en/of professionele filosofieë rig 'n persoon se gedrag. Indien studente dus onderrig en gelei word om 'n eie sowel as Verplegingsfilosofie te ontwikkel, sal dit hulle help om hulle persoonlike – sowel as professionele identiteit te vorm, wat hulle gedrag sal rig (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:9; Chitty, 2001:206; Searle, 2000:146-148; Brown, 1999:171).

Verpleegkundiges wat nie in 'n filosofiese begronding van Verpleging onderleg is nie, kan Verpleging bloot net as nog 'n werk, in plaas van 'n professie, ervaar (Ewens, 2003: 224; 226; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Searle, 2000:263). Dit is dus voordelig vir beide persoonlike- sowel as professionele ontwikkeling dat studente ten opsigte van filosofie onderrig word.

4.10.2 Die etos van Verpleging, waardes en norme

4.10.2.1 Etos (wese) van Verpleging

Ten einde met Verpleging te kan identifiseer, moet studente die wese daarvan begryp. Dit is verder belangrik dat nuwelinge moet besef dat Verpleging uit meer as net die uitvoer van tegnieke en prosedures en die gee van voorligting bestaan (Mellish, *et al.*, 2001:4-5).

Die etos van Verpleging, soos beskryf deur die SARV, word huidig hersien en is in die werksdokument, SANC Draft Charter of Nursing Practice (September 2004) beskryf. In hierdie dokument word die etos in terme van die konsepte Verpleging, verpleegkundiges en die verpleegpraktyk beskryf.

4.10.2.1.1 Verpleging

Dit is belangrik dat studente onderrig sal word om te begryp dat Verpleging bestaan omdat mense behoeftes aan sekere sorg het en dat verpleegkundiges dus in diens van die samelewing is. Verpleging behoort 'n deernisvolle, versorgende professie te wees (Cortis & Kendrick, 2003:79; Chitty, 2001:252; Ellis & Hartley, 2001:166; Mulaudzi, *et al.*, 2001:95; Searle 92).

Verpleging vorm deel van gesondheidsorg in die geheel en die praktisering van Verpleging is gebaseer op 'n vertrouensverhouding tussen die professie, die samelewing, individuele verpleegkundiges en gesondheidsorgverbruikers (Searle, 2000:7, 75, 77). Die vertrouensverhouding is gegrond op die verpleegkundige se professionele kennis, vaardigheid en optrede en sy moet bereid wees om aanspreeklikheid vir haar optrede te aanvaar (Muller, 2002:53; Searle 2000:102; Verschoor,*et al.*, 1996:3). Verpleegkundiges moet dus te alle tye op hoogte met kennis en vaardighede bly indien hulle aanspreeklikheid vir hulle dade moet aanvaar (Ellis & Hartley, 2001:345; Searle 2000:78).

4.10.2.1.2 *Verpleegkundiges*

Die etos van Verpleging bepaal dat verpleegkundiges pasiënte op gelyke wyse, ongeag hulle status, geloof of nasionaliteit, moet versorg. Verpleegkundiges moet ook norme soos byvoorbeeld om respek te betoon vir die lewe van ander, regte soos privaatheid, konfidensialiteit, waardigheid en om sorg na gelang van behoeftes te ontvang, erken (Thompson, *et al.*, 2006:53-55; Ellis & Hartley, 2001:362; Searle, 2000:98, 103).

4.10.2.1.3 *Die Verpleegpraktyk*

Die verpleegpraktyk moet op die wetenskap van Verpleging gebaseer wees en dit moet deur professionele norme, waardes, filosofieë van Verpleging en navorsing gerig word. Dié praktyk vereis te alle tye gesonde oordeel, toereikende kennis, vaardigheid en bevoegdheid sodat etiese en wetenskaplik gebaseerde, holistiese gesondheidsorg gelewer kan word. Verpleging moet ook in spanverband gelewer word (Searle, 2000:76).

4.10.2.1.4 *Pasiënt-verpleegkundige verhouding (vergelyk hoofstuk 3, bl 127)*

Die vestiging van 'n pasiënt-verpleegkundige verhouding vorm die grondslag van implementering van Verpleging (Gastmans, 2002:intyds; McQueen, 2000:intyds; Searle, 2000:173; Pera & van Tonder, 1996:57). Hierdie verhouding ontstaan egter nie vanself wanneer 'n pasiënt by 'n gesondheidsorgfasiliteit aanmeld nie. Die totstandkoming daarvan verg wedersydse vertroue en die verpleegkundige moet empatie, warmte en werklike belangstelling in die pasiënte toon.

Die vorming van verhoudings vorm deel van emosionele intelligensie en vereis ontwikkeling van goeie kommunikasie, die terapeutiese gebruik van die verpleegkundige “self” en toepassing van aksies om vertroue te vestig (Brilowski

& Wendler, 2005:648; Freshwater & Stickley, 2004:intyds; McQueen, 2000:intyds; Mellish & Paton, 1999:4; Searle, 2000:258).

4.10.2.2 *Geskiedenis van Verpleging*

Deur bestudering van die Geskiedenis van Verpleging word daar van die etos daarvan geleer. So byvoorbeeld, was altruïsme op 'n gegewe tydstip as erkende waarde van Verpleging gesien. Dit was gedurende die tydperk toe dit as 'n persoon se Christelike plig, na die voorbeeld van Christus, beskou is om siekes te versorg (Dolan, 1968:66-67; Ellis & Hartley, 2001:131; Mulaudzi, *et al.*, 2001:5, Searle, 2000:96). Hierdie altruïstiese inslag het daartoe gelei dat verpleegkundiges tevrede was om lang ure te werk en min betaling te ontvang. Dit kan gedebateer word of altruïsme vandag nog deel van die etos van Verpleging behoort te wees, of nie.

Bogenoemde voorbeeld toon egter die belang van onderrig van Geskiedenis van Verpleging aan.

4.10.2.3 *Waardes (vergelyk ook hoofstuk 3, bl 139)*

Daar is verskillende algemene waardes wat aan Verpleging gekoppel word maar hierdie waardes is nie uniek aan Verpleging nie. So byvoorbeeld is om respek te toon 'n waarde van Verpleging, maar dit is ook 'n waarde van toepassing op enige ander beroep of professie. Een waarde wat egter deur verskeie outeurs as “die kern van Verpleging” beskryf word, is deernisvolle sorg (“caring”) (Arries, 2005:69; Süreyya, 2005:intyds; Cortis & Kendrick, 2003:79; Chitty, 2001:252; Ellis & Hartley, 2001:166; Mulaudzi, *et al.*, 2001:95; Searle, 2000:92; Pera & van Tonder, 1996:3; Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele Verplegingsopleiding, 1991, soos gewysig).

Hierdie unieke waarde van Verpleging moet só aan studente geleer word dat dit deel van hulle professionele identiteit vorm. Dié waardes word tydens die onderrigprogram aangeleer (Thorpe & Loo, 2003:85) en geïnternaliseerde waardes behoort in die studente se aksies te reflekteer (Austgard, 2006:intyds).

4.10.2.3.1 Deernisvolle sorg ("caring") (vergelyk ook hoofstuk 3, bl 139)

Dié omvattende konsep is nog nie duidelik omskryf nie. Dit is egter in verskillende wetenskappe, soos byvoorbeeld Antropologie, Sosiologie, Sosiale Sielkunde, Feministiese Sosiale Wetenskap en Etiek ondersoek en beskryf. Dit word ook vanuit 'n Humanistiese oogpunt beskryf (Wilkes & Wallis, 1998:583).

Behalwe dat die konsep in verskillende wetenskappe beskryf is, is verskeie teorieë met deernisvolle sorg as sentrale konsep, ontwikkel (Süreyya, 2005:intyds; McCance, McKenna & Boore, 1999:1388). Nieteenstaande al hierdie literatuur is daar steeds nie konsensus oor presies wat deernisvolle sorg behels nie (Süreyya, 2005:intyds; Brilowski & Wendler, 2005:641; Kapborg & Berterö, 2003:intyds; Basset, 2002:intyds; Paley, 2001:189). Dit kan dus die onderrig hiervan bemoeilik (Süreyya, 2005:intyds; Mogodi, *et al.*, 2003:35; McCance *et al.*, 1999:1388; Wilkes & Wallis, 1998:583).

Deernisvolle sorg is ook in Verpleging ondersoek en beskryf ten opsigte van onder andere pasiënte (Dingman, Williams, Fosbinder & Warmick. 1999) professionele verpleegkundiges (Basset, 2002:intyds) en studente (Süreyya, 2005:intyds; Kapborg & Berterö, 2003:intyds; Wilkes & Wallis. 1998) se persepsies daarvan.

Pasiënte het deernisvolle sorg gesien in terme van die verpleegkundige se **teenwoordigheid** en **betrokkenheid** by hulle en hul behandeling. Deernisvolle sorg het ook vir die pasiënte verband gehou met die wyse waarop hulle

aangespreek is, naamlik soos wat hulle (die pasiënte) verkies het om aangespreek te word (Dingman, *et al.*, 1999:36).

Professionele verpleegkundiges het na deernisvolle sorg verwys soos wat hulle **dink** dit is, naamlik bestaande uit deernis, vaardigheid, selfvertroue en toewyding (Wilkes & Wallis, 1998:583) terwyl beginnerstudente dit hoofsaaklik as bestaande uit deernis, vaardigheid en selfvertroue gesien het (Wilkes & Wallis, 1998:583).

Bogenoemde verskille kom voor omdat die konsep uit verskillende hoeke beskryf is en in die geval van verpleegkundiges, beskryf is ten opsigte van wat hulle dink dit is en nie wat hulle **doen** nie (Paley, 2001).

Deernisvolle sorg behels die fisiese, betrokke teenwoordigheid van die verpleegkundige by die pasiënt, sowel as 'n houding van empatie (Attree, 2001:461; Sabatino, 1999:intyds). Die fisiese, betrokke teewoordigheid van 'n verpleegkundige kan nie gemeet of omskryf word nie, maar is **nie** noodwendig gekoppel aan die uitvoer van prosedures of tegnieke nie. Dit is die “daar wees” vir die pasiënt sonder dat die verpleegkundige noodwendig iets vir die pasiënt doen.

McCance, *et al.*, (1999:1388) het verskillende teorieë ten opsigte van deernisvolle sorg vergelyk. Die teorieë is dié van Leiniger (“Culture care”), Watson (“Human caring”), Boylan & Schoenhofer (“Theory of Nursing as caring”) en Roach. Hulle het tot die gevolgtrekking gekom dat deernisvolle sorg uit houding en waardes bestaan en wat deur aksies gereflekteer word.

'n Ander beskrywing van deernisvolle sorg is dat dit uit “doen, wees en professionalisme” bestaan. 'n Metafoor hiervoor is dat deernisvolle sorg verpleegkundiges se hande (“doen”), hart (“om te wees”) en verstand (“professionalisme”) betrek (Kapborst & Berterö, 2003:intyds; Dingman, *et al.*, 1999:31; Brilowski & Wendler (2005:643).

Die professionalisme deel van deernisvolle sorg verwys na die besondere verhouding waarin die verpleegkundige met die pasiënt staan. Die pasiënt vind aanklank by die verpleegkundige en voel ook veilig. Die verpleegkundige moet ontvanklik vir die pasiënt wees (Brilowski & Wendler, 2005:643; Kapborst & Berterö, 2003:intyds; Attree, 2001:456; Sabatino, 1999:intyds). Ten einde ontvanklik vir 'n pasiënt te wees moet die verpleegkundige se kommunikasievaardighede en veral die vermoë om te luister effektief ontwikkel wees (Kapborg & Berterö, 2003:intyds).

Die professionalisme deel verwys ook na die vermoë van verpleegkundiges om sorg onder verskillende, soms ongunstige omstandighede, tot voordeel van die pasiënt aan te pas (Brilowski & Wendler, 2005:647; Dingman, *et al.*, 1999:36).

Deernisvolle sorg kan dus beskryf word as bestaande uit **aksies**, (om te doen), die **teenwoordigheid van verpleegkundiges** (om vir die pasiënt beskikbaar te wees) en **professionalisme** (Kapborg & Berterö, 2003:intyds). Toepassing van deernisvolle sorg kan verder slegs gedoen word indien 'n positiewe pasiënt-verpleegkundige verhouding tot stand gekom het (Attree, 2001:456).

4.10.2.4 Norme (vergelyk ook hoofstuk 3, bl 141)

Twee soorte norme, naamlik formele en informele norme word in die literatuur beskryf, waar formele norme na geskrewe norme, soos byvoorbeeld wette en regulasies verwys en informele norme die ongeskrewe reëls van 'n groep of samelewing is.

Formele norme ten opsigte van Verpleging word deeglik in die literatuur beskryf, maar nie informele norme nie. Formele norme bestaan uit die landswette, wette wat op Verpleging betrekking het, sowel as regulasies en beleide (Searle, 2000:101; Verschoor *et al.*, 1996:1). Voorbeelde hiervan is Die Wet op Verpleging, no 50 van 1979 en verwante regulasies en die Wet op beheer van

Medisyne en Verwante Stowwe, Wet no 101 van 1965, soos gewysig (Searle, 2000:100-101; Verschoor, *et al.*, 1996:27-35).

Dokumente soos byvoorbeeld die Witskrif bevat ook norme wat op Verpleging van toepassing is. Die “Batho Pele” beginsels spruit uit die Witskrif oor Transformasie van die Staatsdiens en verpleegkundiges behoort die agt beginsels daarin vervat, te implementeer (Muller, 2002:8-9).

Studente moet nie net alle betrokke wette en regulasies in hulle besit hê nie, maar hulle moet só daarmee bekend wees dat hulle dit sinvol kan toepas en daaroor kan redeneer (Chitty, 2001:506; Ellis & Hartley, 2001:253; Mulaudzi, *et al.*, 2001:39; Searle, 2000:99, 212-213).

4.10.3 Etiek: *(vergelyk ook hoofstuk 3, bl 162)*

Etiek verwys in die algemeen na wat as “reg” of “verkeerd” beskou word en na wat “gedoen behoort te word” of “wat nie gedoen behoort te word nie” (Arries, 2005:64; Ellis & Hartley, 2001:342; Mellish & Paton, 1999:117). Dit vorm só deel van die daaglikse aktiwiteite van elkeen asook van verpleegkundiges (Doane, 2002:521) en daar word van verpleegkundiges verwag om te alle tye op etiese wyse op te tree (Muller, 2002:66; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19; Chitty, 2001: 479-480; Searle, 2000:96; SANC. “Draft Charter of Nursing Practice”. September 2004).

Etiek in Verpleging is nie slegs nakoming van sosiale etiket of ‘n etiese kode nie. Dit is ook nie nabootsing van bio-mediese etiek nie, maar behoort inherent in die teoretiese kennis en praktiese toepassing in Verpleging te reflekteer (Thompson, *et al.*, 2006:9). Etiek vorm verder deel van beide emosionele intelligensie en professionele identiteit en daarom moet studente hieroor onderrig te word.

Etiek kan as 'n praktiese wetenskap gesien word aangesien dit in die praktyk tot uiting moet kom en dit verpleegkundiges moet lei om goed-deurdagte besluite te kan neem (Thompson, *et al.*, 2006:11). Dit is nie moontlik om die volle omvang van etiek in hierdie studie te beskryf nie, daarom word slegs enkele algemene etiese teorieë, - beginsels, - kodes, dilemmas en besluitneming beskryf.

4.10.3.1 Etiese teorieë

Verskillende etiese teorieë is ontwikkel en nie almal word deur filosowe of etici aanvaar nie. Verskillende etiese teorieë word in verskillende praktika situasies gebruik en daarom behoort studente van die mees algemene teorieë kennis te dra. Algemene voorbeelde van etiese teorieë is utilitarisme, deontologie en deugde- of karakteretiek ("virtue ethics") (Chitty, 2001:483; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19).

4.10.3.1.1 Utilitarisme

Hierdie teorie bepaal dat etiese regverdiging van aksies deur die situasies waarin dit toegepas word, bepaal word. Die gebruik van triage in 'n noodgeval is 'n voorbeeld van utilitarisme: persone se fisieke toestand word beoordeel en dié wat die meeste beseer is, word eerste behandel (Chitty, 2001:483-484).

4.10.3.1.2 Deontologie

Hierdie teorie word verder verdeel in aksie-deontologie en reëls-deontologie. Wanneer die teorie van aksie-deontologie toegepas word, sal inligting rondom 'n situasie ingesamel en hivolgens besluit word wat die regte besluit is om te neem.

In reëls-deontologie word reëls gestel ten einde aksies te rig en dié reëls moet **altyd** toegepas word, ongeag van wat die situasie is. Reëls-deontologie word

dikwels in Verpleging toegepas, maar dit moet nie verabsoluteer word nie. Voorbeelde van reëls-deontologie in Verpleging is die vereiste dat 'n pasiënt nie skade aangedoen moet word nie. Indien 'n pasiënt vir operasie moet gaan, gaan daar “skade” aangedoen word, deur die snit wat gemaak moet word. Dit is egter nodig om die “skade” van die snit gedoen word ten einde die pasiënt te laat gesond word (Chitty, 2001:483-484). Die voorbeeld dui aan dat reëls-deontologie nie in Verpleging verabsoluteer kan word nie.

4.10.3.1.3 Deugde- of karakteretiek

Deugde- of karakteretiek fokus op 'n morele agent, wat 'n persoon is wat verantwoordelik is om te besluit hoe om algemene morele beginsels in spesifieke situasies toe te pas sodat die gewenste resultate verkry kan word (Thompson, *et al.*, 2006:343). Die klem van hierdie teorie is gerig op die kwaliteit van resultaat wat verkry is. Die kwaliteit van die resultaat hang af van die integriteit en bevoegdheid van die morele agent. Dit beteken dat, indien die morele agent in een of ander mate onbevoeg is, die resultate nie bevredigend gaan wees nie.

4.10.3.2 Etiese beginsels

Etiese beginsels help met besluitneming in gegewe situasies en daarom moet studente hieroor só onderrig word dat hulle dit prakties kan toepas (Arries, 2005:65). Die volgende is etiese beginsels wat op Verpleging van toepassing is en wat op só 'n wyse aan studente geleer moet word dat hulle dit in samehang met hulle diverse kultuuriëntasies kan internaliseer.

4.10.3.2.1 Respek vir die outonomie van mense

Outonomie of selfbeskikking beteken om 'n berekende, onafhanklike beoordeling te maak ten einde 'n gewenste uitkoms te bereik (Keenan, 1999:561). Ten einde hierdie beginsel na te kom moet verpleegkundiges ander persone, wat pasiënte,

studente, kollegas en ander spanlede kan wees, se opinies en besluite respekteer. Een voorwaarde ten opsigte van respek vir ander persone se besluite is dat daardie besluite nie tot nadeel van ander persone mag wees nie (Davis, *et al.*, 2006:59; Thompson, *et al.*, 2006:179-180; Chitty, 2001:484, 486; Ellis & Hartley, 2001:347; Mulaudzi, *et al.*, 2001:26).

Verskillende ander etiese konsepte kan by hierdie beginsel van toepassing wees, soos byvoorbeeld doen van pasiënt voorspraak en die gee van ingeligte toestemming.

4.10.3.2.2 Om aan ander goed te doen en skade te vermy

Professionele verpleegkundiges behoort te alle tye só op te tree dat die belang van ander bevorder sal word en dat skade vermy of voorkom sal word (Davis, *et al.*, 2006:59; Thompson, *et al.*, 2006:54-55; Chitty, 2001:486-488; Ellis & Hartley, 2001:384-385; Mulaudzi, *et al.*, 2001:27-28).

Hierdie beginsel impliseer dat 'n persoon die waarheid sal praat, integriteit sal hê en dat ander mense se regte respekteer sal word. Verskillende regte van persone word onderskei, soos byvoorbeeld die reg tot kultuur relativisme; reg tot selfbeskikking of outonomie, die reg om ingelig te word; die reg om behandeling en sorg te ontvang en die reg tot privaatheid (Thompson, *et al.*, 2006:53; Ellis & Hartely, 2001:345; Mulaudzi *et al.*, 2001:26; Pera & van Tonder, 1996:25).

In die algemene spreektaal word "regte" dikwels (verkeerdelik) gesien as iets wat aan 'n individu of groep, op grond van 'n wetlike, morele of etiese basis *geskuld* word. So 'n persepsie is kortsigtig, aangesien *veranwoordelikheid* altyd aan regte gekoppel is (Muller, 2000:179) en dit dus nie *geskuld* word nie.

Die beginsel om goed te doen en skade te vermy mag eenvoudig lyk om te implementeer, maar dit kan tot etiese dilemmas aanleiding gee. Een van die

moeilike vraagstukke rondom hierdie beginsel is wie moet besluit wat “goed doen” beteken of andersom, wat “skade” beteken (Arries, 2005:67). Indien ‘n pasiënt byvoorbeeld om geloofsredes nie ‘n bloedtransfusie wil ondergaan nie, is die weerhouding van die transfusie “goed doen” in terme van die pasiënt. Indien weerhouding van die transfusie egter die pasiënt se lewe sal kos, sal die verpleegkundige die pasiënt “kwaad aandoen” indien sy dit nie toedien nie.

Toepassing van hierdie beginsel is dus geensins eenvoudig nie. Studente moet, wanneer hulle in die praktyk of in gesimuleerde situasies aan sulke insidente blootgestel word, begelei word ten einde die kompleksiteit te verstaan en toepaslike besluite te kan neem.

4.10.3.2.3 Beginsel van regverdigheid

Regverdigheid impliseer ook om billik teenoor mense te wees. Billike hantering van pasiënte beteken dat pasiënte, ongeag, geloof, kultuur of oortuigings dieselfde hanteer en versorg moet word (Davis, *et al.*, 2006:59; Thompson, *et al.*, 2006:53-54; Chitty, 2001:485; Ellis & Hartley, 2001:349-350; Mulaudzi, *et al.*, 2001:28).

Aanspreeklikheid word aan regverdigheid gekoppel. Ten einde regverdige verpleegsorg te lewer, moet verpleegkundiges vir hulle optrede en besluite aanspreeklik gehou te kan word (Muller, 2002:53; Searle, 2000:102).

Die begrip “regverdig” is egter baie wyd en kan aanleiding gee tot etiese dilemmas. Vraagstukke soos of dit regverdig is om baie duur operasies, soos byvoorbeeld hartoorplantings, te doen waar slegs een persoon bevoordeel word, teenoor ‘n groter hoeveelheid voorkomende dienste wat met dieselfde hoeveelheid geld gelewer kan word, is een voorbeeld van ‘n dilemma geassosieer met regverdigheid.

4.10.3.3 Etiese kodes

Verskillende terme ten opsigte van kodes word in die spreektaal gebruik en dit veroorsaak verwarring (Esterhuizen, 2006:105; Thompson, 2002:523). So byvoorbeeld word daar na 'n etiese kode vir Verpleging, 'n kode vir professionele praktyk, 'n kode vir professionele optrede of 'n kode vir etiese praktyk verwys. 'n Kode vir professionele praktyk is 'n stelsel van beginsels en reëls waardeur 'n professie die lede se praktyk reguleer. Kodes kan etiese beginsels en standaarde insluit wat die etiese oriëntasie ten opsigte van praktyk kan bevorder (Esterhuizen, 2006:105; Pattison, 2001:intyds). Indien 'n professie oor goeie wetlike regulering beskik (Verpeet *et al.*, 2005:189) wat ook waardes insluit, kan die rol van etiese kodes as reguleringsmaatreël bevraagteken word.

Etiese kodes kan ook op 'n eng wyse as net die nakoming van reëls en regulasies gesien word (Esterhuizen, 2006:109; Meulenbergs *et al.*, 2004:332; Thompson, 2002:528; Doane, 2002:522; Searle, 2000:97) en sodoende veroorsaak dat lede dit uit vrees vir straf nakom. Dit kan daartoe lei dat onprofessionele gedrag nie aangemeld word nie en etiese gedrag dus nie bevorder word nie (Esterhuizen, 2006:109; Pattison, 2001:intyds). Etiese kodes wat op dié wyse aangewend word, word dus meganismes van beheer en verloor hulle eintlike doel (Meulenbergs, *et al.*, 2004:334; Doane, 2002:522).

Die oorspronklike funksie van etiese kodes was om etiese, aanspreeklike optrede en vorming van professionele identiteit deur middel van professionele sosialisering te bevorder, asook om verpleegkundiges te help om hulle praktyk af te baken (Esterhuizen, 2006:104; Verpeet, *et al.*, 2005:191; Pattison, 2001:intyds; Meulenbergs, *et al.*, 2004:332).

Daar bestaan verskeie etiese kodes, soos byvoorbeeld die Florence Nightingale-gelofte, die International Council of Nurses Code en in Suid-Afrika, die Diensgelofte van S.A. Verpleegkundiges (Searle, 2000:98). Verpleegkundiges

kan sonder nakoming van etiese kodes funksioneer, maar aanspreeklikheid van hulle praktyk berus dan op hulle eie persoonlike en sosiale norme. Sulke verpleegkundiges ontwikkel ook nie 'n professionele identiteit nie (Esterhuizen, 2006:109-110).

Kodes kan ook dien as riglyn in besluitneming (Thompson, 2002:526). Dit blyk egter dat verpleegkundiges nie etiese kodes in die praktyk gebruik of daarna verwys wanneer etiese besluitneming gedoen moet word nie (Esterhuizen, 2006:108; Verpeet, *et al.*, 2005:189). 'n Rede hiervoor mag wees dat verpleegkundiges nie die doel van etiese kodes begryp en dit internaliseer nie (Searle, 2000:97).

Toepassing van kodes kan nie individuele besluitneming of die etiese sensitiwiteit van die verpleegkundige vervang nie. Die klem in onderrig moet dus nie op die kodes as sulks val nie, maar die gebruik hiervan om professionele identiteit te vorm (Meulenbergs, *et al.*, 2004:335). Studente moet die geleentheid gebied word om etiese kodes prakties toe te pas (Esterhuizen, 2006:109). Indien laasgenoemde nie gedoen word nie, sal studente etiese kodes slegs as nog 'n stel reëls ervaar.

4.10.3.4 *Etiese dilemmas*

'n Etiese dilemma ontstaan wanneer daar 'n keuse uitgeoefen moet word tussen twee ewe goeie of slegte situasies (Davis, *et al.*, 2006:72; Muller, 2002:75; Chitty, 2001:290-494; Ellis & Hartley, 2001:344; Mulaudzi, *et al.*, 2001:130). Aangesien Verpleging met mense te make het, kan dit verwag word dat verpleegkundiges met etiese dilemmas gekonfronteer sal word (Chitty, 2001:490).

Hierdie dilemmas verskil van kultuur tot kultuur. In sommige kulture gaan etiese dilemmas oor outonomie en aanspreeklikheid, terwyl dit in ander na wanpraktyk, die aanmelding daarvan, asook werksomstandighede verwys (Esterhuizen,

2006:106). Studente moet dus hieroor uit verskillende oogpunte onderrig word (Gastmans, 2002:intyds; Chitty, 2001:480). Die onderrig hiervan moet nie net op kennis en begripvlak onderrig word nie, maar studente moet gelei word om dit ook in die praktyk te kan toepas (Gastmans, 2002:intyds).

Etiese dilemmas behoort met behulp van etiese beginsels of etiese waardes hanteer te word (Verpeet, *et al.*, 2005:185) en hiervoor moet die dilemma in professionele terme gedefinieer word. Dit blyk egter dat nie alle verpleegkundiges in staat is om laasgenoemde te kan doen nie, maar eerder 'n dilemma se simptome, soos byvoorbeeld frustrasie, uitbrandingsindroom en verminderde werksbevrediging, identifiseer (Esterhuizen, 2006:106). Dit laat 'n vraag ontstaan of die wyse waarop onderrig ten opsigte van etiese dilemmas korrek en effektief plaasvind.

4.10.3.5 Etiese besluitneming

Elke verpleegkundige behoort 'n deurdagte basis te hê waarop hulle hul etiese besluitneming rig en waarin die perspektiewe van die betrokkenes gerespekteer word (Chitty, 2001:489; Ellis & Hartley, 2001:354). Die gebruik van etiese beginsels en/of etiese kodes voorsien 'n basis vir sodanige besluitneming, maar daar kan ook van 'n raamwerk vir etiese besluitneming gebruik gemaak word (Chitty, 2001:499).

'n Raamwerk vir etiese besluitneming behels die volgende stappe, naamlik identifisering en uitklaring oor wat die etiese probleem is; insameling van toepaslike data; identifisering van verskillende opsies; keuse van een opsie en toepassing daarvan. Laastens moet die uitkoms evalueer word (Chitty, 2001:499; Ellis & Hartley, 2001:368-370).

Etiese besluitneming word vooraf gegaan deur etiese beredenering en laasgenoemde betrek persoonlike waardes en oortuigings (Allmark, 2005:618).

Dit is dus nodig dat studente hulle eie waardes en oortuigings ken ten einde etiese beredenering en –besluitneming te kan doen.

Ondanks die feit dat etiek in bogenoemde onderafdelings verdeel kan word en in die verlede só in onderafdelings onderrig is, word dit voorgestel dat onderrig liever op 'n meer persoonlike en humanistiese wyse onderrig moet word. Etiek vorm deel van elke persoon elke dag en daarom moet dit nie as 'n stel reëls of net bestaande uit etiese dilemmas gesien word nie, maar as deel van elkeen se morele persepsie van die lewe. Dit moet verkieslik ook so onderrig word (Doane, 2002:522).

4.11 ONDERRIG IN SUID-AFRIKA

Onderrig in Suid-Afrika het die afgelope dekade radikale verandering ondergaan. Die Suid-Afrikaanse Kwalifikasies Owerheid (“SAQA”) het as beheerliggaam van onderrig tot stand gekom en deur SAQA is verskeie ander strukture, soos onder andere, die Nasionale Kwalifikasies Raamwerk (“NQF”) (Maree & Fraser, 2004:164; van Rooyen & Prinsloo, 2003:6; Vasuthevan & Viljoen, 2003:4-5; Muller, Bezuidenhout & Jooste, 2006:326) gestig.

Nog 'n belangrike verandering is die implementering van 'n ander nasionale onderrigbenadering, Uitkomsgebaseerde Onderrig en Opleiding (UGOO of “Outcomes based education and training: OBET”) (Maree & Fraser, 2004:164; Mellish, *et al.*, 2001:88, Jacobs, Gawe & Vakalisa, 2000:4). Hierdie veranderinge raak ook die onderrig van Verpleging, aangesien alle Verplegingsprogramme aan SAQA vereistes moet voldoen en by die NQF geregistreer moet word. Onderrig in Verpleging en in [Etos en] Professionele Praktyk moet nou volgens die Uitkomsgebaseerde onderrig-benadering geskied.

4.11.1 Uitkomsgebaseerde Onderrig en Opleiding (UGOO)

In UGOO is die fokus nie op weergee van inhoud gerig nie, maar op bemeestering van die leerprosesse gekoppel aan bereiking van die uitkomste, sowel as die bemeestering van toepaslike inhoud en vaardighede (Maree & Fraser, 2004:7; van Rooyen & Prinsloo, 2002:17-18; van der Horst, & McDonald, 2001:5).

4.11.1.1 Kenmerke van UGOO

UGOO verskil van dié van die tradisionele doelwitgebaseerde onderrig in terme van die volgende:

4.11.1.1.1 Bereiking van uitkomste

In UGOO word gepoog om uitkomste in plaas van doelwitte te bereik (van der Horst, & McDonald, 2001:5). Dié uitkomste fokus op die aanleer van kennis, vaardighede asook waardes en houdings. Die kriteria vir uitkomste sowel as assessering word duidelik in standarde beskryf (van Rooyen & Prinsloo, 2002:17). Twee tipes uitkomste word in die Suid-Afrikaanse UGOO-model voorgestel, naamlik kritiese (kruis-veld)- en spesifieke uitkomste.

Kritiese (kruis-veld) uitkomste is breë generiese uitkomste wat in alle leervelde voorkom, terwyl spesifieke uitkomste op spesifieke professies of leervelde gerig is. Spesifieke uitkomste word ook “sleuteluitkomste” of “essensiële uitkomste” genoem (van Rooyen & Prinsloo, 2003:22; Jacobs, *et al.*, 2000:34-35).

Kritiese (kruis-veld) uitkomste

Die insluiting van kritiese (kruis-veld) uitkomste, (hierna net kritiese uitkomste genoem) by alle onderrigprogramme is uniek aan UGOO in Suid-Afrika. Die

doel van hierdie uitkomst is om aan alle persone die geleentheid te bied om basiese kennis, vaardighede en houdings te ontwikkel wat in die alledaagse leefwêreld toegepas kan word (van der Horst, & McDonald, 2001:49; Jacobs, *et al.*, 2000:35-36). Die bereiking van hierdie kritiese uitkomst help ook met die holistiese ontwikkeling van 'n persoon.

Jacobs *et al.*, (2000:36-47) onderskei tussen 7 **werklike** kritiese uitkomst wat in alle onderrigprogramme ingesluit **moet** word en 5 **opsionele** kritiese uitkomst, wat nie verpligtend in alle onderrigprogramme ingesluit moet word nie, maar wat op self-ontwikkeling gerig is (van Rooyen & Prinsloo, 2003:22). Hierdie opsionele kritiese uitkomst help studente om insig te bekom en is gerig op ontwikkeling van persepsies en houdings.

Die werklike kritiese uitkomst vereis dat studente die volgende bemeester:

- identifiseer en oplos van probleme op deur gebruik te maak van kritiese en kreatiewe denke,
- effektiewe samewerking in 'n span,
- organisering en hantering van hulleself en eie aktiwiteite,
- insameling van, ontleding, organisering en kritiese evaluering van inligting.
- effektiewe kommunikasie deur middel van visuele-, wiskundige- en of taalvaardigheid in mondelinge of geskrewe formaat,
- effektiewe en kritiese gebruik van wetenskap en tegnologie en 'n verantwoordelikheid teenoor die omgewing en gesondheid van ander te toon en
- om begrip vir die wêreld as 'n stel van verwante sisteme te demonstreer, deur te verstaan dat die probleemoplossing konteks nie in isolasie plaasvind nie (Vasuthevan & Viljoen, 2003, 52; van Rooyen & Prinsloo, 2003:22; van der Horst, & McDonald, 2001:49-50; Jacobs, *et al.*, 2000:37; le Grange & Reddy, 1998:8).

Al hierdie kritiese uitkomst is van toepassing by ontwikkeling van emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit.

Die opsionele kritiese uitkomstevereis dat studente die volgende sal kan doen:

- Onderzoek instel en reflekteer op 'n verskeidenheid van strategieë ten einde beter te kan leer,
- As verantwoordelike burger deelneem in die plaaslike en nasionale gemeenskapslewe,
- kultureel en esteties sensitief te kan wees ten opsigte van sosiale kontekste,
- Onderrig- en beroepsgeleenthede kan ondersoek,
- Entrepreneursvaardighede ontwikkel (van Rooyen & Prinsloo, 2003:22; van der Horst, & McDonald, 2001:50; Jacobs *et al.*, 2000:36-47).

Hierdie uitkomstevereis is hoofsaaklik gerig op die vorming van emosionele intelligensie, maar bevat ook uitkomstevereis relevant tot ontwikkeling van professionele identiteit.

4.11.1.1.2 Studentgesentreerde leer

'n Volgende kenmerk van UGOO is studentgesentreerde leer en die doen van leeraktiwiteite (van Rooyen & Prinsloo, 2003:17; Mellish, *et al.*, 2001:88; van der Horst, & McDonald, 2001:5). Aktiewe studentebetrokkenheid by leer moet gefasiliteer word (Quinn, 2001:54). Ten einde [Etos en] Professionele Praktyk te kan internaliseer sodat dit deel van studente se professionele identiteit vorm, moet hulle dus aktief by die leerproses betrokke wees.

4.11.1.1.3 Ontwikkeling van volle potensiaal

Met UGOO word leerders aangemoedig en toegelaat om tot hul volle potensiaal te ontwikkel. Dit word aangeneem dat, indien leerders suksesvol is, hulle selfvertroue sal toeneem (van der Horst, & McDonald, 2001:5-6).

Hierdie kenmerk van UGOO is nodig vir die vorming van beide emosionele intelligensie asook professionele identiteit, aangesien die ontwikkeling van laasgenoemde bydra tot die ontwikkeling van die volle potensiaal van 'n individu.

4.11.1.2 Voordele verbonde aan UGOO

Met UGOO word uitkomst en standaard vooraf opgestel en weet studente dus vooraf wat van hulle verwag word (le Grange & Reddy, 1998:7).

Studente kan ook selfassessering doen omdat die assesseringskriteria aan die studente beskikbaar gestel word. 'n Ander voordeel is dat daar onderhandel kan word oor hoe leeruitkomst bereik gaan word.

Vir die lektrise hou UGOO die voordele in dat leergeleenthede vooraf beplan kan word ten einde maksimum blootstelling aan studente te voorsien. Die effektiwiteit van die onderrig kan teenoor die gestelde uitkomst gemeet word. Daar kan verder gedeelde verantwoordelikheid vir leer bekom word deur alle betrokke rolspelers by die opstel van standaard asook die onderrig van die studente te betrek (van Rooyen & Prinsloo, 2003:18).

Met implementering van UGOO sal studente dus vooraf weet watter uitkomst hulle in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk moet bereik. Hulle sal hulle vordering self kan assessee en hulle sal met die lektrise kan onderhandel oor watter bewyse, ten opsigte van die leer wat plaasgevind het, ingedien moet word.

Die lektrise sal vooraf saam met die verskillende rolspelers in die praktyk (gemeenskap en/of kliniese praktyk) sowel as onderriginstansie leergeleenthede vir maksimale blootstelling van studente ten opsigte van Professionele Praktyk, kan identifiseer. Sy sal ook verskillende rolspelers betrek in die opstel van uitkomst en onderrig van die studente.

4.11.1.3. Nadele van UGOO

Die Suid-Afrikaanse Kwalifikasies Owerheid (“SAQA”) is deur middel van die Nasionale Kwalifikasies Raamwerk (“NQF”) verantwoordelik vir die ontwikkeling van onderrig- en opleidingstandaarde (Maree & Fraser, 2004:164; van Rooyen & Prinsloo, 2003:6; Vasuthevan & Viljoen, 2003:4-5; Muller, *et al.*, 2006:326). Daar word ook ander strukture soos die Nasionale Standaard Liggame (“NSB”) en die Standaard Genereringsliggame (“SGB”) by die opstel van standaarde betrek.

Kwaliteitsversekering van onderrig en opleiding word deur liggame soos die Hoër Onderwys Kwaliteitsversekeringskomitee (“HEQA”) en Onderrig en Opleiding kwaliteitsversekeringsliggame (“ETQA’S”) bevorder. Ten opsigte van Verpleging, is die SARV as “ETQA” ge-akkrediteer, wat beteken dat die SARV onderrig uitkomst en standaard vir al die programme in Verpleging moet daarstel (Maree & Fraser, 2004:166; van Rooyen & Prinsloo, 2003:13).

Kurrikulae en gepaardgaande standaard moet nou ‘n langer pad volg ten einde akkreditasie by die “NQF” te bekom. Dit het meegebring dat die uitkomst en standaard wat in die Geïntegreerde vierjaar Verpleegkundeprogram, asook [Etos en] Professionele Praktijk toegepas moet word, nog nie gefinaliseer is nie. Die afgelope 5 jaar is die vordering van stel van hierdie standaard by FUNDISA-vergaderings bespreek, maar dit is nog steeds nie beskikbaar nie.

Die wyse waarop kwaliteitsversekering volgens hierdie stelsel toegepas gaan word, is ‘n voordeel vir onderrig, maar die lang proses wat gevolg moet word is daarteenoor ‘n nadeel.

Uitkomstgebaseerde Onderrig en Opleiding hou tyds- en finansiële implikasies in, aangesien baie meer verskillende rolspelers en prosesse by die akkreditasie van

'n program asook by die ontwikkeling van standarde en uitkomste daarvan betrokke is voordat die program geïmplementeer kan word.

'n Ander nadeel is dat uitkomste bereik moet word waaraan daar nie punte toegeken word nie. Daar word dus nie voorsiening vir uitmuntende prestasie van studente gemaak nie (van Rooyen & Prinsloo, 2003:18). Top presteerders word dus nie geïdentifiseer nie en dit kan lei tot ontmoediging van hierdie studente.

4.11.2 Gemeenskapsgebaseerde onderrigbenadering (GBO)

Die konsepte Gemeenskapsgebaseerde onderrig (GBO) en Gemeenskapsgeörienteerde onderrig word dikwels foutiewelik as dieselfde konsep gesien. Met GBO vind onderrig hoofsaaklik in 'n gemeenskap plaas in plaas van in 'n lesinglokaal of hospitaal. Indien meer as 50% van 'n kurrikulum se leerervaring in 'n **gemeenskap** plaasvind, word die onderrigbenadering as GBO gesien, anders is dit 'n Gemeenskapsgeörienteerde benadering (Mitshali, 2005:6).

In geval van 'n Gemeenskapsgeörienteerde benadering vind onderrig nie noodwendig in 'n gemeenskap plaas nie, maar is die uitkomste op gesondheidsbehoefte en –probleme wat in 'n spesifieke gemeenskap bestaan, gerig (Mitshali, 2005:6).

GBO is 'n onderrigbenadering wat dikwels in kombinasie met probleemgebaseerde leer gebruik word, omdat die infrastruktuur vir probleemgebaseerde onderrig deur gemeenskapsgebaseerde onderrig geskep kan word.

Met GBO word die gemeenskap as leeromgewing gebruik en die oorkoepelende doelwit is dat die gemeenskap deur die leer bevoordeel moet word. Verder is die onderrigpersoneel, studente, gemeenskapslede en ander rolspelers soos van toepassing, almal by die onderrig van die studente betrokke. (Mellish, *et al.*, 2001:100).

4.11.2.1 Voordele van Gemeenskapsgebaseerde leer

Gemeenskapsgebaseerde leer hou die volgende voordele in:

- Die gemeenskap word deur die leer bevoordeel,
- Die studente word aan werklike lewensituasies blootgestel en kan dus ervaring van aspekte van emosionele intelligensie, soos kommunikasie, empatie en hantering van konflik eerstehands opdoen.
- Studente word ook aan die gemeenskap en verpleegkundige waardes blootgestel, wat etiese aspekte soos betoning van respek, altruïsme, integriteit en handhawing van menswaardigheid bevorder (Mtshali, 2005:10), wat nodig is vir die vorming van emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit.
- Interaksie tussen die studente onder mekaar, sowel as tussen die studente en die gemeenskapslede word bevorder en hierdie is 'n belangrike aspek van emosionele intelligensie.

4.11.2.2 Nadele verbonde aan GBO:

Die volgende nadele word aan GBO gekoppel:

- Dit is nie altyd moontlik om onmiddellik terugvoer ten opsigte van die situasie aan die student(e) te gee nie, want die situasie mag by 'n persoon aan huis voorkom. Die terugvoer word dus uitgestel en soms nooit gedoen nie, wat leer sodoende benadeel.
- GBO berus verder op 'n een-tot-een-interaksie tussen lektrise en student. Een lektrise kan so 'n een-tot-een-interaksie met 'n beperkte getal studente sinvol volhou. GBO impliseer dus noodwendig dat meer lektrises by 'n groep studente betrokke moet wees.

- Dit hou finansiële implikasies in wanneer die gemeenskap waarin die leer moet plaasvind, nie naby die onderriginstansie is nie en studente heen en weer moet reis.

Gemeenskapsgebaseerde onderrig stel studente onder andere bloot aan lewensituasies, waardes, norme en etiek en dit bevorder spanwerk. Studente se emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit kan dus effektief deur middel van Gemeenskapsgebaseerde onderrig ontwikkel.

4.12 HUIDIGE ONDERRIGTEGNIKE

Die klem in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk behoort op die vorming van studente se emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit te val (Süreyya, 2005: intyds; Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3-4; Öhlen & Segesten, 1998:726). Onderrigtegnieke wat dus geselekteer word moet studente kan help om hulle eie kultuur en waardes, sowel as die Verplegingskultuur en waardes te kan identifiseer. Dit moet studente ook help om 'n eie lewens- en Verplegingsfilosofie te selekteer en etiese beginsels te kan toepas. Verder moet dit by die X- en Y-generasie student se leerbehoeftes aanpas (Adams, *et al.*, 2006:58; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Pask, 2005:intyds; Rognstadt, Nortveld & Aaslan, 2004:intyds; Muller, 2002:66; Pask, 2003:170-171; Chitty, 2001:177; 479-480; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Searle, 2000:96; Howkins & Evens, 1999:41; SANC. "Draft Charter of Nursing Practice". September 2004).

Tydens interkollegiale gesprekvoering met ander lektrises betrokke by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk, het die navorser waargeneem dat die volgende tegnieke tans algemeen in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik word: die lesingmetode, bespreking, blootstelling van studente aan sprekers, selfgerigte leer en die uitvoer van opdragte.

Duidelikhedsontholwe is onderrigtegnieke eers afsonderlik en daarna
assessering as 'n aparte deel beskryf.

4.12.1 Lesingstegniek

Daar moet onderskei word tussen 'n lesing as formele aanbieding van onderrigmateriaal deur 'n lektrise en die blote voordrag van inligting aan 'n groep mense. Laasgenoemde bevat elemente van 'n lesing, maar is nie 'n lesing nie. Die blote aanbied en/of voorlesing van feite of inligting uit boeke deur 'n persoon is ook nie 'n formele lesing nie (Mellish, *et al.*, 2001:101).

'n Lesing is 'n formele proses waarin goedbeplande onderrigmateriaal aan 'n groep mense oorgedra word. Die seleksie van die onderrigmateriaal word doelbewus só gedoen dat dit leer tot gevolg het. Die lektrise bied die inhoud kontinuerend in 'n gegewe tydperk aan en die persone wat luister mag passief luister of hulle kan notas afneem (Mikol, 2005:intyds).

Hierdie tegniek sowel as doen van werkstukke, betrek hoofsaaklik die kognitiewe vlak van kennis (Calman, Watson, Norman Redfern & Murrells, 2002:523; Mikol, 2005:intyds), maar goed beplande besprekings, gekoppel aan dié tegniek kan ontwikkeling van besluitneming bevorder (Gastmans, 2002:intyds; Doane, 2002:521).

4.12.1.1 Voordele van die lesingtegniek

Die voordele verbonde aan die lesingtegniek is dat dit vir die lektrise ekonomies ten opsigte van tyd is, aangesien groot groepe studente tegelykertyd bereik kan word. Met gebruik van interaktiewe kommunikasie-stelsels soos wat in

Elektroniese media leer (e-leer) gebruik word, kan studente in verskillende dorpe op dieselfde tydstip aan dieselfde lesing blootgestel word.

'n Ander voordeel is dat die tydskedule aanpasbaar is. 'n Lesing kan enige tyd aangebied word aangesien dit nie afhanklik is van byvoorbeeld die beskikbaarheid van 'n spesifieke pasiënt of tegniek nie.

Spesiale eienskappe van lektrises, soos byvoorbeeld gespesialiseerde kennis van [Etos en] Professionele Praktyk of ander spesialiteitsareas kan effektief aan 'n groot groep studente, veral deur E-leer, beskikbaar gestel word.

4.12.1.2 Nadele verbonde aan hierdie tegniek

Studente is meestal passiewe toehoorders tydens lesings en minder as 'n kwart van die inhoud wat aangebied word, word onthou aangesien versterking van leer nie plaasvind nie (Quinn, 2001:338). 'n Ander nadeel is dat hierdie tegniek nie ontwikkeling van emosies, gevoelens en houding aanspreek soos vereis word by die ontwikkeling van professionele identiteit nie (Gastmans, 2002:intyds).

Alhoewel daar gewoonlik na afloop van 'n lesing tyd gelaat word waarin vrae gevra en beantwoord kan word, laat dié metode nie werklike interaktiewe deelname toe nie.

Hierdie tegniek bevorder in die algemeen ook nie kritiese denke of probeemoplossing nie (Banning, 2005:intyds; Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:101-104) en 'n verdere nadeel is dat dit nie voorsiening maak vir individuele tempo's van leer nie.

4.12.1.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.

Die lesingtegniek is koste-effektief en kan gebruik word om leerstof op te som, uit te klaar of om onderrig wat plaasgevind het, te hersien (Davis, *et al.*, 2006:225; Mellish, *et al.*, 2001:101-104).

Aangesien onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk op die ontwikkeling van studente se professionele identiteit gerig behoort te wees wat, onder andere, kritiese denke vereis (Doane, 2002:522), moet die lesingtegniek nie deurlopend of as enigste tegniek gebruik word nie (Davis, *et al.*, 2006:225).

4.12.2 Bespreking

Besprekings kan verskillende vorms aanneem, soos byvoorbeeld groepsbespreking, waar die grootte van die groepe kan wissel van 'n hele klas tot pare van studente. Met beplande groepbesprekings kan studente se kritiese denke en probleemoplossingvermoë bevorder word (Raymond & Profetto-McGrath, 2005:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:118). Die hoofdoel van besprekings is om deelname van studente en uitruil van persepsies te bewerkstellig (Gastmans, 2002:intyds; Doane, 2002:521).

Ten einde groepbesprekings sinvol te laat plaasvind, moet die groepgrootte nie meer as 10-15 persone beslaan nie en moet hulle in aangesig tot aangesig kontak met mekaar kan wees (Quinn, 2001:55). Die lokale waarin die besprekings plaasvind moet dus ook hiervoor geskik wees. Dit is verder belangrik om daarop te let dat 'n groepbespreking nie op lukraak wyse moet plaasvind nie, maar dit moet tot 'n doel lei, naamlik vir leer om plaas te vind (Mellish, *et al.*, 2001:117).

Kleiner groepbesprekings leen hul daartoe dat emosies en bekommernis ten opsigte van situasies of onderwerpe bespreek kan word. Dit verg egter dat 'n vertrouensverhouding tussen die studente en lektrise vorm sodat daar openheid van die groeplede kan wees (Mikol, 2005:intyds). Die deel van ervarings help studente met die vorming van emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit (Grainger & Bolan, 2006:intyds).

4.12.2.1 *Voordele verbonde aan dié tegniek*

Groepbesprekings kan ontwikkeling van kritiese denke, probleemoplossing en uitbreiding van kennis tot gevolg hê (Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:118). Studente kan deur hierdie tegniek aanmoedig word om vir hulself te dink, vertrou in hulle idees kry en gemaklik voel om idees uit te ruil. Hierdie aksies is nodig ten einde emosionele intelligensie sowel as 'n professionele identiteit te ontwikkel.

4.12.2.2. *Nadele van die tegniek*

Een nadeel van groepbesprekings is dat die studente van die punt van bespreking kan afdwaal. In besprekings kan gevind word dat sommige studente die situasie oorheers en ander nie aan die bespreking deelneem nie. Die rol van die groepleier in die hou van die bespreking by die onderwerp, sowel as versekering dat alle studente die geleentheid kry om deel te neem, is dus onontbeerlik by hierdie proses (Mellish, *et al.*, 2001:117-118).

4.12.2.3 *Groepleier*

Aanvanklik kan die lektrise as groepleier optree ten einde die besprekingsproses te vestig. Nadat die proses gevestig is, moet studente egter op roterende basis

as groepleier optree. Dit sal hulle help om leiding te neem en sodoende hul leierskapvaardighede te ontwikkel (Mellish, *et al.*, 2001:117-118).

Dit is egter noodsaaklik dat 'n groepleier oor voldoende kennis van die onderwerp van bespreking beskik sodat sy die deelnemers op die onderwerp gefokus kan hou en sy ook addisionele inligting kan bygevoeg soos nodig (Mellish, *et al.*, 2001:117-118; Quinn, 2001:55).

4.12.2.4 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Vorming van professionele identiteit, ontwikkeling van kritiese denke, beredenering en uitruil van idees en opinies kan deur middel van besprekings bevorder word. Hierdie tegniek is dus waardevol in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk. Dit moet egter deeglik beplan word en nie op lukraak of sosiale wyse plaasvind nie.

4.12.3 Sprekers

Individuele gesagsfigure wat studente toespreek kan 'n waardevolle bydrae tot die ontwikkeling van hulle professionele identiteit lewer. Die voor- en nadele hiervan is soortgelyk aan die van die lesingtegniek.

4.12.4 Seminare

'n Seminaar is die byeenkoms van 'n groot groep studente met die doel om 'n onderwerp of onderwerpe te bespreek of om praktiese inoefening te doen, onder leiding van 'n lektreiser. 'n Seminaar word ook beskryf as 'n byeenkoms van ervare persone en deskundiges in 'n bepaalde vakgebied, wat gelei word deur een of meer deskundige (Mellish, *et al.*, 2001:127; Quinn, 2001:371). Daar word

voorsienning gemaak vir die toehoorders om aan die gesprek deel te neem (Odendal & Gouws, 2005:988).

4.12.4.1 Voordele van seminare

'n Groot voordeel verbonde aan 'n seminaar is dat 'n groot groep persone (studente) gelyktydige blootstelling aan ervare en kundige persone se kennis en opinies kan verkry.

4.12.4.2 Nadele geassosieër met seminare

Hierdie tegniek verg egter baie organisering en daar is gewoonlik kostes verbonde aan die aanbied van 'n seminaar. 'n Verdere nadeel is dat die studente passiewe luisteraars kan wees en nie effektief leer nie (Mellish, *et al.*, 2001:126-127).

4.12.4.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Hierdie tegniek kan van onskatbare waarde vir die vorming van studente se professionele identiteit sowel as emosionele intelligensie wees aangesien hulle aan hierdie buitepersone se persepsies ten opsigte van onderwerpe blootgestel word. Daar bestaan soveel kundiges ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk in Verpleging sowel as verwante professies dat die hou van seminare baie effektief toegepas kan word.

4.12.5 Simposia

'n Simposium bestaan uit verskillende sprekers wat wetenskaplike gedagtewisseling oor dieselfde onderwerp mondeling of in 'n tydskrif inlei (Odendal & Gouws, 2005:1000). Die onderwerp kan in verskillende

onderafdelings verdeel word en daar word tyd afgestaan vir vrae en die beantwoording daarvan.

4.12.5.1 Voordele van simposia

'n Simposium betrek ook 'n groot groep persone gelyktydig en bied die geleentheid dat 'n breër perspektief oor 'n onderwerp, soos byvoorbeeld kultuurdiversiteit of etiese beginsels, bekom kan word. 'n Verdere voordeel wat hierdie tegniek inhou is dat die toehoorders die gedagtewisseling van verskillende persone, gewoonlik kenners op 'n gebied, kan volg soos wanneer hulle vrae beantwoord (Mellish, *et al.*, 2001:128).

4.12.5.2 Nadele verbonde aan simposia

Die nadele verbonde aan hierdie tegniek is die groter finansiële impak en organisering van die gebeure en om hierdie redes word simposia nie op gereelde basis gehou nie (Mellish, *et al.*, 2001:128).

4.12.5.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Blootstelling van studente aan verskillende persone se beredenering kan help met die vorming van studente se eie beredeneringsvermoë en ook uitbreiding van hulle kennis en begrip van 'n onderwerp. Redenering vorm deel van emosionele intelligensie en professionele identiteit. Hierdie tegniek kan effektief in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk benut word.

4.12.6 Opdragte (senarios, gevallestudies, pasiëntstudies)

Die konsepte opdrag, taak en werkstuk word as sinonieme in die praktyk gebruik. Vanuit 'n taalkundige oogpunt beskou word daar 'n *opdrag* aan studente gegee

om 'n sekere *taak* te verrig (Mellish, *et al.*, 2001:113). Indien daar na voltooiing van hierdie taak 'n eindproduk soos byvoorbeeld 'n verslag, voltooide projek of item beskikbaar moet wees, is laasgenoemde 'n *werkstuk* (Odendal & Gouws, 2005).

Opdragte kan verskillende vorms aanneem soos byvoorbeeld die taak om 'n besoek af te lê, 'n boek, artikel of joernaal te lees, navorsing uit te voer, gevalle- of pasiëntstudies saam te stel en gevallestudies of senarios te ontleed. Vir beskrywingsdoeleindes van hierdie studie sal daar na opdragte verwys word as die versamelnaam vir enige taak wat uitgevoer moet word.

4.12.6.1 Voordele geassosieër met opdragte

Opdragte het dit ten doel om studente aan geselekteerde situasies in die praktyk of in simulاسie bloot te stel. Afhangende van die aard van die opdrag kan studente alternatiewe besluite neem en oplossings voorstel sonder dat pasiënte benadeel word. Gevallestudies kan ook aangepas word sodat verskillende besluite en oplossings moontlik is, ten einde maksimale leer en kritiese denke by studente te bevorder (Baumberger-Henry, 2005:intyds).

Ander voordele is dat 'n onderwerp deur middel van spesifieke opdragte meer in diepte bestudeer kan word en dit kan ook as alternatief vir 'n lesing dien indien studente 'n lesing misgeloop het (Mellish, *et al.*, 2001:114).

4.12.6.2 Nadele verbonde aan opdragte

Indien studente nie gemotiveerd is om die opdrag uit te voer nie, word dit uitgestel of dikwels afgejaag. Leer vind dan nie effektief plaas nie. Dit is dus belangrik dat studente die belang van die uitvoer van die opdrag moet begryp (Mellish, *et al.*, 2001:114). Dit is dus belangrik dat die leernitkomste aan die studente bekend moet wees.

4.12.6.3 *Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk*

Opdragte kan 'n verskeidenheid van vorms aanneem en afhangende van hoe die opdrag saamgestel is, kan dit studente help om te onderskei tussen verskillende besluite en oplossings wat by gegewe situasies moontlik is. Goed gestruktureerde opdragte kan kritiese denke en in diepte leer by studente bevorder en dus is die uitvoer van opdragte 'n effektiewe onderrigtegniek vir [Etos en] Professionele Praktyk (Baumberger-Henry, 2005:intyds).

4.12.7 Selfstudie en selfgerigte leer

Selfstudie

Indien daar aan studente die opdrag gegee word om 'n sekere deel van die werk op hulle eie te leer, word daarna verwys dat hulle "selfstudie" oor die werk doen.

4.12.7.1 Voordele verbonde aan selfstudie

Die studente kan enige tegniek volg om die gegewe werk te leer en hulle kan die leer daarvan inpas soos wat dit hulle pas. Hulle kan dit ook op hulle eie tempo leer.

4.12.7.2 Nadele van selfstudie

Indien die studente se kennis of vaardigheid aangaande dit wat geleer moes word nie op een of ander wyse geassesseer gaan word nie, bestaan die moontlikheid dat hulle dit nie gaan leer nie (Quinn, 2001:200).

Selfgerigte leer

Met selfgerigte leer neem 'n persoon self die inisiatief om te leer deur met of sonder die hulp van ander, te identifiseer wat hulle leerbehoefte is, hoe om dit aan te vul en watter leer- en assesseringstrategie om te gebruik (Levett-Jones, 2005:intyds).

4.12.7.3 Voordele van selfgerigte leer

'n Voordeel van selfgerigte leer is dat die persoon self identifiseer wat haar leerbehoefte is, dat sy self die tipe onderrigtechniek kies om die leerbehoefte aan te spreek en dat sy haarself assesseer. Sy kan dus self besluit hoe vinnig of stadig sy wil vorder.

4.12.7.4 Nadele verbonde aan selfgerigte leer

Selfgerigte leer kan slegs tot voordeel van die student gebruik word indien daar van erkende onderrig- en assesseringsmateriaal gebruik gemaak word.

4.12.7.5 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Daar kan van selfstudie in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik gemaak word. Die voorwaarde is egter dat duidelike uitkomst aan studente beskikbaar gestel moet word en dat dit aan assessering gekoppel sal wees.

Selfgerigte leer kan ook in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk toegepas word, maar nie alle studente kan self hulle leerbehoefte bepaal of verskillende leertegnieke gebruik nie en daarom kan hierdie tegniek nie in die algemeen toegepas word nie (Levett-Jones, 2005:intyds).

4.13 ANDER ONDERRIGTEGNIKE

Onderrigbenaderings en –tegnieke vir [Etos en] Professionele Praktyk moet só geselekteer word dat dit studente help om hulle kritiese denke en professionele identiteit te ontwikkel (Henderson, 2006:28; Clarke & Holt, 2001:intyds). Die gekose tegnieke moet hulle ook help om hulle eie en ander se kultuur te kan verken (Reeves & Fogg, 2006:intyds) want hulle moet uiteindelik ook kultuurkongruent kan optree (Sargent *et al.*, 2005:intyds; Canales & Bowers, 2001:103).

Die verskillende onderrigtegnieke wat vervolgens beskryf word is geskik vir onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk. Die lys is nie bedoel om *alle* beskikbare onderrigtegnieke voor te stel nie. Die beskrywings is ook kortliks en die bedoeling is nie om die tegnieke omvattend te beskryf nie.

4.13.1 Ervaringsleer

Leer deur blootstelling aan geselekteerde ervarings word al meer aanvaar as fundamenteel tot professionele ontwikkeling en werksgerigte leer (Brakenreg, 2004:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:98; Quinn, 2001:62, 354). Ervaringsleer moet spesifieke, verskillende stappe volg (Mellish, *et al.*, 2001:98-99; Quinn, 2001:354).

Die ervaringsleerbenadering moet nie met ervaring opgedoen deur deel te wees van die leefwêreld, verwar word nie. Die ervarings waaraan 'n individu in die leefwêreld blootgestel word, kan 'n bydrae tot leer lewer, maar met ervaringsleer as tegniek, word spesifieke stappe gevolg ten einde leer te laat plaasvind.

4.13.1.1 Stappe van Ervaringsleer

Die verskillende stappe waaruit ervaringsleer bestaan is nog nie volledig beskryf nie (Brackenreg, 2004:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:98) alhoewel die volgende stappe algemeen aanvaar word:

Die studente ontvang eerstens *doelwitte of uitkomst* rakende 'n ervaring wat kennis of vaardigheid, of beide insluit. Hierna word die studente aan die ervaring *blootgestel* om daarvan *bewus* te raak. Nadat bewuswording plaasgevind het, word daar *tyd vir refleksie* deur die student oor die ervaring, afgestaan. Hierna volg 'n *aksiefase* waarin die student die geleentheid kry om dit wat geleer moes word, te oefen, te toets of daarmee te eksperimenteer.

Laastens volg 'n verdere blootstelling aan dieselfde/ soortgelyke ervaring as die aanvanklike ervaring en dié fase word as *herblootstelling* beskryf. Deur die studente na afloop van die aksiefase weer aan dieselfde of soortgelyke ervaring bloot te stel, veroorsaak dat hulle *akute, bewustelike stimuleringskennis* opdoen. Dit is belangrik om ook 'n ontladingsessie met studente te hou sodat onafgehandelde vrae wat moontlik mag ontstaan het, aangespreek kan word (Brackenreg, 2004:intyds).

Die studente moet egter die verskillende stappe wat gevolg gaan word ken, ten einde effektief saam te kan werk. Dit is ook belangrik dat die studente weet op watter wyse die refleksie gedoen moet word.

Studente moet ook geleer word hoe om te reflekteer, want almal is nie met die konsep en proses bekend nie. Selfs na die aanvanklike bekendstelling met refleksie moet die studente in die proses begelei word totdat hulle dit onafhanklik kan doen. Dit is verder belangrik om daarop te let dat indien refleksie nie plaasvind nie, dit onwaarskynlik is dat leer wél met hierdie onderrigbenadering sal plaasvind (Brackenreg, 2004:intyds).

4.13.1.2 Voordele verbonde aan Ervaringsleer

Die voordele verbonde aan ervaringsleer is dat dit studentgesentreerd en dat die student aktief by die leerproses betrokke is. Dit gee geleentheid vir interaksie, bevorder outonomieit en is buigbaar (Mellish, *et al.*, 2001:99; Quinn, 2001:62).

4.13.1.3 'n Nadeel van ervaringsleer

'n Nadeel van ervaringsleer is dat die stappe waaruit dié soort leer bestaan, nog nie volledig omskryf is nie (Brackenreg, 2004:intyds).

4.13.1.4 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Aangesien Etos en Professionele Praktyk 'n vakgebied is wat houding en persepsies raak en dus verandering van gedrag vereis, is ervaringsleer uiters geskik om dit mee te onderrig. Hierdie tipe benadering sal ook die vorming van professionele identiteit bevorder wanneer blootstelling aan rolmodelle in dié verband as een van die stappe gedoen word.

4.13.2 Leer deur refleksie

Alhoewel refleksie 'n komponent van ervaringsleer uitmaak, kan dit ook as 'n onderrigtegniek op sy eie gesien word (Quinn, 2001:64). Refleksie kan verder op verskillende wyses aangepak word en dit kan op verskillende stadiums geskied. Dit kan ook individueel of in 'n groep gedoen word en dit kan skriftelik of mondeling aangebied word (Quinn, 2001:568-569).

4.13.2.1 *Verskillende tipes refleksie*

Refleksie kan ten opsigte van 'n insident, gebeure of ervaring *vooraf* of *terwyl* die insident/gebeure of ervaring plaasvind, gedoen word. Laasgenoemde staan bekend as refleksie-in-aksie. Laastens kan daar na afloop van 'n insident, gebeure of ervaring refleksie gedoen word (Brown, 1999:171).

Met refleksie word 'n insident, gebeure of ervaring ontleed en geëvalueer sodat 'n nuwe of beter begrip of perspektief van die situasie verkry kan word. Dit kan dus help dat persone die impak van hulle aksies begryp en hulle professionele vaardighede te verbeter (Davis, *et al.*, 2006:226; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh, Lepp & Dahlberg, 2004: intyds; Jones, 1999:44).

Ten einde te verseker dat studente nie net oppervlakkig oor 'n insident of gebeure reflekteer nie, is dit nodig dat hulle praktykervaring opdoen en ook met mentors in gesprek tree (Field, 2004:intyds). Lektrise moet ook in hierdie tegniek opgelei word ten einde dit effektief te kan implementeer (McGrath & Higgins, 2006:intyds).

4.13.2.2 *Voorvereistes*

Voorvereistes vir die toepassing van hierdie tipe benadering is die vermoë om krities te kan dink, 'n ervaring te kan interpreteer, oopheid vir nuwe inligting, en aanvaarding van self-realiteit (McGrath & Higgins, 2006:intyds; Bezuidenhout, 2003:15). Aangesien studente nie noodwendig aan al hierdie voorvereistes sal voldoen nie, moet hulle in die proses daartoe gelei word.

4.13.2.3 *Voordele van refleksie*

Refleksie ontwikkel hoë kognitiewe denke soos sintese, beredenering en evaluering en hierdie tipe denke is kenmerkend van professionele identiteit

(McGrath & Higgins, 2006:intyds; Fakude & Bruce, 2003:49; Williams, 2001:30; Quinn, 2001:568; Brown, 1999:171).

4.13.2.4 Nadele verbonde aan refleksie

Een nadeel verbonde aan hierdie tegniek is dat dit baie tydsintensief vir beide die studente en lektrise is. Dit verg baie tyd van studente om 'n insident/aksie/gedagte neer te skryf, daaroor te reflekteer en dit dan op skrif te stel (Burnard, 2005:intyds; Williams, 2001:31). Vir lektrises kan die die assessering van die verskillende refleksieverslae baie tyd in beslag neem.

'n Ander potensiële nadeel is dat studente fiktiewe insidente kan fabriseer en daaroor reflekteer. Dit kan voorkom word wanneer die lektrise saam met die studente in die praktyk insidente selekteer waaroor gereflekteer moet word.

Soos met alle onderrigtegnieke, moet studente vooraf met hierdie tegniek bekend wees ten einde dit effektief te kan toepas en sodoende optimaal daaruit te kan leer.

4.13.2.5 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Hierdie tegniek kan studente help om die gevolg van hulle aksies te beskryf en om hulle professionele vaardighede te verbeter (Davis, *et al.*, 2006:226; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds; Jones, 1999:44) en is daarom 'n geskikte tegniek om in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te gebruik.

4.13.3 Probleemgebaseerde leer (PBL)

PBL is leer wat plaasvind na aanleiding van 'n proses wat gevolg is om eerstens die probleem te verstaan en daarna dit op te los (Quinn, 2001:86; Williams,

2001:31). Die probleem word as 'n stimulus gebruik en die student moet aan die hand daarvan identifiseer watter inligting benodig word om die probleem te verstaan en daarna op te los.

Die proses vind gewoonlik in 'n klein groep plaas, maar dit kan ook via die internet gesinkroniseerd plaasvind (Kamin, O'Sullivan, Deterding, Younger & Wade, 2006:entyds).

4.13.3.1 Voordele van probleemgebaseerde leer

Met PBL word daar nie net op inhoud gefokus nie, maar ook op die leerproses. Verder word verskillende dissiplines of vakke in een probleem of met een stimulus aangespreek (Raymond & Profetto-Grath, 2005:entyds; Mellish, *et al.*, 2001:99-100; Williams, 2001:32) en hierdeur word laterale denke by die studente bevorder.

'n Verdere voordeel is dat dit studentbetrokkenheid bevorder, studente met mekaar laat saamwerk en beredenering stimuleer, omdat hulle uiteindelik tot gevolgtrekkings rakende die uitkomst moet kom (Raymond & Profetto-Grath, 2005:entyds; Mellish, *et al.*, 2001:99-100; Williams, 2001:32).

Studente funksioneer op 'n hoër vlak van vaardigheid as gevolg van PBL onderrig. In 'n studie gedoen deur Uys, Gwele, McInerney, van Rhyne & Thanga (2004:360) is gevind dat verpleegkundestudente wat deur middel van PBL onderrig is, op 'n hoër vlak van vaardigheid gefunksioneer het as studente wat deur middel van konvensionele metodes opgelei is. Dié metode is dus uiters geskik om hoër vlak funksionering, soos wat by 'n persoon met 'n professionele identiteit verwag word, te bevorder.

Met PBL word daar gelyktydig verskillende dissiplines betrek wat help met die ontwikkeling van studente se laterale denke.

4.13.3.2 *Nadele verbonde aan hierdie tegniek*

Een nadeel van probleemgebaseerde leer is die koste-effektiwiteit daarvan. Dit word in kleingroepverband gedoen, waar groepe uit 6-9 studente elk bestaan, elk met 'n eie fasiliteerder en in 'n geskikte lokaal. Indien 'n betrokke jaargroep dus uit 40 studente bestaan, impliseer dit dat daar 5 groepe, 5 fasiliteerders, 5 verskillende lokale, 5 stimuli en voldoende bronne om almal (tegelyk) te akkomodeer (Williams, 2001:32) beskikbaar moet wees.

4.13.3.3 *Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk*

PBL neem relatief baie meer tyd in beslag as wat byvoorbeeld met 'n lesing die geval sou wees, maar die voordele dat studente saamwerk, 'n saak beredeneer, inligting uit verskeie dissiplines moet gebruik en inligting moet vergelyk om tot 'n besluit te kom, maak dit 'n geskikte tegniek om te gebruik tydens onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk.

4.13.4 Studieklassse ("Tutorials")

Die aanbied van studieklassse is 'n relatiewe ou tegniek in onderrig. 'n Groot groep studente word in kleiner studiegroepe opgedeel en die hele kursus word in lesings aangebied. By die eerste lesing word individuele leeswerk aan elke student toegesê asook riglyne vir die bestudering daarvan.

Daar word dan van die studente verwag om self op gereelde basis (weekliks) in hulle klein studiegroep byeen te kom. Tydens hierdie sessies bespreek die studente dit wat hulle gelees het en maak gevolgtrekkings daaroor.

Die lektrise is beskikbaar vir konsultering. Sy ontmoet die individuele kleingroepe op vasgestelde tye met die doel om deur middel van vrae, vas te stel of die groep die werk bemeester het en om leemtes in hulle leer te identifiseer.

4.13.4.1 Voordele van studieklassse

Die voordele verbonde aan hierdie tegniek is dat studente aan verskillende opinies in 'n nie-bedreigende opset blootgestel word. Dit bevorder ook interaksie en samewerking tussen studente.

4.13.4.2 Nadele van studieklassse

Nadele verbonde aan studieklassse is die steun van die groep op individue om hulle deel te doen. Indien 'n persoon nie haar deel doen nie, is dit verlore of dit moet inderhaas ingehaal word. Die blootstelling aan só 'n situasie en die hantering daarvan kan egter tot voordeel van studente se groei aangewend word (Mellish, *et al.*, 2001:127).

4.13.4.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Ten einde hierdie tegniek suksesvol toe te pas, moet studente daaraan gewoond wees om op hulle eie te werk. 'n Vraag ontstaan of die gemiddelde Suid-Afrikaanse student, as gevolg van die skoolstelsel wat gevolg is, wel onafhanklik kan werk.

Hierdie tegniek sal effektief in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik kon word. Studente kan in kleingroepverband onder mekaar reflekteer oor waardes, etiese beginsels en hoe dit in hulle daaglikse lewe van toepassing is.

4.13.5 Portuurgroeponderrig

Portuurgroeponderrig behels onderrig van een student deur 'n ander en dit kan op informele of formele wyse plaasvind. Senior studente word gewoonlik gekies om junior studente te begelei of onderrig. Dit is egter belangrik dat hierdie senior

studente deeglik gekeur word ten opsigte van hulle vermoë om ander studente te leer, sodat leer effektief kan plaasvind (du Plessis, 2004:78).

4.13.5.1 Voordele geassosieër met portuurgroeponderrig

Een voordeel van hierdie tegniek is dat dit help om positiewe interaksie tussen studente met verskillende kultuuragtergronde te bewerkstellig.

'n Ander voordeel is dat dit aan senior studente die geleentheid bied om ervaring in onderrig en evaluering van ander persone op te doen (du Plessis, 2004:69; Mellish, 2001:159) omdat hulle die junior studente moet onderrig.

4.13.5.2 Nadele van portuurgroeponderrig

'n Nadeel verbonde aan portuurgroeponderrig is dat daar nie beheer oor die inhoud en wyse waarop leer plaasvind, is nie. Die lektrise moet dus hierdie tegniek en die inhoud wat geleer moet word, deeglik beplan en sorg dat die gewenste, korrekte inligting aan die leerders oorgedra word (Mellish, *et al.*, 2001:159).

Die tegniek kan ook tot nadeel van die junior studente strek indien die senior nie haar deel van die kontrak nakom nie, of 'n negatiewe houding ten opsigte van die tegniek het.

4.13.5.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Die waarde van portuurgroeponderrig in die aanleer van waardes en professionele gedrag moet nie onderskat word nie. Studente leer van en by mekaar, dikwels op informele wyse en dit kan ook bydra tot professionele vorming (Chitty, 2001:178; Mellish, *et al.*, 2001:159).

4.13.6 Onderrig deur elektroniese media (e-leer)

E-leer is 'n omvattende term en verwys na enige wyse waarop daar van elektroniese media gebruik gemaak word om leer te bevorder. Dit kan as 'n enkele tegniek of in kombinasie met tradisionele tegnieke gebruik word. In die laasgenoemde geval word daar na “blended learning” verwys (Dziuban, Hartman, Moskal, 2004:intyds; Smith. 2001. *In* Kennedy, 2005:intyds).

Elektroniese media wat gebruik word, is die internet, rekenaarnetwerke, interaktiewe televisie of sateliet-uitsendings (Jones, Skirton & McMullan, 2006:99). Wanneer studente gelyktydig intyds by 'n lesing inskakel, word daar na gesinkroniseerde uitsendings verwys (Kamin, *et al.*, 2006:intyds).

4.13.6.1 Rekenaarondersteunde onderrig

Die gebruik van rekenaars in onderrig het die afgelope dekade in Suid-Afrika toegeneem. Rekenaarondersteunde onderrig is 'n voorbeeld van 'n indirekte lektrise-studentverhouding. Die student is by 'n terminaal of rekenaar op 'n plek verwyderd van die lektrise en interaksie vind deur middel van die rekenaar plaas. Die leer kan egter ook gesinkroniseerd plaasvind (Kamin, *et al.*, 2006:intyds).

Rekenaarondersteunde onderrig word op 'n wye verskeidenheid van wyses toegepas. Dit kan byvoorbeeld leermateriaal op die Web, intydse besoeke aan data-basisse, intydse verslae, e-pos op kennisgewingsborde, kletskamers en elektroniese modules behels (Quinn, 2001:261). Studente kan deur middel van die rekenaar en internet toegang tot baie meer inligting wêreldwyd, as vroeër verkry (Jones, *et al.*, 2006:100; Shovein, Huston, Fox & Damazo, 2005:intyds).

4.13.6.2 Rekenaarondersteunde interaktiewe video onderrig

Rekenaarondersteunde onderrig en rekenaarondersteunde interaktiewe video onderrig is twee verskillende tegnieke waarin die rekenaar ingespan word om leer te ondersteun (Beeson, 1999:357). Simulasiesituasies gebaseer op die werklike situasie, kan deur middel van die rekenaar geskep word. Studente kan dus “in” ‘n “werklike” situasie op die rekenaar aktief deelneem en besluite neem. Hierdie vlak van gebruik van die rekenaar bevorder probleemoplossingsvaardighede en ook integrasie van teorie en praktyk (Mandorin, 1999:282).

4.13.6.3 Voordele van rekenaarondersteunde onderrig

Rekenaarondersteunde onderrig hou die voordele in dat die student op eie tempo kan leer, herhaling kan toepas en persoonlike terugvoer vanaf die lektrise kan kry. Die studente kan ook baie meer inligting wêreldwyd via die internet bekom (Shovein, *et al.*, 2005:intyds). Met interaktiewe video onderrig werk studente meer onafhanklik en klastyd is meer aanpasbaar (Quinn, 2001:262-263; Beeson, 1999:357).

4.13.6.4 Nadele verbonde aan rekenaarondersteunde onderrig

Rekenaarondersteunde onderrig veroorsaak ‘n afname in persoonlike kontak, ontbreking van klaskamerverhoudings en verlies van kultuur-identiteit (Shovein, *et al.*, 2005:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:177; Beeson, 1999:357). Tegnieke ondersteuning is ook by interaktiewe video onderrig nodig (Beeson, 1999:357).

Beide die lektrise en studente moet rekenaargeletterd moet wees. Bemeestering van die rekenaar kan egter as deel van die bereiking van ‘n kritiese uitkoms beskou word, naamlik om tegnologie effektief en krities te kan gebruik.

Rekenaarondersteunde programme moet deur ekspert persone opgestel en getoets word en dit neem baie tyd. Wanneer die programme egter voltooi is, word daar weer baie tyd ten opsigte van voorbereiding en assessering bespaar (Shovein, *et al.*, 2005:intyds; Quinn, 2001:262; Beeson, 1999:357).

'n Verdere nadeel is dat die aankoop van harde- en sagteware baie duur is. (Mellish, *et al.*, 2001:174-176).

Die gebruik van rekenaarondersteunde onderrig sal by die verwagtinge van die X- en Y-generasie studente aanpas, maar nie alle lektrises en studente is egter ewe gemaklik met hierdie wyse van onderrig nie (Shovein, *et al.*, 2005:intyds).

4.13.6.5 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Hierdie tegniek kan baie effektief in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk toegepas word, soos byvoorbeeld dat ekspert lektrises [Etos en] Professionele Praktyk deur middel van video-konferensies aan verskeie onderriginstansies in Suid-Afrika onderrig. Deur gebruik te maak van e-pos en geselskapskamers kan studente ook menings en inligting ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk uitruil. Sodoende kan ontwikkeling van professionele identiteit van die studente bevorder word.

4.13.7 Gebruik van videos, films en DVD's

Videos, films of DVD's kan in onderrig van [Etos en] Professionele op verskillende wyses aangewend word. Dit kan as stimulus vir bespreking of PBL dien. Dit kan ook 'n spesifieke situasie, tegniek of gebeurtenis aan studente voorhou, waarna 'n bespreking of taak kan volg (Shapiro, 2006:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:129).

Videokonferensies is 'n nuwer tegniek wat gebruik word om studente wat geografies ver van mekaar is, te onderrig. Video-koppeling ("links") word tussen die verskillende geografiese plekke opgestel en studentegroepe word op die verskillende plekke gelyktydig onderrig (Quinn, 2001:260).

4.13.7.1 Voordele

Die gebruik van hierdie hulpmiddele is op die vlak van die jonger geslag student gerig en kan motivering vir leer bevorder.

Sommige films weerspieël werklike lewensgebeure waaraan nie alle studente in die werklike lewe blootgestel kan word nie. Dit voorsien dan 'n leergeleentheid indien studente die film vergelyk en daaroor reflekteer (Mellish, *et al.*, 2001:130). Die voordeel van films is, soos met video's, dat dit herhaaldelik gekyk kan word (Shapiro, 2006:intyds).

4.13.7.2 Nadele

Die beskikbaarheid van toepaslike materiaal is een van die nadele verbonde aan hierdie tegniek. Selfproduksies is baie tydrowend en vereis duur toerusting. Indien 'n produksie egter gemaak is, is dit vir 'n etlike aantal jare beskikbaar.

4.13.7.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Die bespreking van hedendaagse video's, films of DVD's wat etiese aspekte weerspieël kan studente help om daaroor te reflekteer (Shapiro, 2006:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:129) en sodoende hul professionele identiteit te ontwikkel.

Met metodes soos videokonferensies kan studente wat geografies ver vanaf mekaar is bereik word (Quinn, 2001:26) en ook hulle kan aan kenners op die

gebied van [Etos en] Professionele Praktyk blootgestel word. E-leer kan dus baie effektief in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik word.

4.13.8 Rolspel en drama

Rolspel behels die spontane of beplande toneelspel van een of meer deelnemers onder toesig van 'n lektrise, om 'n gegewe situasie of proses te demonstreer (Comer, 2005:intyds). Hierdie tegniek kan suksesvol in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik word (Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds), maar dit verg goeie beplanning. Die beplanning begin by die skryf van 'n draaiboek, uitdeel van rolle en afrigting van die rolspelers (Mellish, *et al.*, 2001:130).

'n Rolspel alleen sal nie noodwendig leer tot gevolg hê nie. Dit is nodig dat omkering van die rolspel moet plaasvind of dat die rolspel deur 'n bespreking opgevolg word. Daar kan ook van die toeskouers verwag word om aantekeninge te maak en selfs die rolspel "oor" te doen ten einde leer te demonstreer (Mellish, *et al.*, 2001:130).

Drama kan gebruik word om byvoorbeeld onderrig van deernisvolle sorg te doen (Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds). Drama neem verskillende vorms aan soos byvoorbeeld die opvoer van tonele, rolspel of alleenspraak.

Dit kan effektief gebruik word om gevoelens, gedagtes en aksies te integreer en daarom kan dit byvoorbeeld gebruik word om waardes soos deernisvolle sorg te onderrig (Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds).

Met die uitvoering van 'n drama identifiseer die studente wat aan drama blootgestel word aktief met die fiktiewe rolle en gee dit vir studente insig oor hoe dit voel om jou in 'n ander persoon se posisie te bevind (Mellish, *et al.*, 2001:131).

4.13.8.1 Voordele van rolspel en drama

Van die voordele wat rolspel en drama vir onderrig inhou, is die feit dat dit studente insig kan gee in die hantering van situasies wat in die werklike lewe voorkom, studente kan hulself met die onderskeie rolle identifiseer en die rolspel of drama kan oor en oor herhaal word. Daar kan ook van dieselfde rolspel of drama verskillende resultate verkry word (Mellish, *et al.*, 2001:131).

4.13.8.2 Nadele verbonde aan rolspel en drama

Die sukses van hierdie tegniek hang af van die beplanning en deurvoer daarvan. Daar kan studente wees wat nie gemaklik voel om daaraan deel te neem nie, of daar kan situasies wees waar die drama onsuksesvol verloop omdat studente aggressief raak indien hulle optrede gekritiseer word. Die lektrise moet baie duidelik die leiding by drama en rolspel neem (Mellish, *et al.*, 2001:132).

4.13.8.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Rolspel en drama kan baie effektief in die onderrig van byvoorbeeld aspekte van etiek gebruik word, soos by etiese besluitneming en hantering van pasiënte met verskillende waardes.

4.13.9 Leerspeletjies

Die gebruik van speletjies as onderrigtegniek kom al meer op die voorgrond (Mellish, *et al.*, 2001:132) en is veral by die X- en Y-generasie studente gewild. Bestaande kommersiële speletjies kan aangepas word om op [Etos en] Professionele Praktyk betrekking te hê, of die lektrise kan unieke speletjies ontwerp. Die ontwerp van unieke speletjies kan aanvanklik vir die lektrise

tydrowend wees, maar wanneer dit klaar ontwerp is, bespaar dit tyd (Mellish, *et al.*, 2001:132).

4.13.9.1 Voordele geassosieër met leerspeletjies

‘n Voordeel van hierdie tegniek is dat positiewe versterking van leer plaasvind wanneer die regte antwoord onmiddellik beloon word en foutiewe antwoorde onmiddellik reggestel word (Mellish, *et al.*, 2001:132).

4.13.9.2 Nadele verbonde aan leerspeletjies

‘n Nadeel is dat die ontwerp van ‘n speletjie kreatiwiteit van die lektrise verg. Dit kan ook ‘n tydsame proses wees, veral as die speletjie op die rekenaar gespeel moet word. Indien die speletjie egter saamgestel is, verg dit baie min tyd om dit van tyd tot tyd op te gradeer (Mellish, *et al.*, 2001:132).

4.13.9.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Hierdie is ‘n uitstekende tegniek om die jonger generasie studente mee te onderrig, veral ten opsigte van ‘n module soos [Etos en] Professionele Praktyk. Die speletjies kan wissel van eenvoudige speletjies, waarmee konsepte of inhoud vasgelê word, tot virtuele tonele waar studente sekere keuses moet maak en die gevolge van daardie keuses daarna aangedui word.

4.13.10 Konsepkartering

Met hierdie tegniek word ‘n visuele kaart van ‘n gegewe konsep of onderwerp se kenmerke en verbande tussen ander onderwerpe of konsepte aangedui.

Konsepkartering kan veral gebruik word om komplekse verbande tussen konsepte aan te toon (Banning, 2006:intyds; Daley, Shaw, Balistrieri, Glasenapp & Piacentine,1999:44) soos wat dit ook in [Etos en] Professionele Praktyk voorkom.

'n Student teken 'n konsepkaart na aanleiding van haar kennis en begrip van 'n gegewe onderwerp. Hierna word sy aan verdere leer soos byvoorbeeld 'n lesing blootgestel. Na afloop van die lesing moet sy dan die kaart toepaslik aanpas.

Die student kan ook haar kaart met die lektrise bespreek. Die lektrise tree dan as fasiliteerder op deur vrae te vra ten einde die student die nodige verbande te laat insien (Banning, 2006:intyds; Daley *et al.*,1999:44).

4.13.10.1 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Die teken van konsepkaarte bevorder ontwikkeling van kritiese denke en diepte-leer (Banning, 2006:intyds; Gul & Boman, 2006:intyds; Clarke & Holt, 2001:intyds; Daley, *et al.*, 1999:42). Dit help ook dat studente verbande tussen konsepte en inhoud kan raaksien. Dit kan dus goed in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik word.

4.13.11 Waarde-uitklaring

Die doel van hierdie tegniek is om studente doelbewus bewus te maak van hulle waardes en die motivering vir hulle optrede in die praktyk sowel as alledaagse lewe (Mellish, *et al.*, 2001:177).

Die tegniek bied aan studente die geleentheid om hulle eie waardes te identifiseer, uit te klaar en te kan verdedig. Dit vind plaas deur middel van 'n waarde-uitklaringsproses, wat uit verskillende stappe bestaan.

4.13.11.1 Stappe in waarde-uitklaring

Stap een behels die maak van 'n keuse vir 'n gegewe situasie nadat die gevolge van elke alternatiewe keuse deeglik oorweeg is. Die tweede stap is om waarde te heg aan die besluit en die gekose besluit openlik bekend te maak. Die laaste stap behels die implementering van 'n aksie rakende die keuse.

Ten einde die tegniek effektief te kan toepas is dit verkieslik dat waarde-uitklaring in groepsverband plaasvind (Mellish, *et al.*, 2001:177).

4.13.11.2 Rol van die lektrise

Die rol van die lektrise is om 'n ontspanne klimaat te skep waarin niemand ongemaklik of bedreig voel nie. Waarde-uitklaring kan nie in 'n atmosfeer van vrees en wantroue plaasvind nie, omdat dit persoonlike sake (waardes) raak.

Die lektrise moet verder sorg dat elke persoon se waardes gerespekteer word en daar moet nie negatiewe terugvoer gegee word nie. Elke deelnemer se bydra moet ook erken word (Mellish, *et al.*, 2001:117-179).

4.13.11.3 Toepassing in onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Identifisering en respektering van waardes is noodsaaklik vir ontwikkeling van professionele identiteit en die gebruik van waarde-uitklaring as onderrigtegniek sal juis dit bevorder.

4.13.12 Poësie

Die lees van toepaslike poësie of die skryf daarvan kan studente help om meer van hulself en Verpleging te begryp. Dit kan ook as metafoor dien om 'n

spesifieke ervaring in te kleur of die atmosfeer daarvan te skets (Hunter, 2002:141; 143).

Studente wat oor die talent beskik om te dig moet aangemoedig word om dit ook in terme van hulle interaksie en ervaring van Verpleging en ook [Etos en] Professionele Praktyk, te doen. Aangesien nie alle studente só taalvaardig is dat hulle hulself goed daarin kan uitdruk nie, kan hierdie tegniek nie algemeen toegepas word nie.

4.14 ASSESSERING VAN ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK

Die onderwerp van assessering is omvattend en kan 'n studie op sigself regverdig. Die doel van die beskrywing wat volg is nie bedoel om assessering omvattend te beskryf nie, maar slegs *kortliks* soos wat dit op hierdie studie betrekking het.

4.14.1 Die doel van assessering

Assessering van [Etos en] Professionele praktyk behoort identifisering van vlak van emosionele intelligensie van studente in te sluit, aangesien dit die vorming van professionele identiteit voorafgaan (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170). Indien studente hier 'n leemte ervaar, behoort dit aangespreek te word. Assessering van [Etos en] Professionele Praktyk behoort dan verder op die vorming van professionele identiteit van studente gefokus te wees (Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721).

4.14.2 Vereistes vir assessering

Assessering van enige leer behoort te alle tye toepaslik te wees. Dit wil sê, die tipe assessering moet by die leeruitkomste pas. Verskillende beginsels en algemene riglyne vir assessering word ook in die literatuur beskryf.

4.14.2.1 Beginsels van assessering

Assessering moet aan die volgende beginsels voldoen, naamlik dit moet geldig, betroubaar, regverdig, onderskeidend en prakties uitvoerbaar wees (SAQA, 2001:16; Quinn, 2001:205).

4.14.2.1.1 Geldigheid

Ten einde geldig te wees, moet enige meting of assessering meet of assessee wat dit veronderstel is om te meet of te assessee. Afhangende van wat geassesseer word, word verskillende tipes geldigheid beskryf, soos byvoorbeeld inhoudsgeldigheid, konstrukdigheid en voorspelbare geldigheid (Mellish, *et al.*, 2001:228; Quinn, 201:204). In die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk is dit belangrik om op die geldigheid van meetinstrumente te let, aangesien [Etos en] Professionele Praktyk nie net ten opsigte van kognitiewe kennis getoets behoort te word nie, maar ook ten opsigte van persepsie, houding en waardes.

Meetinstrumente se geldigheid en betroubaarheid behoort getoets te word, maar dit word nie altyd gedoen nie (Calman, *et al.*, 2002:520).

4.14.2.1.2 Betroubaarheid

Betroubaarheid het daarmee te doen dat 'n meetinstrument agtereenvolgens meet wat dit veronderstel is om te meet, gegee dieselfde situasie en

omstandighede. Betroubaarheid in assessering kan bevorder word indien dieselfde item of prosedure op verskillende wyses assessee word.

Dit is verder belangrik dat verskillende assessors deurlopend op dieselfde wyse en volgens dieselfde kriteria assessee ten einde betroubaarheid van assessering te bevorder (Truemper, 2004:563). In een studie was gevind dat dat studente van mening was dat die uitslag van hulle assessering van die assessor se kennis en persoonlikheid afgehang het en nie van hoe hulle, as studente, geprester het nie (Calman, *et al.*, 2002:521). Hierdie soort assessering is beslis nie betroubaar nie.

4.14.2.1.3 Regverdig

Lektrises mag op geen manier 'n student of die prestasie bevoordeel of benadeel nie. Dit is dus belangrik dat studente vooraf weet wat geassesseer gaan word en hoe dit gedoen gaan word (SAQA, 2001:6).

4.14.2.1.4 Onderskeidend

Een van die belangrikste eienskappe van assessering is die feit dat dit onderskeid moet tref tussen dié studente wat korrekte inligting gee of 'n prosedure korrek uitvoer, teenoor dié student wat nie die korrekte inligting (kan) gee of nie 'n prosedure korrek (kan) uitvoer nie. Hierdie eienskap is nie net van toepassing op die gemiddelde student wat moet slaag of druip nie, maar ook op die student wat uitmuntend presteer. Lektrises moet toesien dat sterker studente nie verlore raak in die assesseringsproses omdat die skaal nie onderskei tussen uitstaande en gemiddelde prestasies nie.

In 'n studie, uitgevoer in Skotland (Calman, *et al.*, 2002:522) was bevind dat baie min studente in die betrokke onderriginstansies, waar die ondersoek plaasgevind het, praktika druip. Indien hierdie 'n algemene verskynsel by onderriginstansies

sou wees, kan die standaard van assessering, sowel as assesseringsmetodes toegepas, bevraagteken word.

4.14.2.1.5 Prakties uitvoerbaar

Assessering moet prakties uitvoerbaar wees, dit wil sê, daar moet voortydig, tydens die keuse van die assessering, bepaal word of daar voldoende fasiliteite, tyd, lektrises en finansies gaan wees ten einde die assessering te kan doen.

4.14.2.2 Riglyne vir assessering

Die volgende is algemene riglyne wat by assessering gevolg behoort te word, naamlik dat die assesseringstaak by die leernutkomste moet pas en die kriteria moet so eenvoudig moontlik gehou word (Brown, 2001:intyds). Dit is ook belangrik dat die assesseringsproses deursigtig moet plaasvind (van Rooyen & Prinsloo, 2003:34).

Nog 'n belangrike riglyn is dat die terugvoer altyd betekenisvol en so gou moontlik na afloop van die assessering aan die studente gegee moet word (Brown, 2001:intyds).

4.14.2.2.1 Leernutkomste

Indien assessering op die vorming van professionele identiteit gerig is, behoort die gestelde leernutkomste nie slegs op ontwikkeling van die kognitiewe vlak gerig wees nie, maar ook die affektiewe domein insluit.

Bloom se taksonomie in assessering is gerig op verskillende vlakke van die kognitiewe domein. Hierteenoor het Krathwohl *et al.*, reeds in 1964 'n taksonomie vir die affektiewe domein beskryf (Quinn, 2001:140). Volgens die

affektiewe taksonomie bestaan die affektiewe domein uit 5 vlakke, naamlik ontvang of gee aandag aan, reageer op, heg waarde aan, organiseer en karakteriseer (Quinn, 2001:144-145). Uitkomst vir onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk behoort volgens hierdie vlakke geskryf te word en behoort verder die houding of waarde, sowel as gedrag wat met die uitkoms geassosieer word, te beskryf (Quinn, 2001:144).

4.14.2.2 Terugvoer

Terugvoer op enige assessering behoort so gou as moontlik na afloop van die assessering aan studente gegee te word, sodat leer kan plaasvind. Die terugvoer op 'n **positiewe wyse** eerder dan krities gedoen word en die terugvoer moet op studente se leemtes ten opsigte van die gestelde uitkomst gerig wees (van Rooyen & Prinsloo, 2003:69; Quinn, 2001:215).

4.14.3 Die assessor

Die assessors behoort behoorlik daartoe gekwalifiseer te wees om sodanige assessering te doen, dit wil sê, hulle moet op hoogte wees met die inhoud sowel as die proses van assessering (Calman, *et al.*, 2002:521). In die huidige nuwe UGOO stelsel word dit van elke persoon wat by assessering betrokke is verwag om 'n assesseringsprogram te deurloop en as sodanig geregistreer te word (van Rooyen & Prinsloo, 2002) sodat die kwaliteit van assessering bevorder kan word.

'n Debat kan ontstaan oor of die lektrise, met haar onderrig agtergrond en ervaring, die beste persoon is om assessering te doen. In een ondersoek was gevind dat studente verkies het dat die lektrise die assessor in die kliniese opset moet wees (Brown, *et al.*, 2005:intyds). Hierteenoor mag die lektrise nie noodwendig die kundige persoon in die spesifieke kliniese vakgebied wees nie

en in só 'n geval sal sy nie die aangewese persoon wees om die assessering te doen nie (Lambert & Glacken, 2004:intyds; Karuhije, 1997:6).

4.14.4 Tydstip van assessering

Vorming van professionele identiteit behoort nie net in een module soos byvoorbeeld [Etos en] Professionele Praktyk geassesseer te word nie, maar die toepassing van waardes, filosofie en etiek behoort in elke Verpleegkunde dissipline se teorie en praktyk geassesseer te word. Die doel hiervan is om leer te versterk en studente te laat begryp dat waardes, filosofie en etiek nie entiteite op hulle eie is nie, maar in enige verpleegkundige praktyk teenwoordig is.

Indien onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk op die vorming van professionele identiteit gerig is, behoort die meeste assessering formatief van aard te wees en oor al die studiejare plaasvind.

4.14.5 Waar assessering moet plaasvind: teorie en praktyk

Vorming van kognitiewe kennis van [Etos en] Professionele Praktyk kan in die teorie deur middel van skriftelike tegnieke geskied. Dit moet egter nie net op lae kognitiewe vlak bemeester word nie, maar ontwikkeling van kritiese denke insluit. Kognitiewe assessering behoort nie die grootste deel van assessering van [Etos en] Professionele Praktyk uit te maak nie.

Ten einde studente se professionele identiteit te ontwikkel, behoort assessering daarvan ook in die praktyk plaas te vind (Austgard, 2006:intyds; Calman, *et al.*, 2002:517; R. Cohen, 2001:148). Praktiese toepassing van byvoorbeeld etiese beginsels, soos verkryging van ingeligte toestemming of etiese besluitneming behoort in die praktyk assessee te word. Etiese besluitneming verwys nie slegs na besluitneming in etiese dilemmas nie, maar ook na etiese besluite wat in

daaglikse situasies geneem moet word (Süreyya, 2005:intyds; Gastmans, 2002:intyds; Doane, 2002:521; Holland, 1999:intyds), soos byvoorbeeld die besluit om aan diens te slaap of nie te slaap nie (vergelyk hoofstuk 1). Hierdie aspekte kan net in die praktyk geleer word en daarom behoort assessering ook in die praktyk plaas te vind.

4.14.6 Metodes van assessering

Metodes van assessering bestaan hoofsaaklik uit geskrewe - en mondelinge assessering asook assessering deur middel van observasie (Mellish, *et al.*, 2001:231, 274, Quinn, 2001:207-208).

4.14.6.1 Geskrewe assessering

Geskrewe assessering behels enige dokument wat op skrif is, hetsy met die hand geskryf of per rekenaar gedruk, wat vir assessering ingehandig word. Dit sluit toetse, eksamens, pasiëntstudies, refleksieverslae en portefeuljes in.

4.14.6.1.1 Voordele van geskrewe assessering

Vrae kan só geformuleer word dat dit verskillende kognitiewe vlakke toets, naamlik vanaf kennis en begrip tot hoër kognitiewe denke soos sintese en evaluering (Mellish, *et al.*, 2001:231).

4.14.6.1.2 *Nadele van geskrewe assessering*

Vraagstelling, soos by skryf van toetse en eksamens, moet volgens bepaalde kriteria geskied anders kan dit verwarring veroorsaak (Quinn, 2001:190). Die opstel van behoorlike vrae, hetsy kortvrae of langvrae, neem dus baie tyd in beslag (Mellish, *et al.*, 2001:235)

Met geskrewe assessering word studente, wat nie oor 'n goeie skryfvermoë beskik nie, benadeel. Die nasien van geskrewe werk kan ook baie veeleisend vir die lektrise wees, aangesien terugvoer binne die kortste moontlike tyd aan studente gegee moet word.

4.14.6.2 *Mondelinge assessering*

Mondelinge assessering word gedoen indien vrae mondelings gestel en beantwoord word (Mellish, *et al.*, 2001:243; Quinn, 2001:203).

4.14.6.2.1 *Voordele van mondelinge assessering*

Een voordeel van mondelinge assessering is dat studente die geleentheid het om te vra indien 'n vraag vir hulle onduidelik is. 'n Verdere voordeel is dat die hele assessering ook in 'n kort tyd gewoonlik 20 minute, afgehandel word (Mellish, *et al.*, 2001:244).

4.14.6.2.2 Nadele van mondelinge assessering

'n Groot nadeel van mondelinge assessering is dat die teenwoordigheid van gewoonlik twee lektrises spanning by die student kan veroorsaak. Die kuns van hierdie tegniek lê onder andere daarin om die student op haar gemak en in staat te stel om te kan vertel wat sy ken (Mellish, *et al.*, 2001:243).

4.14.6.3 Observasie

Assessering van praktika vind gewoonlik as observasie plaas. Die student moet 'n taak of tegniek in die teenwoordigheid van die lektrise uitvoer. Die lektrise assesser dan die student se aksies volgens 'n kontrolelys (Calman, *et al.*, 2002:517; Quinn, 2001:231). Dit is verkieslik dat assessering deur middel van observasie nie eenmalig plaasvind nie, maar eerder deurlopend sodat 'n geheelbeeld van studente se prestasie verkry kan word (Mellish, *et al.*, 2001:248).

4.14.6.3.1 Voordele van observasie

Direkte observasie is 'n geldige tegniek om prosedures en tegnieke mee te assesser (Quinn, 2001:231). 'n Kontrolelys, waarteen die studente assesser gaan word moet egter vooraf opgestel wees.

4.14.6.3.2 Nadele van observasie

Die blote teenwoordigheid van die lektrise of assessor kan die student se aksies negatief beïnvloed (Mellish, *et al.*, 2001:248). Dit is daarom belangrik dat

lektrises studente deurlopend evalueer sodat die studente aan die teenwoordigheid van die lektrise gewoond kan raak (Quinn, 2001:231, 234).

Die lektrise kan ook beïnvloed word deur 'n betrokke studente se algemene kenmerke en, indien hierdie kenmerke positief is, aan die student 'n hoër punt as wat sy verdien toeken. Dit is die sogenaamde “stralekrans”-effek (Quinn, 2001:234).

'n Verdere nadeel wat kan voorkom indien assessering nie objektief geskied nie, is dat daar aan al die studente 'n gemiddelde punt toegeken word, die sogenaamde “sentrale neiging” (Quinn, 2001:234).

Lektrises moet dus te alle tye objektief wees tydens observasie en 'n geskrewe kontrolelys hiervoor gebruik.

Om te poog dat assessering 'n betroubare weergawe van studente se kennis, gedrag en houding van [Etos en] Professionele Praktyk is, behoort dit nie deur een enkele metode assessee te word nie, maar deur 'n verskeidenheid van metodes (R. Cohen, 2001:149).

4.15 SAMEVATTING

Die belang van die ontwikkeling van 'n professionele identiteit sowel as die inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke geassosieer hiermee is in hierdie hoofstuk beskryf. Die inligting, tesame met die inligting ingewin in hoofstukke 2 en 3, sal gebruik word om 'n onderhoudskedule saam te stel wat tydens telefoononderhoude as data-insamelingsinstrument gebruik gaan word. Dit word in die volgende hoofstuk beskryf.

HOOFSTUK 5:

NAVORSINGSMETODOLOGIE: TELEFONIESE ONDERHOUDE (Fase II, stappe 4-5)

5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstukke is inligting ingewin ten einde 'n begrip van Professionele Praktyk te kon vorm. In hoofstuk 4 is 'n literatuuranalise ten opsigte van die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk, soos wat dit tans gedoen word, gedoen. In hierdie hoofstuk word fase II, stappe 4 -5, naamlik die navorsingsmetodologie ten opsigte van die doen van telefoniese onderhoude beskryf (vergelyk tabel 5.1).

Alle inligting ingewin is saamgevoeg om 'n onderhoudskedule saam te stel sodat telefoniese onderhoude met Verpleegkunde onderrigpersoneel by tersiêre instansies gevoer kon word. Die doel van die telefoniese onderhoude was om inligting ten opsigte van die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk soos wat dit tans onderrig word, te bekom. Die metodologie van data-insameling deur middel van die telefoniese onderhoude word vervolgens bespreek.

TABEL 5.1 Navorsingsverloop

FASE	STAP	SUB-STAP	AKSIE	DOELWIT	HOOFSTUK EN BLADSY
I	DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”				
	1	Ontleding van onprofessionele gedrag soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het			
		1.1	Saamstel van ‘n data-insamelingsinstrument	Om inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag te bekom	Hoofstuk 2 BI 42 - 76
		1.2	Data-insameling deur middel van ‘n data-insamelings-instrument	Om die aard van onprofessionele gedrag, soos wat dit oor ‘n tydperk van 6 jaar voorgekom het, te identifiseer en te beskryf	
		1.3	Literatuurkontrole	Om inligting oor die SARV te bekom en om die verkreë inligting oor onprofessionele gedrag, te verifieer	
	2	Persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk			
		2.1	Doen van fokusgroep-onderhoude	Ten einde die persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	Hoofstuk 3 BI 77 - 168
		2.2	Literatuurkontrole	Ten einde die inligting bekom deur middel van die fokusgroeponderhoude, te verifieer en te vergelyk	
II	HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK				
	3		Literatuuranalise	Om inligting oor onderrigbenaderings, -tegnieke, inhoud en – assessering te bekom	Hoofstuk 4 BI 169 - 255
	4		Saamstel van ‘n onderhoud-skedule	Om data tydens telefoniese onderhoude in te samel	Hoofstuk 5 BI 256 - 269
	5		Telefoniese onderhoude	Om inligting ten opsigte van huidige onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	

5.2 DOEL VAN DIE TELEFONIESE ONDERHOUDE

Die doel van die doen van telefonieseonderhoude is om inligting te bekom vanaf tersiêre onderriginstansies in Suid-Afrika, oor die huidige **proses** van onderrig van Professionele Praktyk in die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram. Die proses van onderrig verwys na die onderrigbenaderings en – tegnieke, inhoudseleksie asook die metodes van assessering wat gevolg word (Mellish, *et al.*, 2001:126). Dit sluit nie die omgewing waarin onderrig gedoen word of die deurvloei van studente in nie. Al die inligting deur middel van die telefoniese onderhoude bekom, sowel as al die inligting wat reeds bekom was, sal gebruik word om 'n onderrigraamwerk vir die onderrig van Professionele Praktyk saam te stel.

5.3 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp wat vir die doen van telefoniese onderhoude gebruik is, was kwantitatief en beskrywend van aard. In kwantitatiewe navorsing word 'n formele, objektiewe, sistematiese proses gevolg ten einde inligting oor 'n spesifieke verskynsel in te win (Burns & Grove, 2001:37). Deur beskrywende navorsing word inligting insake 'n verskynsel ingewin sodat 'n beter geheelbeeld daarvan verkry kan word (Polit & Beck, 2004:192; Cherry, 2002: 11-13; Burns & Grove, 2005:232). In hierdie studie is gepoog om 'n geheelbeeld van wat Professionele Praktyk behels, sowel as die proses van onderrig daarvan te bekom.

5.4 NAVORSINGSTEGNIEK

Telefoniese onderhoude, aan die hand van 'n onderhoudskedule (vergelyk bylae I & J) sal as navorsingstegniek gebruik word. Hierdie tegniek is gekies aangesien die voer van persoonlike onderhoude op nasionale vlak nie koste-effektief ten opsigte van tyd en finansies sou wees nie (Cresswell, 2005:362).

Die voer van telefoniese onderhoude veroorsaak ook 'n hoër responskoers as wat dit met die uitstuur van vraelyste die geval is (De Vos, 1998:154).

5.4.1 Telefoniese onderhoude

Die gebruik van die telefoon as metode vir onderhoudvoering het eers in die sewentigerjare in die VSA in gebruik geraak, omdat die meeste huishoudings toe eers telefone bekom het (Floyd & Fowler, 2002:7). Voor die 70's was inligting meestal deur middel van persoonlike onderhoude bekom. Aangesien alle tersiêre instansies in Suid-Afrika oor telefoniese verbindinge beskik, kon hierdie metode van onderhoudvoering suksesvol toegepas word.

5.4.1.1 Voordele van telefoniese onderhoude:

Die voer van telefoniese onderhoude het die volgende voordele vir hierdie studie ingehou:

- Dit was tydbesparend aangesien die onderhoude telefonies plaasgevind het was dit nie nodig om tyd te bestee om 44 onderriginstansies persoonlik te besoek nie (Polit & Beck, 2004:235).
- Dit was ook koste besparend. Reis- en verblyfkostes na 44 instansies is duurder as die koste verbonde aan telefoonoproepe is (Creswell, 2005:362).
- Die persoonlikheid van die navorser kan soms tydens persoonlike onderhoude 'n negatiewe impak op deelnemers uitoefen (Aldridge & Levine, 2001:55). Aangesien die onderhoude telefonies en nie in persoon plaasgevind het nie, was dié aspek nie in hierdie geval van toepassing nie.
- Al die onderriginstansies het oor telefone beskik en kon dus om deelname aan die studie genader word.
-

5.4.1.2 *Nadele van telefoniese onderhoude:*

Daar is egter ook nadele aan telefoniese onderhoude as tegniek van data-insameling verbonde en die navorser was op die volgende bedag:

- Telefoonnommers kon moontlik verander. Indien die navorser nie antwoord by 'n onderriginstansies gekry het nie, is die plaaslike telefoondiens se verbruikersdiens geskakel en die telefoonnommer(s) is gekontroleer.
- Van die telefoonverbindings by die onderriginstansies kon buite werking wees. Die navorser het in gevalle waar daar nie die eerste keer antwoord was nie, herhaaldelik geskakel en het ook probeer om die inisiële kontak per elektroniese pos of per faksimile te maak.
- Net soos in geval van 'n gestruktureerde onderhoud, kon totale anonimiteit van die respondente nie verseker word nie, want die naam van die persoon met wie die onderhoud gevoer is, was aan die navorser bekend. Die navorser het egter nie die naam van die persoon of die instansie waar sy werksaam is, op die onderhoudskedule aangedui nie. Daar is slegs 'n kode op die skedule neergeskryf. Slegs die navorser het toegang gehad tot die bandopnames wat in haar besit was en in 'n kluis weggesluit is (Polit & Beck, 2004:235; Aldridge & Levine (2001:55). Die navorser sal self die bandopnames na afloop van die studie vernietig.

5.4.2 Onderhoudskedule:

'n Onderhoudskedule is 'n formele instrument wat 'n raamwerk van vrae bevat (Polit & Beck, 2004:721) wat tydens onderhoudvoering gebruik kan word. Dié onderhoudskedule is saamgestel nadat 'n opname van inligting uit dissiplinêre sake bekom, fokusgroeponderhoude gevoer en 'n literatuuranalise oor onderrig uitgevoer is (vergelyk hoofstukke 2, 3 en 4). Die volledige onderhoudskedule is as bylae J aangeheg.

5.4.2.1 *Samestelling en inhoud van die onderhoudskedule*

Die beginsels waarop die samestelling van die vrae in 'n onderhoudskedule berus, is identies aan dié van 'n vraelys (Polit & Beck, 2004:361; Aldridge & Levine, 2001:118). Die beginsels wat met die samestelling van dié onderhoud-skedule gebruik is, was onder andere dat die vrae

- in volledige sinne, maar kortliks gestel is
- duidelik en ondubbelsinnig geformuleer is (Creswell, 2005:364) en
- nie onbekende woorde bevat het nie (Polit & Beck, 2004:361-362; Johnson & Christensen, 2004:166; Aldridge & Levine, 2001:106; Burns & Grove, 2005:399-400; Floyd & Fowler, 2002:78).

Nadat die onderhoudskedule deur die navorser vanuit inligting vanaf ontleding van dissiplinêre sake, fokusgroeponderhoude sowel as literatuuranalises saamgestel is, is dit aan kundiges op die gebied [Etos en] Professionele Praktyk sowel as navorsingskundiges vir insette voorgelê. Die kundiges het met die inligting in die onderhoudskedule saamgestem.

Die onderhoudskedule het uit 14 vrae met onderafdelings bestaan (vergelyk bylae I & J). Die onderskeie vrae het die volgende aspekte van onderrig van Professionele Praktyk aangeraak:

Vraag 1: Algemene inligting

Vraag 2: Geskiedenis van Verpleging

Vraag 3: Filosofie van Verpleging

Vraag 4: Verpleegkundige waardes

Vraag 5: Etiek van verpleging

Vraag 6: Etiese kode

Vraag 7: Etiese besluitneming

Vraag 8: Etiese dilemmas

Vraag 9: Wetlike aspekte

Vraag 10: Pasiëntvoorspraak

Vraag 11: Verpleegkundige tradisies

Vraag 12: Professionele sosialisering

Vraag 13: Studente begeleiding

Vraag 14: Getal studente in die finale jaar van studie

Die vrae was hoofsaaklik op die onderrig wat professionele identiteit sal ontwikkel, gerig. Elemente van emosionele intelligensie wat met dié van professionele identiteit oorvleuel, soos byvoorbeeld etiek, was wel ook by die vraelys ingesluit. Ander aspekte, soos byvoorbeeld ontwikkeling van kommunikasie en werk in spanverband, word in die meeste Verplegingskurrikula nie in [Etos en] Professionele Praktyk onderrig nie, maar in van die ander modules (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatriese en gemeenskaps-} en vroedvrou 1992, soos gewysig).

5.5 POPULASIE EN STEEKPROEF

5.5.1 Populasie

'n Populasie omvat al die elemente wat aan die insluitingskriteria van 'n gegewe fenomeen wat ondersoek word, voldoen (Polit & Beck, 2004:289; Burns & Grove, 2005:342).

Die populasie vir die voer van telefoniese onderhoude het al die onderrigpersoneel, verbonde aan Verpleegonderriginstansies in Suid-Afrika, wat by die onderrig of fasilitering van die module [Etos en] Professionele Praktyk in die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram betrokke is, uitgemaak.

‘n Lys van instansies wat die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram aanbied, is vanaf die SARV bekom. Hierdie lys is met die Hospitaal Jaarboek van 2004 gekontroleer ten einde vas te stel of die instansies en telefoonnommers ooreengestem het. Die aanname is gemaak dat daar minstens een persoon by elke instansie by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke is. Indien daar wel meer as een persoon by die onderrig betrokke was, is dié een wat na die mening van die Hoof van die instansie die meeste by die onderrig betrokke is, vir die studie om deelname genader.

5.5.2 Steekproef:

Steekproef verwys na ‘n geselekteerde gedeelte van die geïdentifiseerde populasie (Polit & Beck, 2004:291; Burns & Grove, 2005:342). Na oorlegpleging met ‘n biostatikus is besluit om een persoon by al die onderriginstansies om deelname te nader. In gevalle waar meer as een persoon by die onderrig betrokke was, is die persoon wat die meeste by die onderrig betrokke is vir deelname genader. ‘n Doelgerigte steekproefseleksie is dus gedoen, aangesien persone wat die meeste by die module betrokke is, vir deelname geselekteer is (Polit & Beck, 2004:294; Burns & Grove, 2005:352).

By die instansies waar daar meer as een persoon by die aanbieding van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke is, is die persoon wat na die mening van die Hoof van daardie instansie, **die meeste** daarby betrokke is, om

deelname genader. Daar was instansies waar meer as een persoon by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke was, maar die telefoniese onderhoud is met die persoon wat die meeste by die aanbieding betrokke is, gedoen.

5.6

5.7 LOODSSTUDIE

5.6.1 Onderhoudskedule

Die doel van 'n loodsstudie is om 'n kleiner weergawe van die voorgestelde studie wat uitgevoer word, te doen om 'n instrument of navorsingstappe te verfyn (Polit & Beck, 2004:727; Burns & Grove, 2001:50; de Vos, 1998:179). Nadat die onderhoudskedule opgestel is, is dit getoets deur met drie persone, wat plaaslik by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke is, elk 'n telefoniese onderhoud te voer. Dié persone is verbonde aan die plaaslike universiteit en Verpleegkunde Kollege en die inligting is nie by die uiteindelijke data ingesluit nie. Daar is slegs drie onderhoude gevoer, omdat daar net drie onderrigpersoneel plaaslik by die onderrig van die module betrokke is.

Nadat die onderhoude gevoer is, is meer vrae onder die afdeling “wetlike aspekte” ingesluit en die vraag oor “professionele sosialisering” is verander na “verduidelik wat u onder professionele sosialisering verstaan” in plaas van die oorspronklike “wat is professionele sosialisering”. Dit het geblyk dat laasgenoemde wyse waarop die vraag geformuleer was, vir die respondente vaag voorgekom het. Die res van die vrae van die onderhoudskedule was duidelik en voldoende geformuleer en die bandopnames wat van die onderhoude gemaak is, was duidelik hoorbaar.

5.8 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

5.8.1 Geldigheid

‘n Meetinstrument is geldig wanneer dit daarin slaag om in ‘n hoë mate akkuraat te meet dit waarvoor dit ontwerp is om te meet (Polit & Beck, 2004:422; Burns & Grove, 2001:399;). Die onderhoudskedule is opgestel nadat relevante inligting deur middel van ontleding van die inhoud van dissiplinêre sake (hoofstuk 2), fokusgroeponderhoude (hoofstuk 3) sowel as ‘n literatuuranalise (hoofstuk 4) bekom is. Die skedule is ook aan kundiges in die veld van navorsing en op die gebied van Professionele Praktyk vir verifiëring van die omvang en inhoud daarvan voorgelê. Nadat die onderhoudskedule aan domeinkundiges, sowel as navorsingkundiges voorgelê is, is spesifieke vrae ten opsigte van verpleegkundige waardes, tradisies en etiek ingesluit. Hierdie stappe het die geldigheid van die onderhoudskedule verhoog.

5.7.2 Betroubaarheid

Om betroubaar te wees moet ‘n meetinstrument konstant meet dit waarvoor dit ontwerp is om te meet (Polit & Beck, 2004:417; Burns & Grove, 2001:395-396). Ten einde die betroubaarheid van die onderhoudskedule te bevorder, is die volgende geïmplementeer:

- Die onderhoudskedule is in ‘n loodsstudie uitgetoets ten einde te verseker dat die vrae duidelik en ondubbelsinnig gestel is.
- Dit is in gestruktureerde vorm opgestel, wat verseker het dat dieselfde vrae, op dieselfde wyse, aan al die deelnemers gestel kon word.
- Die onderhoudskedule was in Afrikaans en Engels beskikbaar, sodat die onderhoud in die deelnemer se taal van keuse gevoer kon word.

- Die navorser het self al die onderhoude gevoer en die inligting op dieselfde wyse op die getikte onderhoudskedule neergeskryf. Op dié wyse is verseker dat al die vrae beantwoord en betroubaarheid sodoende verhoog word.
- Die gesprekke is ook op band opgeneem, sodat die inligting wat neergeskryf is, weer gekontroleer kon word. Hierdie stap het dus betroubaarheid van data wat ingesamel is, verhoog.

5.8 DATA-INSAMELING

Die telefoniese onderhoude is oor 'n tydperk van 6 maande ingesamel. Die navorser het eerstens met die hoof van die betrokke instansie geskakel om die doel van die navorsing aan haar te verduidelik en om toestemming te verkry om met 'n persoon betrokke by die onderrig van [Etos] en Professionele Praktyk, te kommunikeer en 'n onderhoud te voer. Nadat toestemming verkry is, is die naam en kontaknommer van die betrokke persoon vanaf die Hoof bekom. Hierna het die navorser die moontlike respondent self gekontak. Die volgende is met die moontlike respondent bespreek:

- die doel van die studie
- dat die onderhoud ongeveer 15 minute neem om te voltooi
- 'n versoek dat die respondent aan 'n telefoniese onderhoud sou deelneem.

Ten opsigte van die deelname aan die studie is die volgende inligting verskaf:

- deelname was vrywillig en die respondent kon te enige tyd aan die gesprek onttrek indien sy wou,

- geen identifiserende data sou op die onderhoudskedule neergeskryf word wat die respondent met die data kon verbind nie
 - 'n bandopname van die gesprek sou, met toestemming van die respondent, vir kontroleringdoeleindes gemaak word.
- Indien die moontlike respondent toestemming tot deelname aan die navorsing gegee het, het die navorser die inligting soos bespreek, tesame met 'n toestemmingsvorm per faksimilee aan die respondent gestuur. Die toestemmingsvorm het voorsiening gemaak vir skriftelike toestemming tot deelname aan die telefoniese onderhoud, sowel as toestemming tot opname van die gesprek op band (vergelyk bylae G). Daar is van die respondent verwag om die vorm te onderteken en terug te stuur. Nadat die vorm terugontvang is, is die respondent weer gekontak en 'n datum en tyd wat die respondent gepas het, is vir die voer van die onderhoud vasgestel.
 - Die respondent is vooraf ingelig waarom die onderhoud handel sodat sy haarself toepaslik kon voorberei.

Op die spesifieke dag en tyd, soos met die respondent ooreengekom, het die navorser die respondent geskakel en aan die hand van die onderhoudskedule, die onderhoud gevoer. Alle inligting is op die onderhoudskedule vorm aangeteken. Die inligting is na afloop van die onderhoud met dié op die band vergelyk, ten einde te bevestig dat die inligting korrek neergeskryf is.

5.9 DATA-ANALISE

Data-analise en -interpretasie is deur die navorser self gedoen. Nadat al die onderhoude gevoer is, het die navorser die inhoud gekodeer asook persentasies en frekwensies bereken.

5.10 ETIESE ASPEKTE

Alle etiese beginsels, soos beskryf in hoofstuk 1 (vergelyk bl 33) soos van toepassing op die voer van telefoniese onderhoude, is nagekom. Die volgende etiese aspekte het direk hiermee verband gehou:

5.10.1 Beskerming van menseregte

Ten einde die reg tot selfbeskikking, - privaatheid, - konfidensialiteit en anonimiteit van respondente (Burns & Grove, 2005:177) na te kom, het die navorser die volgende beginsels gehandhaaf:

Respondente is vooraf oor die volgende ingelig, naamlik dat:

- deelname vrywillig was en hulle op enige stadium kon onttrek indien hulle dit sou wou doen.
- hul hoofde toestemming verleen het dat hulle gekontak kon word, maar dat dit nie beteken het dat hulle (respondente) verplig was om deel te neem nie. Hulle het steeds 'n keuse ten opsigte van deelname of nie, gehad.
- die inligting konfidensieel hanteer sou word
- die inligting met hulle toestemming, op band opgeneem sou word
- inligting oor die bevindinge en aanbevelings van die studie op aanvraag, na voltooiing van die studie, beskikbaar gestel sou word.
- artikels oor die studie na afloop van die studie vir publikasie voorgelê sou word.

5.10.2 Ingeligte toestemming

Die aard van die navorsing in geheel en soos van toepassing op die telefoniese onderhoude, is aan die respondente verduidelik. Daar is van die respondente wat aan die telefoniese onderhoude deelgeneem het verwag om

skriftelike toestemming tot deelname te gee. Hiervoor is 'n vorm ontwerp (vergelyk bylae G) wat per faksimilee aan die respondent gestuur is. Nadat die respondent dit onderteken het, is dit teruggestuur en daarna is 'n afspraak vir die voer van die onderhoud gemaak.

5.10.3 Institusionele resensie

Voordat die navorsingsvoorstel aan die Etiekkomitee, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat vir goedkeuring voorgelê is (vergelyk bylae A), is dit aan verskeie ander komitees in die Skool vir Verpleegkunde, naamlik die Ekspert- sowel as Evalueringskomitee, voorgelê (vergelyk hfst 1, bl 36).

5.10.4 Toestemming vanaf hoofde van instansies:

Die hoofde van die Verpleegkunde-onderriginstansies, waar die geïntegreerde vierjaar program aangebied word, is telefonies gekontak om toestemming te verkry ten einde personeel te kontak met wie die telefoniese onderhoude gevoer kon word.

5.11 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsmetodologie ten opsigte van telefoniese onderhoude beskryf. Vervolgens word die resultate beskryf en interpretasie gedoen.

HOOFSTUK 6:

DATA-ANALISE EN RESULTATE VAN TELEFONIESE ONDERHOUDE (Fase II, stap 6)

6.1 INLEIDING

Die metodologie rakende die telefoniese onderhoude is in hoofstuk 5 beskryf. Die telefoniese onderhoude is gedoen ten einde inligting te bekom rakende die **proses** van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk en derhalwe is inligting oor die struktuur en eindproduk nie ingesluit nie (Quinn, 2001:319).

Die doel van die telefoniese onderhoude was om die proses waarvolgens onderrig plaasvind te beskryf en nie om die effektiwiteit of standarde daarvan te evalueer nie.

In die bespreking van die data word dus aanvaar dat waar 'n deelnemer 'n spesifieke onderrig- of assesseringstegniek gebruik, dit korrek volgens die gestelde kriteria gedoen word en dat die studente voor implementering van tegnieke effektief daarvoor onderrig is.

Die resultate van *Fase II, stap 6* word vervolgens bespreek. Vergelyk tabel 6.1 vir die navorsingverloop tot dusver.

TABEL 6.1: Navorsingsverloop

FASE	STAP	SUB-STAP	AKSIE	DOELWIT	HOOFSTUK EN BLADSY
I	DIE BEGRIP “PROFESSIONELE PRAKTYK”				
	1	Ontleding van onprofessionele gedrag soos wat dit in dissiplinêre sake voorgekom het			
		1.1	Saamstel van ‘n data-insamelingsinstrument	Om inligting ten opsigte van onprofessionele gedrag te bekom	Hoofstuk 2 BI 42 - 76
		1.2	Data-insameling deur middel van ‘n data-insamelings-instrument	Om die aard van onprofessionele gedrag, soos wat dit oor ‘n tydperk van 6 jaar voorgekom het, te identifiseer en te beskryf	
		1.3	Literatuurkontrole	Om inligting oor die SARV te bekom en om die verkreë inligting oor onprofessionele gedrag, te verifieer	
	2	Persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk			
		2.1	Doen van fokusgroep-onderhoude	Ten einde die persepsie van professionele verpleegkundiges oor Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	Hoofstuk 3 BI 77 - 168
		2.2	Literatuurkontrole	Ten einde die inligting bekom deur middel van die fokusgroeponderhoude, te verifieer en te vergelyk	
II	HUIDIGE ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK				
	3		Literatuuranalise	Om inligting oor onderrigbenaderings, -tegnieke, inhoud en – assessering te bekom	Hoofstuk 4 BI 169 - 255
	4		Saamstel van ‘n onderhoud-skedule	Om data tydens telefoniese onderhoude in te samel	Hoofstuk 5 BI 256 - 269
	5		Telefoniese onderhoude	Om inligting ten opsigte van huidige onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te bekom en te beskryf	
	6		Resultate	Om die huidige inhoud, onderrig- en assesserings tegnieke van [Etos en] Professionele Praktyk te beskryf	Hoofstuk 6 BI 270 - 339

6.2 RESULTATE

6.2.1 Onderriginstansies betrokke

Volgens die lys wat vanaf die SARV in Mei 2004 bekom is, was daar 44 Verpleegonderriginstansies wat die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram (SARV Regulasie R425. 1985 soos gewysig), aanbied. Al hierdie instansies is, in volgorde waarop dit op die lys verskyn het, om deelname genader.

Een-en-twintig van die instansies se telefoonnommers was of verkeerd of dit het 'n aanhoudende besettoon gegee. Die nommers is by die plaaslike telefoonnetwerk se kliëntediens gekontroleer en daar is vasgestel dat 9 (nege) van die nommers nie meer bestaan het nie. Geen alternatiewe nommers was vir dié betrokke 9 (nege) instansies gelys nie en dié instansies kon dus nie gekontak word nie. Dit het dus 35 instansies, wat om deelname gekontak kon word, gelaat.

Van dié 35 instansies was 16 universiteite en 19 kolleges. Sewe van hierdie instansies het, by navraag, aangedui dat hulle nie (meer) die geïntegreerde vierjaar verpleegkundeprogram aanbied nie en 2 (twee) universiteite het geamalgameer. Dit het die totaal van instansies wat om deelname gekontak kon word, op 26 gebring. 'n Uiteensetting van die getal instansies wat om deelname genader is, sowel as die responskoers word in tabel 6.2 weerspieël.

TABEL 6.2: Getal onderriginstansies gekontak

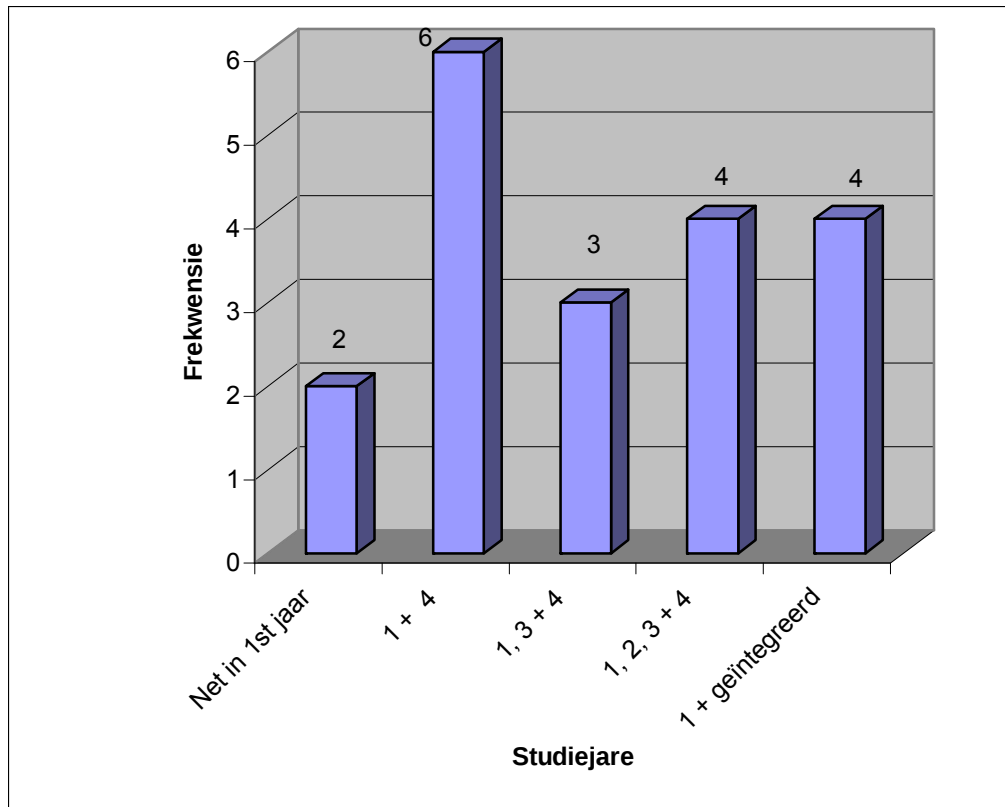
Departemente/Verpleegskole aan Universiteite		Verpleegkolleges	
44 Onderriginstansies op SARV lys, minus 9 instansies wat nie meer bestaan nie = 35 onderriginstansies beskikbaar om te kontak: 16 Universiteite en 19 Kolleges			
16	Getal Departemente/ Verpleegskole by 'n universiteit, volgens SARV lys en kontakbaar	19	Getal Kolleges volgens SARV lys en kontakbaar
- 3	* 1 universiteit het met 'n ander saamgesmelt. *2 departemente bied nie (meer) die geïntegreerde vierjaar verpleegkunde-program aan nie	- 6	*1 kollege het toestemming geweier. *5 Kolleges bied nie (meer) die geïntegreerde vierjaar verpleegkunde-program aan nie
= 13	Departemente/Verpleeg-Skole by universiteite wat gekontak kon word	= 13	Kolleges wat gekontak kon word
- 1	Die lektrise by een Departement het, ondanks opvolg, nie die afspraak nagekom nie.	- 6	*3 kolleges is tot 6 keer per kollege geskakel sonder dat die hoof van die instansie gekontak kon word. * 3 kolleges se onderrig-personeel het, ondanks opvolg, nie die afsprake nagekom nie
=12	Departemente/Verpleegskole wat aan die studie deelgeneem het	= 7	Kolleges wat aan die studie deelgeneem het
19 instansies (73.1% responskoers)			

Daar is met 19 (73.1%) deelnemers van Verpleegkunde departemente/Verpleegskole by universiteite en Verpleegkolleges uit 'n potensiële 26 onderriginstansies, wat wel die geïntegreerde vierjaar verpleegkunde-program aanbied, onderhoude gevoer (vergelyk tabel 6.2).

'n 80-90% responskoers word in die algemeen met die voer van persoonlike onderhoude verkry teenoor 'n 50% responskoers wanneer vraelyste uitgestuur word (Polit & Beck, 2004:351). 'n Algemene, aanvaarbare responskoers vir telefoniese onderhoude word nie in die literatuur aangedui nie. Die verkreeë responskoers van 73.1% is 23% meer as wat dit in die geval van uitstuur van vraelyste sou wees en slegs 6,9% minder as 80%, wat dit met persoonlike onderhoude sou wees. In ag genome die feit dat die navorser verskeie instansies tot 6 keer geskakel het, asook gepoog het om dié instansies per faksimile en/of e-pos te bereik ten einde die respons so hoog as moontlik te kry, is 73.1% vir die navorser aanvaarbaar.

6.2.2 Studiejaar waarin [Etos en] Professionele Praktyk onderrig word

Al 19 onderriginstansies bied [Etos en] Professionele Praktyk aan en begin met die onderrig daarvan reeds in die eerste studiejaar. By twee onderriginstansies (10.5%) word dit **slegs** in die eerstejaar onderrig. Die verspreiding van die studiejaar waarin [Etos en] Professionele Praktyk by die onderskeie onderriginstansies onderrig word, word in figuur 6.1 uitgebeeld.



FIGUUR 6.1: Studiejare waarin [Etos en] Professionele Praktijk onderrig word (n=19)

By 4 instansies (21.1%) word [Etos en] Professionele Praktijk oor al vier die studiejare geïntegreerd, of as Probleemgebaseerde Onderrig, onderrig. By 4 ander instansies (21.1%) word dit as 'n module in die eerstejaar en verder geïntegreerd onderrig, terwyl dit by 6 (31.6%) instansies inleidend in die eerstejaar en as 'n module in die vierdejaar onderrig word (vergeelyk figuur 6.1).

Onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk behoort reeds vanaf die eerste studiejaar, maar ook kontinuerend, plaas te vind (Carlson, *et al.*, 2003:38; Searle, 2000:38), aangesien die vorming van professionele identiteit nie net in een jaar van onderrig kan plaasvind nie (Carlson, *et al.*, 2003:38).

Studente moet reeds in die eerste studiejaar aan teorie en praktyk van [Etos en] Professionele Praktijk blootgestel word om eerstens kennis op te doen oor

onderwerpe wat in die meeste studente se gevalle, nie eens aan hulle bekend is nie en om tweedens kritiese en analitiese denke te ontwikkel, ten einde oor die genoemde onderwerpe te kan redeneer en indien nodig, etiese besluitneming te kan neem (Nesler, *et al.*, 2001:294). Dit is dus belangrik dat die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk in die eerste jaar in aanvang neem, maar dat dit nie **slegs net** in die eerste jaar onderrig word nie. Dit is kommerwekkend dat daar onderriginstansies is wat [Etos en] Professionele Praktyk slegs in die eerstejaar onderrig.

6.2.3 Tyd aan die module [Etos en] Professionele Praktyk afgestaan

As gevolg van verskillende onderrigstelsels wat by die verskillende onderriginstansies gevolg word, sowel as die lengte van periodes wat by die verskillende instansies verskil, was dit moeilik om die gemiddelde tyd wat aan onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gespandeer word te bereken.

Die onderskeie instansies onderrig [Etos en] Professionele Praktyk ook nie oor dieselfde studiejare nie, wat dit verder bemoeilik om 'n gemiddelde tyd afgestaan aan die onderrig, te bereken. Bydraend tot die probleem is dat [Etos en] Professionele Praktyk ook by sommige onderriginstansies as 'n onderafdeling in die Gesondheidsorgbestuurmodules of geïntegreerd by ander modules aangebied word. Die volgende berekeninge kon egter gemaak word:

- By elf instansies word dit “inleidend” in die eerstejaar onderrig en daar word nie 'n presiese tyd aan gekoppel nie.
- Die oorblywende 7 ander onderriginstansies spandeer gemiddeld 30 ure aan die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk in die eerstejaar.
- Een instansie wat onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk oor al vier studiejare doen, spandeer in totaal 51 periodes daaraan, wat 'n gemiddeld van 12 periodes per jaar is.

- By 12 onderriginstansies waar [Etos en] Professionele Praktyk in die 4de studiejaar onderrig word, word dit gemiddeld vir 35 periodes gedoen.

Gegee dat 'n akademiese jaar uit 28 weke bestaan, sal 35 ure se onderrig ongeveer 1.3 periodes per week beteken. Afhangende van die duur van 'n periode, kan 1.3 periodes tussen 50 minute tot 1 uur 20 minute wissel. Indien daar slegs een uur per week aan die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk afgestaan word en dit dan ook net, soos in geval van een onderriginstansie, in die eerstejaar onderrig word, kan dit met reg bevraagteken word of daardie studente wel 'n professionele identiteit sal ontwikkel.

Die vorming van 'n professionele identiteit behels internalisering van die professie se geskiedenis, kultuur, waardes en norme en hierdie vormingsproses vind nie oornag plaas nie (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Süreyya, 2004:intyds; Davies, 2002:intyds; Mellish & Paton, 1999:107).

- By 3 instansies (15.8%) vind die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk ook geïntegreerd plaas, of word dit as deel van Gesondheidsorgbestuur gedoen. Vorming van 'n professionele identiteit is krities indien daar van professionele verpleegkundiges verwag word om aan Verpleging toegewyd te wees, hul eie vermoëns en beperkinge te ken asook om wetenskaplik ondersoekend te kan optree (Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001: intyds; Öhlén & Segesten, 1998:722). Dit is dus onrusbarend dat daar wel instansies bestaan waar onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk nie as unieke module bestaan nie.

Die navorsingsresultate toon aan dat die gemiddelde tyd afgestaan aan die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk by 1 instansie ongeveer een uur per week in die eerste- en by 11 onderriginstansies een uur per week in die vierdejaar is. Indien dit die werklike tyd is wat aan die onderrig van [Etos en]

Professionele Praktyk afgestaan word en [Etos en] Professionele Praktyk word ook nie effektief in die praktyk onderrig nie, bestaan die moontlikheid dat studente nie voldoende met Verpleging sal bind en nie 'n professionele identiteit ontwikkel nie (Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001: intyds; Öhlén & Segesten, 1998:722). Wanneer verpleegkundiges nie toegewy is nie, sal hulle teleurstelling en frustrasie ervaar, nie hulle werksdoelwitte kan bereik nie en ook nie op die onmiddellike behoeftes van hulle pasiënte kan fokus nie (Ewens, 2003: 224; 226; Gregg & Magilvy, 2001:intyds). Hulle loop dus 'n risiko om onprofessioneel op te tree.

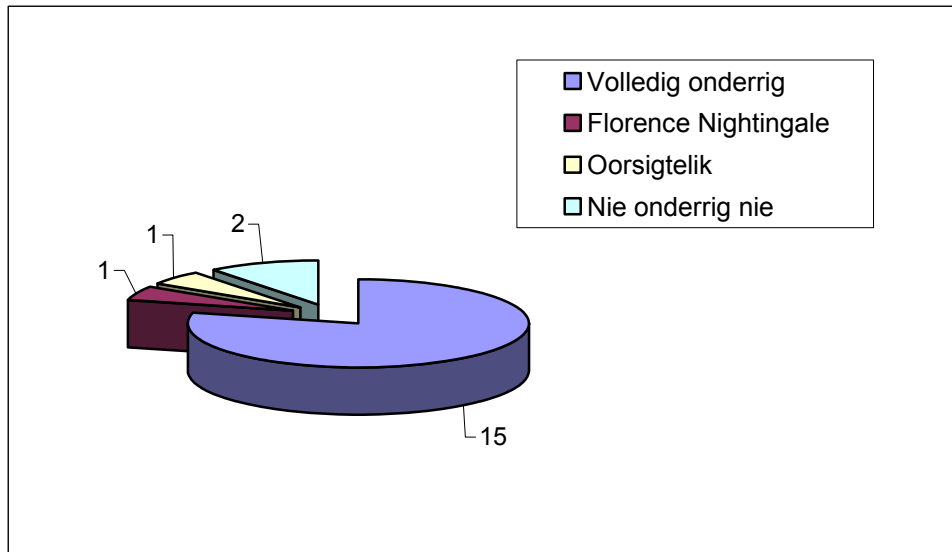
Die navorsingsresultate ten opsigte van die inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke van [Etos en] Professionele Praktyk sal vervolgens in die volgorde van die onderhoudskedule beskryf word.

6.2.4 Inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke

6.2.4.1 Geskiedenis van Verpleging

6.2.4.1.1. Insluiting van Geskiedenis in die module

Geskiedenis van Verpleging word by die verskillende onderriginstanties aangebied soos in figuur 6.2 aangedui.



FIGUUR 6.2: Aantal onderriginstansies wat Geskiedenis onderrig (n=19)

Dit blyk dat die meerderheid van onderriginstansies, 15 (78.9%) Geskiedenis van Verpleging volledig as deel van [Etos en] Professionele Praktyk onderrig. Hierteenoor onderrig 2 instansies (10.5%) slegs klein gedeeltes daarvan terwyl 2 ander instansies (10.5%) glad nie die Geskiedenis van Verpleging onderrig nie (vergelyk figuur 6.2).

Volgens die SARV riglyne behoort onderrig oor die Geskiedenis van Verpleging gedoen te word. Daar is egter nie riglyne ten opsigte van in hoeveel detail dit onderrig moet word of hoeveel tyd daaraan spandeer moet word nie (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatrisie en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992, soos gewysig).

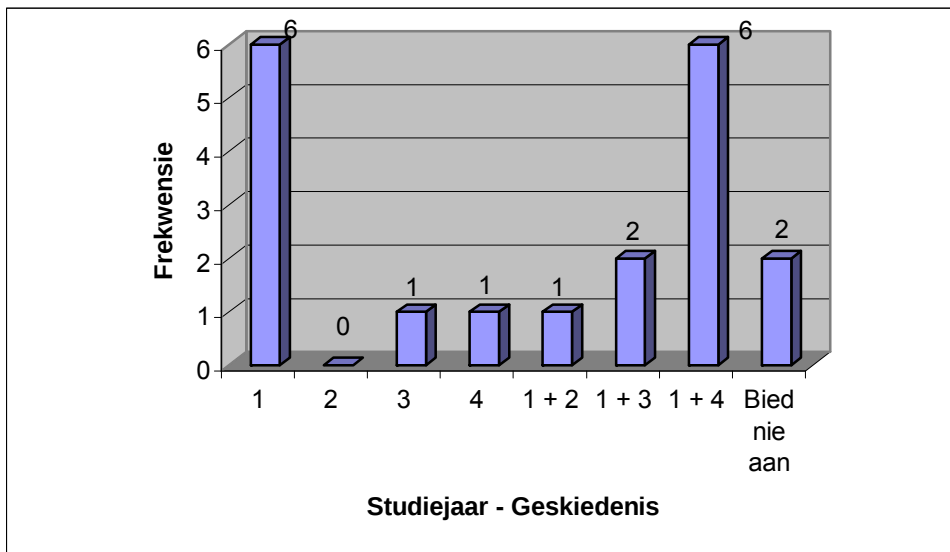
Effektiewe onderrig van die Geskiedenis van Verpleging op internasionale en nasionale vlak kan aan studente insig gee om met teenswoordige tendense en probleme te deel (Öhlen & Segesten, 1998:723; Chitty, 2001:1). Dit is egter noodsaaklik dat studente nie slegs feitekennis hieroor opdoen nie, want dan sal hulle nie die geheelbeeld en waarde daarvan kan kry nie (Ironsides, 2001: intyds).

Dit is verder ook nodig dat studente die belang van Geskiedenis van Verpleging begryp, anders sal hulle ongemotiveerd wees om dit te leer (Parker & Kupperschmidt, 2002:intyds).

Lektrises behoort van bogenoemde kennis te dra en hulle onderrig oor geskiedenis dienoooreenkomstig aan te pas.

6.2.4.1.2 *Studiejare betrokke*

Die studiejare waartydens Geskiedenis van Verpleging by die verskillende onderriginstansies onderrig word blyk van instansie tot instansie te verskil (vergelyk figuur 6.3).



FIGUUR 6.3: Studiejaar waartydens Geskiedenis onderrig word (n=19).

Soos in figuur 6.3 geïllustreer, word die geskiedenis van Verpleging by 6 (ses) instansies (31.6%) slegs in die eerstejaar onderrig. By 9 (nege) instansies (47.4%) word die Geskiedenis in meer as een studiejaar aangebied. Soos reeds genoem word geskiedenis by twee onderrig-instansies glad nie onderrig nie.

6.2.4.1.3 Onderrigtegnieke

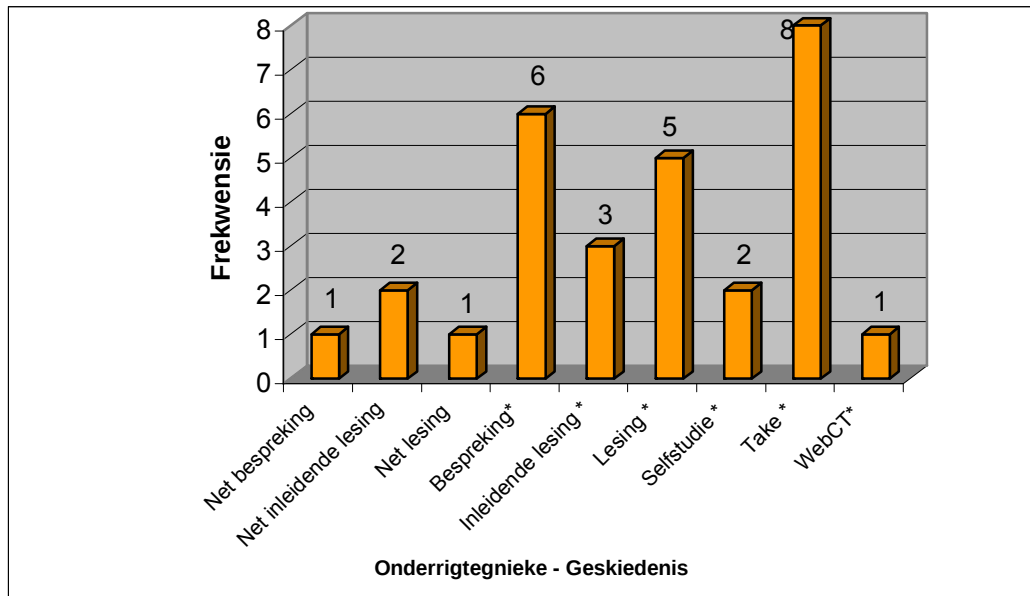
Geskiedenis van Verpleging word by 17 instansies onderrig. Die onderrigtegnieke, soos weerspieël in figuur 6.4 word hiervoor gebruik.

'n Groot verskeidenheid van onderrigtegnieke word in die literatuur beskryf en die fokus van die studie is nie op die omvattende beskrywing daarvan gerig nie. Van die onderrigtegnieke is dus vir bespreking, saam gegroepeer.

Onder bespreking as tegniek word klas-, groep- en kleingroep bespreking sowel as voordrag en debat saamgevoeg. Opdragte verwys na enige taak wat uitgevoer moes word, soos byvoorbeeld gevalle- of pasiëntstudies, senarios en werkstukke.

Afhangende van wat die opdrag is en hoe dit uitgevoer word, kan dit kritiese denke en vorming van professionele identiteit bevorder, of dit kan bloot terugvoer van teorie behels.

Die onderriginstansies betrokke by hierdie studie het nie net van een onderrigtegniek gebruik gemaak nie, maar kombinasies van verskillende tegnieke gebruik. Waar onderrigtegnieke gekombineer is word dit met 'n asterisk (*) aangedui.



FIGUUR 6.4: Tegnieke wat in onderrig van Geskiedenis gebruik word (n=19)

Die doen van take gekombineer met ander tegnieke word by 8 onderrig-instansies (42.1%) in die onderrig van Geskiedenis gebruik, terwyl 6 instansies (31.6%) besprekings gekombineer met ander tegnieke vir dié onderrig gebruik. Gebruik van elektroniese media soos 'n rekenaarprogram (WebCT), skyfies en video's word slegs deur 1 (5.3%) en 3 (15.8%) onderriginstansies onderskeidelik gebruik (vergelyk figuur 6.4).

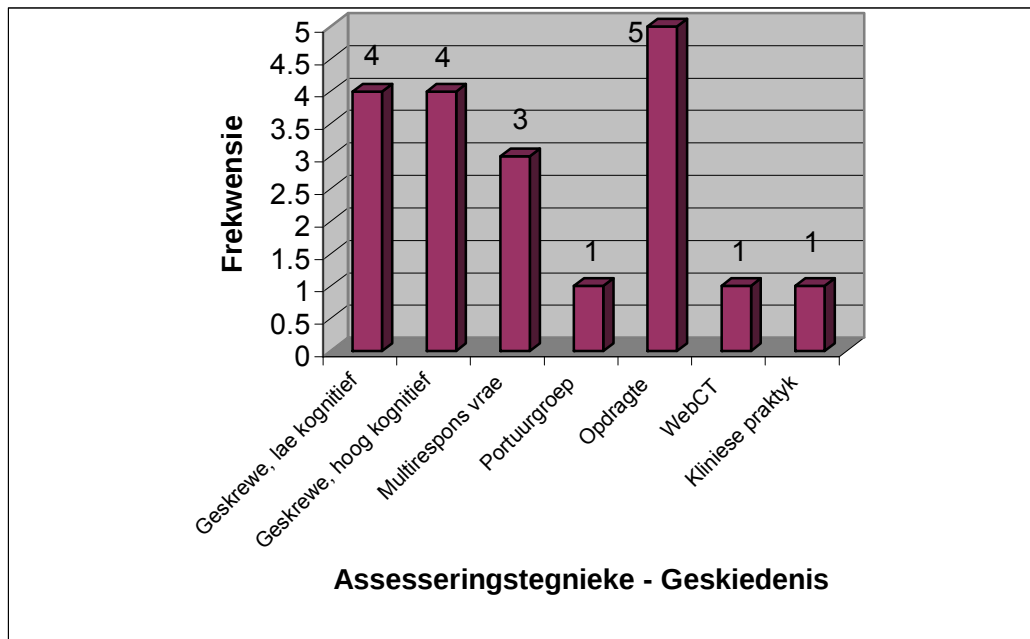
Bespreking kan 'n effektiewe onderrigtechniek wees indien dit deeglik beplan en implementeer word. Dit stimuleer egter kognitiewe denke eerder as affek (Gastmans, 2002:intyds; Doane, 2002:521) terwyl die ontwikkeling van die affektiewe domein is vir ontwikkeling van professionele identiteit belangrik is en dus nie hierdeur ontwikkel word nie. In geval van klasbesprekings bestaan die risiko dat nie alle studente deelneem nie of dat sekere studente die bespreking oorheers. Maatreëls behoort dus in plek te wees om te verseker dat elkeen wél voldoende deelneem en dat persone wat nie deelneem nie, aangespreek word (Litz, 2003:intyds).

Dit is onruskend dat daar 3 instansies (15.8%) is wat slegs een tegniek, soos byvoorbeeld net bespreking, 'n inleidende lesing, of lesings as onderrig tegniek vir die onderrig van Geskiedenis gebruik. Deur slegs een tegniek te gebruik, kan studente nie 'n geheelbeeld van Geskiedenis en die rol wat dit in Verpleging gespeel het, bekom nie (Ironsides, 2001: intyds).

Indien onderrig tegnieke gekombineer word vir die onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk kan dit leer bevorder. Indien tegnieke gebruik word waardeur studente aktief self met inligting werk, vind effektiewe leer plaas en daarom behoort sodanige tegnieke in die onderrig van Geskiedenis geïmplementeer te word (Baumberger-Henry, 2005: intyds).

6.2.4.1.4 Assesseringstegnieke

Veertien respondente het aangedui dat Geskiedenis van Verpleging wel by hulle instansies geassesseer word. Die assesseringstegnieke wat gebruik word, word in figuur 6.5 aangetoon.



FIGUUR 6.5: Assesseringstegnieke wat in die onderrig van Geskiedenis gebruik word (n=19)

Geskrewe assessering word, na aanleiding van Bloom se taksonomie in verskillende vlakke verdeel, naamlik kennis, begrip, toepas, analiseer, evalueer en sintetiseer (Quinn, 2001:140-142). Vrae geformuleer om kennis en begrip te toets, is assessering op 'n laer kognitiewe vlak, terwyl vrae wat vanaf toepassingsvlak tot sintetiseervlak geformuleer is, hoër kognitiewe kennis asseesseer.

Dit blyk uit die resultate dat geskrewe assessering, (5 instansies; 26.3%) sowel as beantwoording van geskrewe vrae op lae- en hoë kognitiewe vlak (4 instansies; 21.1%) die meeste in assessering van Geskiedenis gebruik word (vergelyk figuur 6.5). Assessering deur middel van WebCT, portuurgroepassessering en assessering in die kliniese praktyk, word elk by een instansie (5.3%) gebruik.

Kennis, begrip en toepassing van die Geskiedenis van Verpleging behoort studente te help om 'n professionele identiteit te vorm. Indien die onderrig van Geskiedenis slegs op lae kognitiewe vlak getoets word, sal studente nie die etos, waarde en norme van Verpleging kan identifiseer en internaliseer nie en dit gebeur by 9 onderriginstansies. Hierdie studente sal dus nie effektief 'n professionele identiteit kan ontwikkel nie (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

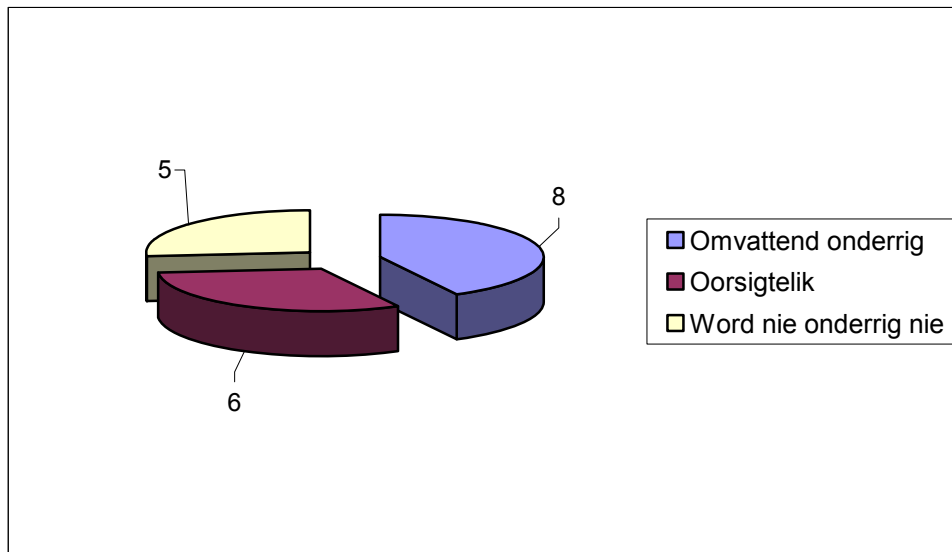
6.2.4.2 *Filosofie van Verpleging*

Die SARV het 'n filosofie van Verplegingsonderrig beskryf. In hierdie filosofie is verskillende waardes van Verpleging beskryf en dit is dus nodig dat studente hieroor onderrig word (SARV: Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele verplegingsopleiding. 1993, soos gewysig). Studente kan ook oor ander filosofieë, of die module Filosofie as sulks, onderrig word.

6.2.4.2.1 *Insluiting van filosofie*

Die doel van die onderrig van filosofie behoort egter te wees om die studente te help om die waarde van Verpleging in te sien, 'n eie lewens- sowel as Verplegingsfilosofie te identifiseer (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds) en dit te internaliseer. Dit is dus vanselfsprekend dat, om laasgenoemde te wil bereik, die onderrig oor 'n filosofie, of Filosofie nie net op lae kognitiewe vlak kan plaasvind nie.

Die response van die verskillende lektrises ten opsigte van die onderrig van 'n filosofie of Filosofie in [Etos en] Professionele Praktyk is in figuur 6.6 aangedui.



FIGUUR 6.6: Onderrig van filosofie by onderriginstansies (n=19)

Uit figuur 6.6 blyk dit dat 42.1% (8) van die instansies studente deeglik oor filosofieë, asook die SARV se filosofie, onderrig. By ses (31.6%) van die onderriginstansies word die onderrig hiervan net oorsigtelik gedoen en by 5 (26.3%) van die instansies word daar geen onderrig oor Filosofie of die SARV se filosofie in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gegee nie.

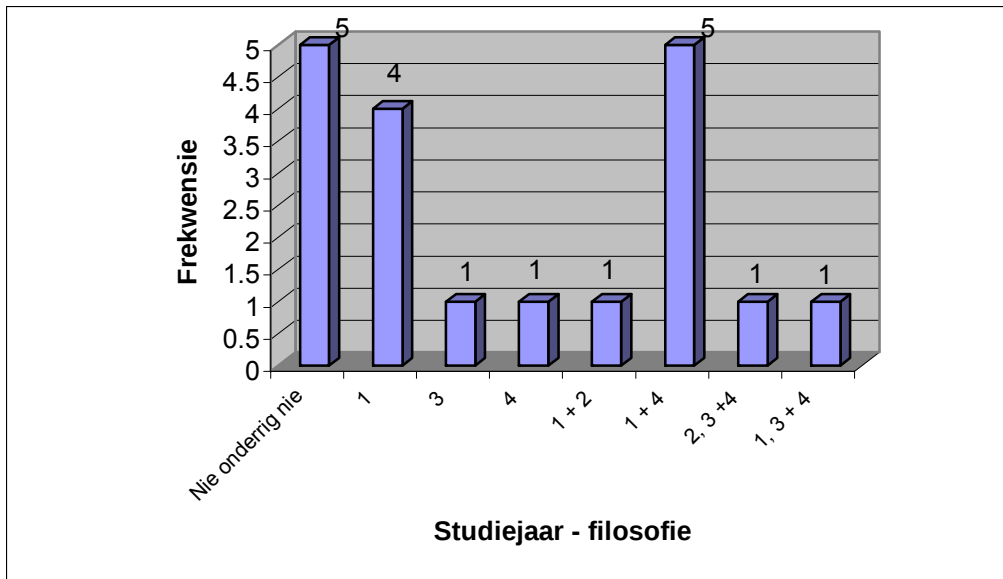
In filosofie word die waardes en oortuigings wat uniek aan 'n professie soos Verpleging, sowel as abstrakte konsepte, soos byvoorbeeld die mens, deernisvolle sorg, gesondheid, Verpleging en holistiese sorg beskryf (Chitty, 2001:199; Mellish, *et al.*, 2001:13). In Verpleging kan hierdie konsepte op verskillende wyses interpreteer word en daarom behoort daar gepoog te word om eenvormigheid van denke te bekom. Dit kan gedoen word deur ten minste die filosofie van die SARV te onderrig aangesien konsepte soos Verpleging, verpleegkunde en 'n wetenskaplike benadering tot Verpleging in hierdie filosofie beskryf word (Clarke & Holt, 2001:intyds; Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van Professionele Verplegingsopleiding. 1991, soos gewysig).

Indien studente Filosofie bestudeer, kom hulle met die werk van bekende filosofieë in aanraking - iets wat hulle moontlik nooit mee in aanraking sou gekom het nie. Bestudering van Filosofie as sulks help verder dat studente se kritiese denke ontwikkel. Dit kan weer help dat hulle artikels en inligting as gevolg van filosofiese beredenering, wetenskaplik kan beoordeel (Clarke & Holt:2001:intyds).

Studente behoort die konsepte en waardes wat aan Verpleging gekoppel is te ken, dit te kan verdedig en aan ander te kan oordra. Dit moet deel van hulle professionele identiteit word en daarom is dit kommerwekkend dat slegs 8 instansies (46,1%) studente hieroor onderrig. Dit impliseer dat meer as die helfte van studente wat afstudeer, nooit oor die waardes en filosofie van Verpleging onderrig word nie. Dit plaas 'n vraagteken oor die effektiewe ontwikkeling van laasgenoemde studente se professionele identiteit.

6.2.4.2.2 Studiejaar waarin filosofie onderrig word

Veertien instansies (73.7%) onderrig studente ten opsigte van filosofie in die onderskeie studiejare soos in figuur 6.7 aangedui.



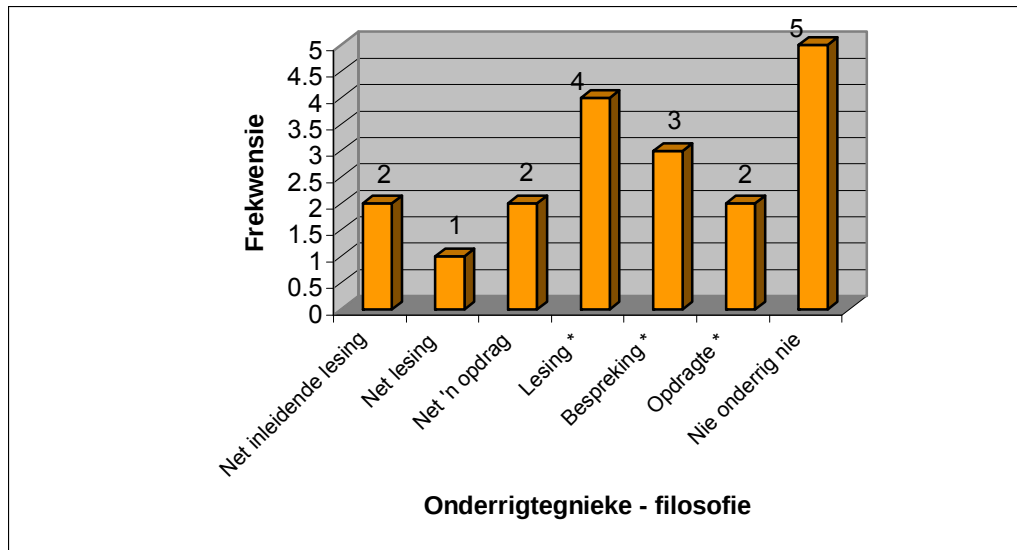
FIGUUR 6.7: Studiejaar waarin filosofieë onderrig word (n=19)

Volgens figuur 6.7 word 'n filosofie of filosofieë by 21.1% (4) van die onderriginstansies in die eerste studiejaar onderrig, teenoor 26,3% (5) instansies wat dit in die eerste- en vierde studiejaar aanbied. Filosofie word by geen onderriginstansie in die tweede studiejaar alleen onderrig nie.

Onderrig van Filosofie of 'n filosofie moet daartoe bydra dat studente 'n professionele identiteit ontwikkel. Dit is 'n proses wat tyd neem en daarom behoort onderrig van 'n filosofie in meer as een studiejaar onderrig te word ten einde studente die geleentheid te bied om met die inhoud om te gaan (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:9).

6.2.4.2.3 Onderrigtegnieke

Die verskillende tegnieke wat vir die onderrig van filosofieë by die onderskeie onderriginstansies gebruik word, word in figuur 6.8 reflekteer.



FIGUUR 6.8: Tegnieke wat in onderrig van filosofie gebruik word (n=19).

Volgens figuur 6.8 blyk dit dat die kombinerings van lesings en bespreking met ander tegnieke onderskeidelik by die meeste onderriginstansies (7) gebruik word. Die toepaslikheid van onderrig tegnieke soos slegs die gee van inleidende lesings (2 instansies), slegs lesings (1 instansie) en slegs die uitvoer van opdragte (2 instansies) in onderrig van filosofie kan bevraagteken word (Levett-Jones, 2005:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:101-104). Bestudering van filosofie benodig kritiese denke en –beredenering (Henderson, 2006:28; Clarke & Holt, 2001:intyds) en dit word nie effektief deur selfstudie, inleidende lesings en uitvoer van opdragte ontwikkel nie.

Geen van die onderriginstansies gebruik byvoorbeeld Probleemgebaseerde onderrig (PBL) vir die onderrig van filosofie nie. Met PBL word daar nie net op inhoud gefokus nie, maar ook op die leerproses en verskillende dissiplines of vakke word in een probleem of met een stimulus aangespreek (Raymond & Profetto-Grath, 2004:intyds; Mellish, *et al.*, 2001:99-100; Williams, 2001:32). Studente word dus geleer om krities oor leerstof te dink.

PBL vind gewoonlik in 'n kleingroep plaas, maar dit kan ook via die internet gesinkroniseerd plaasvind (Kamin, *et al.*, 2006:intyds). Dit is dus 'n baie effektiewe onderrig- en assessering-metode om in die onderrig van 'n filosofie te gebruik.

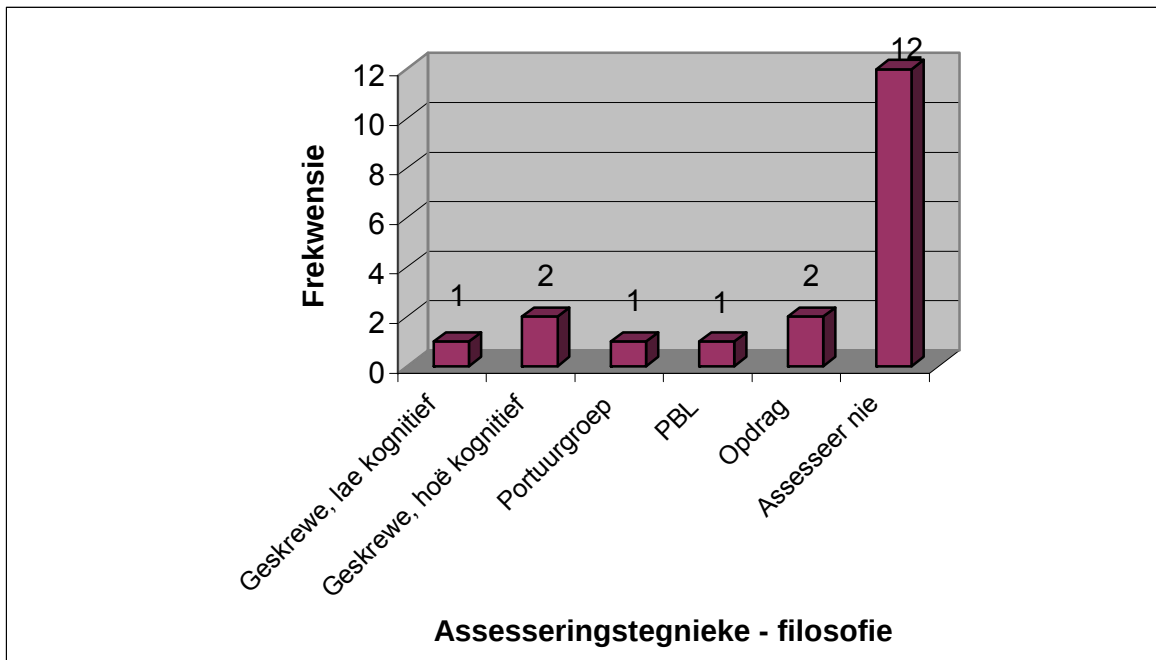
By een onderriginstansie (5.3%), waar lesings en besprekings gekombineer word, word eerstejaarstudente versoek om hulle persepsie of “filosofie” van Verpleging neer te skryf. Hierdie bladsy word dan toegekram om vertroulikheid te verseker en dit word deur die lektrise bewaar. Wanneer hierdie studente in hulle derdejaar is, word hierdie beskrywing weer aan hulle gegee en hulle word versoek om dit dan te evalueer en aan te pas. Hierdeur word selfevaluering gedoen en dit kan studente motiveer ten opsigte van hulle groei.

Die identifisering of kies van 'n eie lewensfilosofie sowel as filosofie van Verpleging, is deel van die ontwikkeling van emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3). Volgens die navorsingsresultate word daar by 8 onderriginstansies (42.1%) van onderrigtegnieke gebruik gemaak wat nie bevorderlik is vir internalisering van die Verpleegkundige kultuur en waardes nie. Dit is die gee van 'n opdrag, lesings en inleidende lesings alleen. Laasgenoemde onderrigtegnieke pas ook nie by die verwagtinge van onderrig van die jonger generasie student nie (Adams, *et al.*, 2006:58; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Pask, 2005:intyds; Rognstadt, Nortveld & Aaslan, 2004:intyds, 2004:intyds; Muller, 2002:66; Pask, 2003:170-171; Chitty, 2001:177; 479-480).

Tegnieke soos refleksie, ervaringsleer, probleemgebaseerde leer en gebruik van e-leer is bevorderlik vir ontwikkeling van kritiese denke, blootstelling aan ander persone se kultuur, persepsie en leefwyse en behoort dus in onderrig van filosofieë toegepas te word (Reeves & Fogg, 2006:intyds; Henderson, 2006:28; Clarke & Holt, 2001:intyds).

6.2.4.2.4 Assesseringstegnieke

Die meeste studente beskou werk wat geassesseer gaan word as belangrik en werk wat nie geassesseer gaan word nie as onbelangrik (Quinn, 2001:200). By 63.2% (12) van die onderriginstansies word studente nie oor filosofieë nie geassesseer nie en dit is dus moontlik dat dié studente filosofie as onbelangrik kan beskou. By die oorblywende 7 onderriginstansies word assesseringstegnieke soos in figuur 6.9 aangetoon, gebruik.



FIGUUR 6.9: Tegnieke gebruik in assessering van filosofie (n=19)

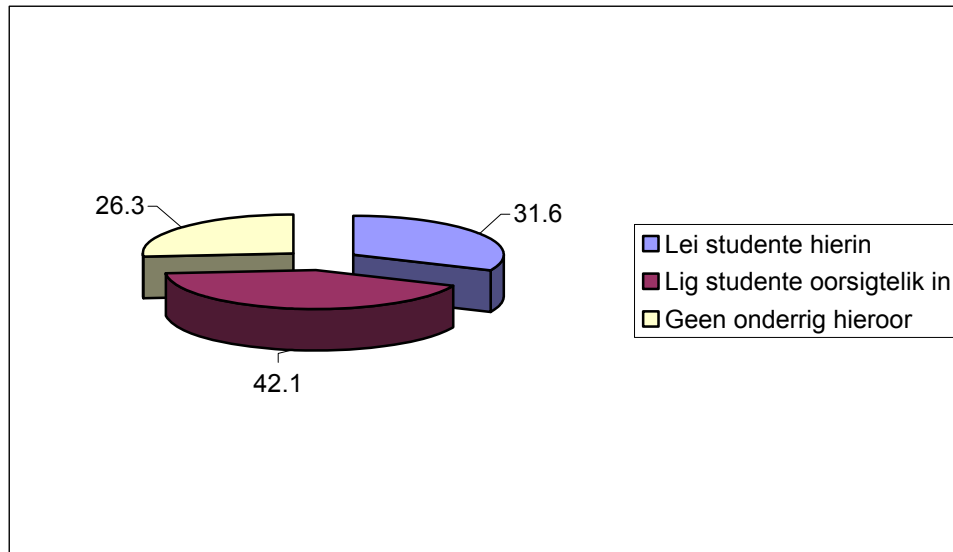
By 2 onderriginstansies (10.5%) word studente deur middel van geskrewe assessering, op toepassingsvlak en hoër, volgens Bloom se taksonomie, ten opsigte van filosofie geassesseer. Geskrewe assessering sluit toetse, opdragte en eksamens in. Aangesien onderrig van filosofieë nie slegs tot feitekennis van studente moet bydra nie, maar ook hulle houding en lewensuitkyk raak, behoort assessering nie slegs in geskrewe formaat toegepas te word nie (Quinn, 2001:203).

Een onderriginstansie (5.3%) gebruik probleemgebaseerde onderrig as onderrigtegniek en die assessering vind dus só plaas, terwyl een ander onderriginstansie (5.3%) van portuurgroep assessering gebruik maak (vergelyk figuur 6.9). Ten einde 'n geheelbeeld van studente se vordering in 'n module of deel daarvan te verkry, is dit verkieslik dat 'n verskeidenheid assesseringstegnieke toegepas word (R. Cohen, 2001:149). Dit word nie in die assessering van filosofie gedoen nie.

6.2.4.2.5 *Ontwikkeling van 'n eie filosofie*

Ten einde 'n professionele selfbeeld te kan ontwikkel, behoort studente hul eie waardes, dié van hulle leefwêreld en van Verpleging te identifiseer en te internaliseer. Identifisering van eie waardes en persepsies help dat studente hulle eie filosofie kan formuleer en dit help weer met die vorming van professionele identiteit (Fakude & Bruce, 2003:49; Williams, 2001:30). Studente moet dus tydens Verplegingsonderrig gehelp word om ook 'n eie lewens-en wêreldbeskouing te identifiseer.

Figuur 6.10 weerspieël hoe die onderskeie onderriginstansies ontwikkeling van studente se eie filosofie probeer bevorder.



FIGUUR 6.10: Wyses waarop ontwikkeling van 'n eie filosofie bevorder word (n=19).

Soos in figuur 6.10 aangedui, word studente by 31.6% (6) van die onderriginstansies gelei om hul eie filosofie te identifiseer en te ontwikkel, terwyl 8 (42.1%) van die instansies studente slegs oorsigtelik hieroor inlig. Kommerwekkend is die feit dat 26.3% (5) van die onderriginstansies geen tyd hieraan spandeer nie.

Indien studente nie gelei word om 'n persoonlike sowel as professionele filosofie te ontwikkel nie, sal hulle ook nie 'n professionele identiteit ontwikkel nie. In sulke gevalle is persone geneig om hulle selfkonsep van hulle werksrol te skei en sien Verpleging slegs as nog 'n tipe werk (Pask, 2003:170; Searle, 2000:263). Sulke persone ondervind probleme met doelwit-bereiking, is teleurgesteld en gefrustreerd (Ewens, 2003: 224; 226; Gregg & Magilvy, 2001:intyds). Hierdie persone kan nie effektiewe Verpleging lewer nie. Onderriginstansies behoort dus ernstig aandag te skenk aan die vorming van studente se professionele identiteit sodat verpleegsorg van 'n hoë standaard gelewer kan word.

6.2.4.3 Waardes van Verpleging

Respondente is gevra om na hulle mening, die *belangrikste verpleegkundige waardes*, te noem.

6.2.4.3.1 Belangrikste verpleegkundige waardes

Kommerwekkend is die feit dat sewe (36.8%) van die respondente onseker was oor wat spesifieke verpleegkundige waardes is, terwyl die res van die respondente (12) die waardes genoem het soos in tabel 6.3 gelys.

TABEL 6.3 Belangrikste verpleegkundige waardes genoem (n=19)

Waarde genoem	f	Waarde genoem	f
Besorgd oor pasiënte	2	Nie diskrimineer	3
Integriteit	1	Deernisvolle sorg ("caring")	7
Deernis	4	Toegewydheid	5
Deeglikheid	1	Regverdigheid	1
Respek	3	Empatie	1
Regte	1	Om te dien	1
Menslikheid	1	Eerlikheid	2

Al die waardes, soos gelys in tabel 6.3, het betrekking op Verpleging maar ook op ander professies. Dit is egter insiggewend dat deernisvolle sorg ("caring"), wat in die literatuur as die mees basiese en unieke Verpleegkundige waarde beskryf word (Süreyya, 2005:intyds; Kosowski, Grams, Taylor & Wilson, datum:intyds; Cortis & Kendrick, 2003:79; Chitty, 2001:252; Ellis & Hartley, 2001:166; Mulaudzi, *et al.*, 2001:95; Searle, 2000:92; Wilkes & Wallis, 1998:582) deur slegs 7 respondente genoem is. Die vraag ontstaan oor waarom lektrises dit nie as 'n belangrike of dié belangrikste waarde van Verpleging sien nie. As dié waarde nie vir die lektrises van belang is nie, sal hulle dit ook nie aan die studente oordra nie.

Ten opsigte van die aanleer en onderrig van deernisvolle sorg is dit die persepsie van Dr Jean Watson (2006:intyds) dat 'n persoon oor deernisvolle sorg kan lees,

dit kan bestudeer en selfs daaroor navorsing kan doen, maar dat 'n persoon dit **persoonlik moet** ervaar ten einde te kan weet wat dit is.

Indien die toepassing van deernisvolle sorg Verpleging se uniekheid bevestig, behoort die konsep beskryf en in alle onderriginstansies aan studente op praktiese wyse geleer te word. Die vertaling van die woord in Afrikaans en ander tale kan die begrip daarvan verlore laat gaan en daarom moet lektreses sorg dra dat studente die werklike betekenis daarvan begryp.

Die feit dat respondente onseker is oor wat Verpleegkundige waardes is, is in ooreenstemming met wat Mogodi, *et al.*, (2003:28) in 'n studie, gedoen in die Noord-Wes Provinsie, gevind het. Die lektreses en studente betrokke by dié studie, was onseker oor watter waardes in Verpleging belangrik is en hoe dit onderrig behoort te word.

Studente kan deernisvolle sorg prakties ervaar indien die lektrise 'n goeie rolmodel daarin is en dit in haar daaglikse kontak met die student weerspieël word (Kyrkjebo & Hage, 2005:entyds; Chitty, 2001:178). In die praktyk vereis toepassing van deernisvolle sorg egter 'n positiewe pasiënt-verpleegkundige verhouding. Studente moet dus in die praktyk waarneem hoe 'n pasiënt-verpleegkundige houding gevestig en deernisvolle sorg toegepas word (Attree, 2001:456).

6.2.4.3.2 *Insluiting van deernisvolle sorg*

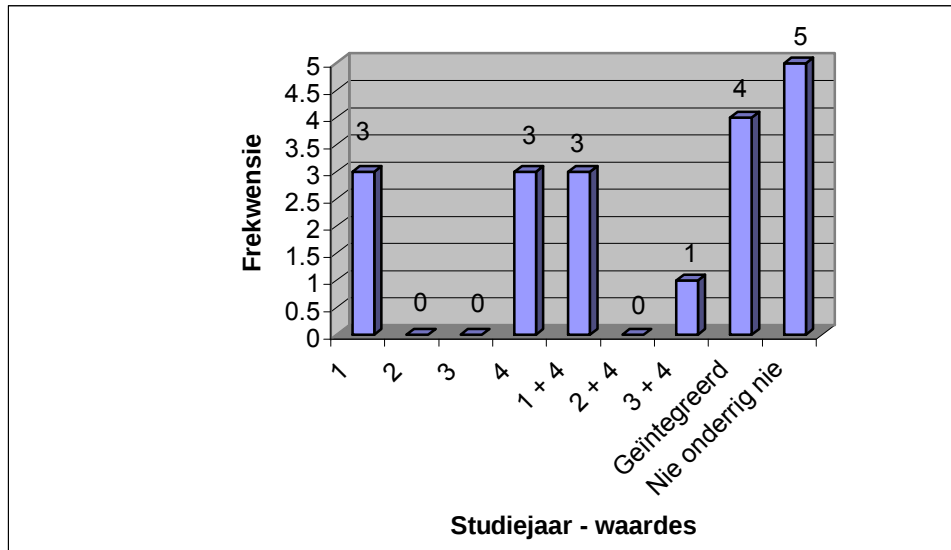
Die onderrig van deernisvolle sorg vind by 12 onderriginstansies (63.2%) plaas terwyl dit by 7 onderriginstansies (36.8%) nie onderrig word nie.

Dit is kommerwekkend dat daar verpleegkundiges is wat hul opleiding voltooi sonder dat hulle ooit kennis oor deernisvolle sorg ("caring") bekom het (Süreyya, 2005:entyds; Kosowski, *et al.*, datum:entyds; Cortis & Kendrick, 2003:79; Chitty,

2001:252; Ellis & Hartley, 2001:166; Mulaudzi, *et al.*, 2001:95; Searle, 2000:92; Pera & van Tonder, 1996:3; Standaarde vir Verplegingspraktyk: beleidstandpunte van die SARV. 1994, soos gewysig). Studente wat nie kennis oor deernisvolle sorg bekom en dit kan toepas nie, ontwikkel nie 'n professionele identiteit nie. Hierdie studente loop dus die gevaar om Verpleging net as “nog 'n werk” te beleef (Ewens, 2003: 224; 226; Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

6.2.4.3.3 *Studiejare waarin algemene waardes onderrig word*

Algemene waardes soos gelys in tabel 6.4 word by 14 onderriginstansies in die studiejare soos in figuur 6.11 weerspieël, onderrig.



FIGUUR 6.11: Studiejare waarin waardes onderrig word(n=19)

Volgens figuur 6.11 blyk dit dat onderrig van waardes by drie instansies (15.8%) in die eerste studiejare, 3 (15.8%) in die vierde studiejare en 3 (15.8%) in die eerste- en vierde jaar gekombineerd plaasvind. By die meerderheid van onderriginstansies 4 (21.1%) waar onderrig van waardes wel gedoen word, word dit geïntegreerd onderrig. Vyf instansies (26.3%) onderrig studente glad nie ten opsigte van algemene waardes nie.

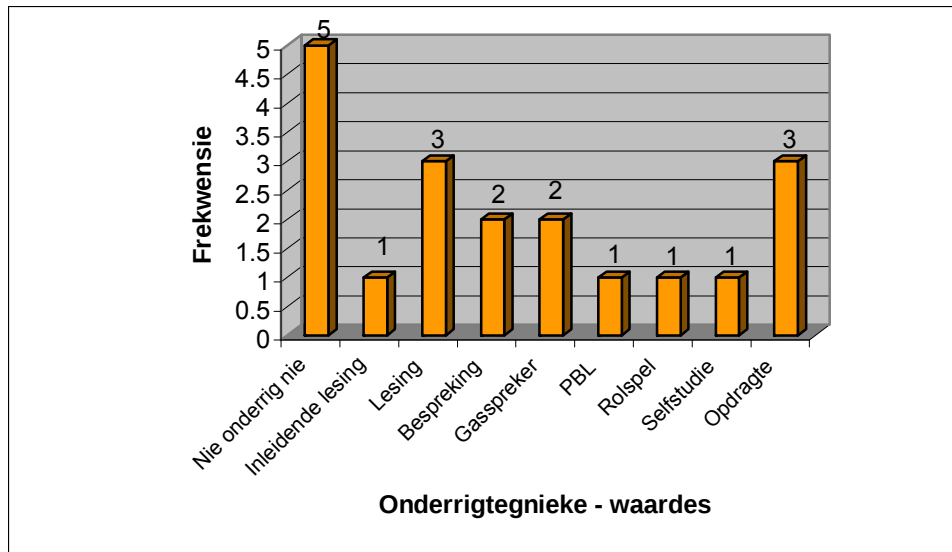
Aangesien alle studente nie 'n Westerse agtergrond het nie en Verpleging op Westerse waardes geskoei is (Weaver, 2001:256), is dit nodig dat studente oor die verloop van die vier jaar hieroor onderrig word. Studente moet van die waardes kennis neem, daaroor reflekteer, redeneer en dit internaliseer (Thompson, 2002:531 Chitty, 2001:177; Cohen, R. 2001:148; Nesler, *et al.*, 2001:293; Howkins & Evens, 1999:41-42). Hierdie prosesse vind met verloop van tyd plaas en kan nie slegs in een enkele jaar plaasvind nie.

6.2.4.3.4 Onderrigtegnieke

Algemene waardes van 'n samelewing word gewoonlik deur primêre sosialisering in 'n kleingroep, soos 'n gesin aangeleer (Popenoe, *et al.*, 1998:107) en dit vorm deel van 'n persoon se emosionele intelligensie (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170). Hierdie waardes behoort deur die onderriginstansie versterk te word, of waar studente nie daarvoor beskik nie, aan hulle geleer te word.

Ten opsigte van onderrig van deernisvolle sorg (“caring”) was een respondent van mening dat dit nie onderrig kan word nie en dat 'n persoon eintlik daarmee gebore word. Uit die literatuur blyk dit dat studente deernisvolle sorg sal sien soos wat dit aan hulle onderrig is (Süreyya, 2005:intyds) en dat hulle dit moet kan belééf om te verstaan wat dit beteken (Watson, 2006:intyds).

Die tegnieke wat gebruik is in die onderrig van waardes word in figuur 6.12 aangedui.



FIGUUR 6.12: Tegnieke wat in die onderrig van waardes gebruik word (n=19)

Volgens figuur 6.12 word die gee van lesings (3) en doen van opdragte (3) die algemeenste in die onderrig van waardes gebruik. By twee onderrig-instansies (10.5%) word van gassprekers gebruik gemaak. Gassprekers kan studente ten opsigte van waardes sensitiseer, maar waarde-uitklaring, aanleer van nuwe waardes en verandering aan bestaande waardes vereis tegnieke soos byvoorbeeld refleksie, PBL en ervaringsleer (Davis, *et al.*, 2006:226; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh *et al.*, 2004: intyds; Jones, 1999:44).

Gee van lesings alleen is nie geskik vir onderrig oor waardes nie, aangesien daar geen betrokkenheid van die student by die leerproses is nie. Tydens lesings kry studente ook nie die geleentheid om met die inhoud om te gaan of om dit te beleef nie (Watson, 2006:intyds).

Rolspel kan suksesvol in die onderrig van waardes gebruik word (Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds), maar dit verg die skryf van 'n draaiboek, uitdeel van rolle en afrigting van die rolspelers. Dié tegniek is dus tydintensief. Die uitvoer van rolspel alleen sal nie noodwendig leer tot gevolg hê nie (Donaldson & Carter, 2005:intyds).

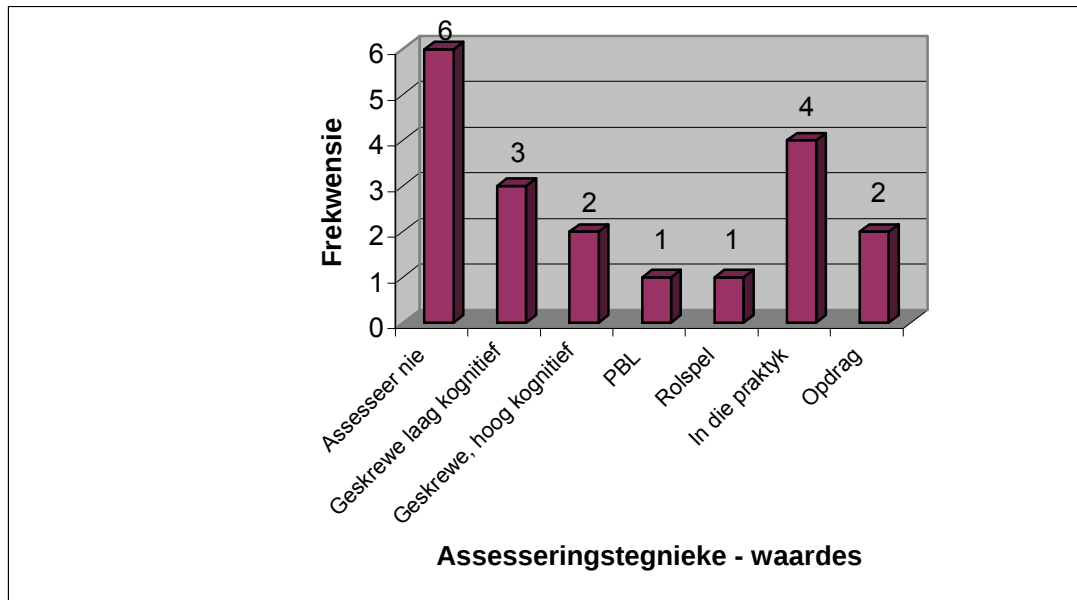
Ander tegnieke, soos besprekings en uitvoer van take sal sensitisering van waardes tot gevolg kan hê indien hierdie tegnieke deeglik beplan word. Die waarde van selfstudie in die vaslegging van waardes kan egter bevraagteken word (Austgard, 2006:intyds; Wilkinson, 1998:2).

Ten einde waardes, soos onder andere deernisvolle sorg, te kan onderrig moet die teoretiese komponent, sowel as emosionele belewenis daarvan in ag geneem word (Austgard, 2006:intyds; Wilkinson, 1998:2). Dit kan dus die beste in die praktyk, onder leiding van effektiewe rolmodelle, aan studente geleer word (Süreyya, 2005:intyds) en dit behoort in alle onderriginstansies só gedoen te word.

6.2.4.3.5 Assesseringstegnieke

Volgens ses respondente word onderrig van waardes nie by hulle onderriginstansies assessee nie. Die nadeel van onderrig wat nie geassesseer word nie, is reeds voorheen beskryf.

Die tegnieke wat by die dertien ander onderriginstansies gebruik word, is in figuur 6.13 aangedui.



FIGUUR 6.13: Assesseringstegnieke wat in onderrig van waardes gebruik word (n=19)

Die onderrig van waardes word by vier onderriginstansies (21.1%) in die kliniese praktyk geassesseer soos uit figuur 6.13 gesien kan word. Hierdie assessering vorm deel van 'n omvattende assessering deur die betrokke onderriginstansies. Geskrewe assessering op lae kognitiewe vlak word by 3 instansies (15.8%) en op hoë kognitiewe vlak by 2 (10,5%) onderriginstansies gedoen.

Wanneer die bevindinge van Mogodi, *et al.* (2003:35) in ag geneem word, naamlik dat veral deernisvolle sorg 'n moeilike konsep is om aan studente te leer, ontstaan die vraag of daar deur middel van kognitiewe assessering of rolspel bepaal kan word of waardes geïnternaliseer is.

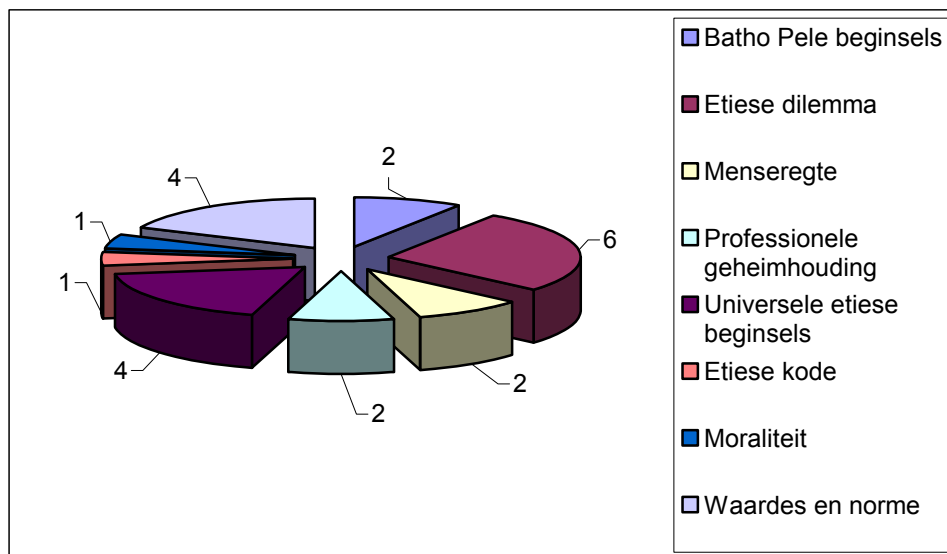
Rolspel word as onderrigstegniek in die literatuur beskryf, maar nie eintlik as assesseringstegniek nie (Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds). Aangesien geïnternaliseerde waardes in studente se aksies reflekteer, behoort dit in die praktyk geassesseer te word (Austgard, 2006:intyds) soos wat dit in 'n kommerwekkende lae 21.1% van gevalle tans gedoen word.

6.2.4.4 Etiek

Verblydend is die feit dat al 19 respondente aangedui het dat etiek in hul onderskeie modules van [Etos en] Professionele Praktyk vervat is.

6.2.4.4.1 Inhoud wat onderrig word

Etiese kodes, basiese goeie maniere, moraliteit, waardes en norme en om die waarheid te praat, is volgens een respondent die hoekstene wat die inhoud van etiek uitmaak. Hierdie en nog ander belangrike onderwerpe waaruit etiek bestaan soos deur die respondente aangedui, word in figuur 6.14 aangetoon. Van die respondente het meer as een onderwerp aangedui, daarom is n 22.



FIGUUR 6.14: Onderwerpe waaruit etiek bestaan (n=22)

Ses van die respondente (31.6%) het aangedui dat etiese dilemmas deel van etiek uitmaak. Vier (21.1%) respondente het elk na waardes en norme asook breedweg na “universele beginsels” as deel van etiek verwys (vergelyk figuur 6.14). Twee (10.5%) respondente het menseregte as belangrike komponent

beskou. Batho Pele beginsels en professionele geheimhouding is elk ook deur 2 (10.5%) onderriginstansies as belangrike komponente van etiek aangedui.

Etiek vorm deel van enige persoon, ook verpleegkundiges se daaglikse aktiwiteite (Doane, 2002:521), want dit verwys na wat “reg” of “verkeerd” is en wat “gedoen behoort te word” of “wat nie gedoen behoort te word nie” (Arries, 2005:64; Ellis & Hartley, 2001:342; Mellish & Paton, 1999:117). Die gedragskode vir veilige Verplegingspraktyk word ook op etiek gebaseer (Standaarde vir Verplegingspraktyk. Beleidstandpunte van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. 1991, soos gewysig) en daarom is dit belangrik dat studente hieroor onderrig word.

Etiek behoort egter in geheel onderrig te word en nie net sekere dele, soos byvoorbeeld net etiese dilemmas, of menseregte of die etiese besluitneming nie. Verpleging bestaan nie slegs uit etiese vraagstukke of dilemmas wat opgelos behoort te word nie, maar daar kom daagliks algemene etiese situasies voor waarvoor professionele verpleegkundiges besluite moet neem. Een so ‘n voorbeeld is dié genoem in die koerantberig (vergelyk hoofstuk 1, bl 5) waar daar van ‘n vrou wat in die tweede stadium van baring was, verwag is om van een vertrek na ‘n ander te loop. Etiek moet dus in geheel so onderrig word dat studente dit in die alledaagse lewe kan identifiseer en korrek kan optree.

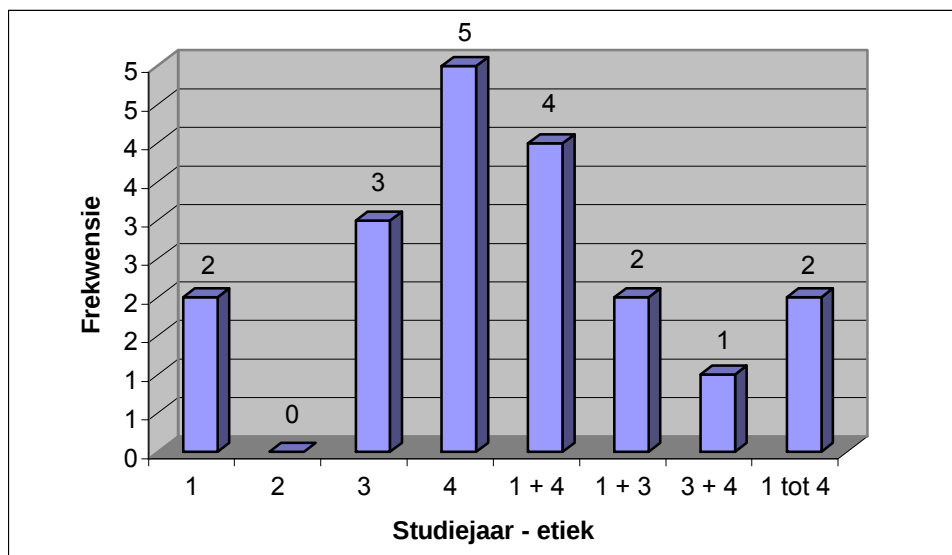
Verpleegkundiges word egter ook met etiese dilemmas gekonfronteer en daarom moet hulle onderrig word om dié unieke etiese vraagstukke te hanteer (Gastmans, 2002:intyds; Hussey, 1996:251). Ten einde etiese vraagstukke effektief te kan hanteer, moet kritiese denke ontwikkel word (Banning, 2005:intyds; Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds) en daar kan nie net na aanleiding van gememoriseerde feite gehandel word nie (Arries, 2005:65). Studente moet dus in etiek ook geleer word om krities te dink.

Dit is egter ewe belangrik dat studente sien hoe etiek in die praktyk toegepas word (Holland, 1999:intyds) deur rolmodelle wat eties korrek optree (Savage &

Favret, 2006:intyds). Nie een van die respondente het aangedui dat etiek spesifiek in die praktyk **onderrig** word nie en die effektiwiteit van onderrig van etiek kan dus bevraagteken word.

6.2.4.4.2 Studiejare betrokke:

Die studiejare waarin etiek by die verskillende instansies onderrig word, het aansienlik van mekaar verskil. Die verspreiding hiervan word in figuur 6.15 aangedui:



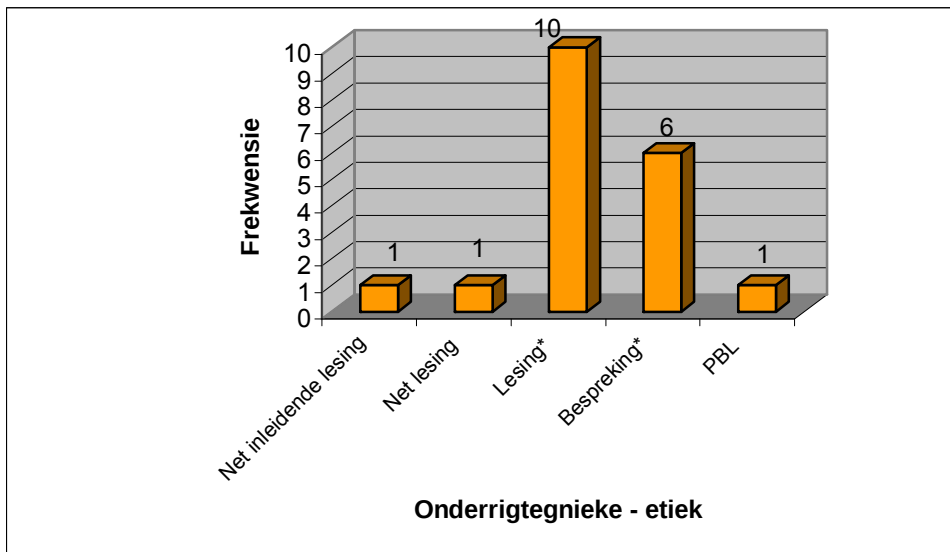
FIGUUR 6.15: Studiejare waarin etiek onderrig word (n=19)

Volgens figuur 6.15 blyk dit dat etiek slegs in die vierde studiejare by 5 onderriginstansies (26.3%) en by 4 (21.1%) van die instansies in die eerste- en vierdejaar onderrig word. By slegs 2 onderriginstansies (10.5%) word etiek soos die ideaal, deurlopend in al die studiejare, onderrig. Dit is verkieslik dat 'n module soos etiek deurlopend onderrig word, want die onderrig daarvan hou verband met studente se ontwikkeling van kritiese denke (Nesler, *et al* 2001:294).

Eerstejaarstudente word in totaal in 42.2% van gevalle oor etiek onderrig. Dit is 'n positiewe verskynsel dat eerstejaar studente oor etiek onderrig word, want vaslegging hiervan kan as positiewe grondslag vir die res van die student se opleiding dien (Carlson, *et al.*, 2003:38). Dit is ook nodig vir die vorming van studente se professionele identiteit.

6.2.4.4.3 Onderrigtegnieke

Die verskillende tegnieke wat in die onderrig van etiek oor die verskillende studiejare gebruik word, word in figuur 6.16 aangetoon.



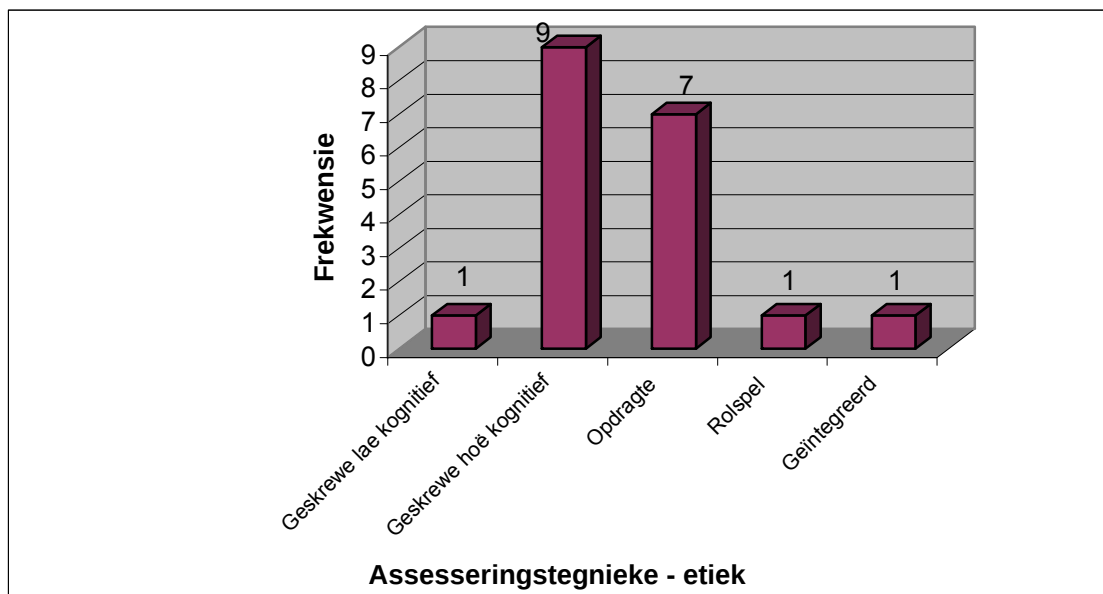
FIGUUR 6.16: Tegnieke wat in die onderrig van etiek gebruik word (n=19)

Figuur 6.16 reflekteer die gee van lesings by 10 instansies (52.6%) in kombinasie met ander onderrigtegnieke vir onderrig van etiek gebruik word. Die mees algemene kombinasie is lesings en besprekings, terwyl besprekings met rolspel, video's en gevallestudie gekombineer word. Lesings word ook met opdragte gekombineer.

Alhoewel die ontwikkeling van kognitiewe kennis deur middel van die lesingmetode en uitvoer van opdragte bevorder kan word, (Calman, *et al.*, 2002:523) bevorder hierdie tegnieke nie ontwikkeling van affektiewe kennis en sodoende emosionele intelligensie of professionele identiteit nie. Ontwikkeling van kritiese denke word ook nie deur hierdie tegnieke bevorder nie (Banning, 2005:intyds; Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds). Die ideaal sou wees om onderrigtegnieke te kies soos onder andere refleksie, PBL en waarde-uitklaring sodat studente se kritiese denke en internalisering van etiek bevorder kan word.

6.2.4.4.4 Assesseringstegnieke

'n Positiewe waarneming is dat etiek by al die onderriginstansies geassesseer word. Studente behoort dit dus as 'n belangrike komponent van [Etos en] Professionele Praktyk te beskou. Die wyses waarop die assessering van etiek oor die verskillende jare gedoen word, word in figuur 6.17 weerspieël.



FIGUUR 6.17: Assesseringstegnieke wat in onderrig van etiek gebruik word (n=19)

Uit figuur 6.17 blyk dit dat assessering van etiek by tien van die onderriginstansies (52,6%) deur middel van geskrewe toetse en eksamens met vrae op lae en hoër

kognitiewe vlak gedoen word. Die uitvoer van opdragte word by 7 onderriginstansies (36.8%) gebruik en geïntegreerde assessering word slegs by een instansie (5.3%) gebruik.

Volgens die respondent wat geïntegreerde assessering toepas, word 'n omvattende, summatiewe kliniese assessering aan die einde van die vierjaar program gedoen. Hierdie assessering vind in die praktyk plaas en assessering van etiek vorm deel van die omvattende assessering. Dit kan 'n effektiewe wyse van assessering van etiek wees.

Met die uitsondering van die een respondent, het nie een van die ander respondente aangedui dat etiek in gesimuleerde - of werklike kliniese situasies ge-assesseer word nie, alhoewel laasgenoemde as 'n baie belangrike tegniek van assessering in die literatuur uitgewys word (Holland, 1999:intyds).

Verpleegkundiges moet op etiese wyse optree (Muller, 2002:66; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19; Chitty, 2001: 479-480; Searle, 2000:96; SARV. Werksdokument: "Draft Charter of Nursing Practice". September 2004) en etiese ontwikkeling vorm deel van beide emosionele intelligensie en professionele identiteit. Dit is dus nodig dat studente se praktiese toepassing van etiek in die praktyk geassesseer word. Assessering van slegs teoretiese kennis van etiek, soos wat dit tans by die meeste onderriginstansies gedoen word, kan nie aandui of 'n student die etiek geïnternaliseer het en dit wel in die praktyk sal kan toepas nie.

6.2.4.5 *Etiese kodes*

Die rol wat etiese kodes egter in die post moderne tyd van Verpleging speel, word huidig bevraagteken (Meulenbergs, *et al.* 2004:intyds). Gedurende die "professionele" fase het klassieke professies soos Geneeskunde en Regte etiese kodes gebruik om hulle identiteit uit te beeld en om selfregulering toe te pas. Verpleging het in dié voorbeeld gevolg (Meulenbergs, *et al.* 2004:intyds).

In die huidige post-professionele era kom multidissiplinêre samewerking tussen professies voor en word die klassieke grense van kennis tussen professies, soos byvoorbeeld Geneeskunde en Verpleegkunde verswak. Verder word etiese kodes tans ook as voorskriftelik, inperkend en vaag beskou. Waar etiese kodes ook as wyse van sosialisering gedien het, word ook hierdie rol tans bevraagteken (Meulenbergs, *et al.* 2004:intyds). As gevolg van al hierdie veranderinge behoort Verpleegonderriginstansies oor die sinvolheid van onderrig van etiese kodes te besin.

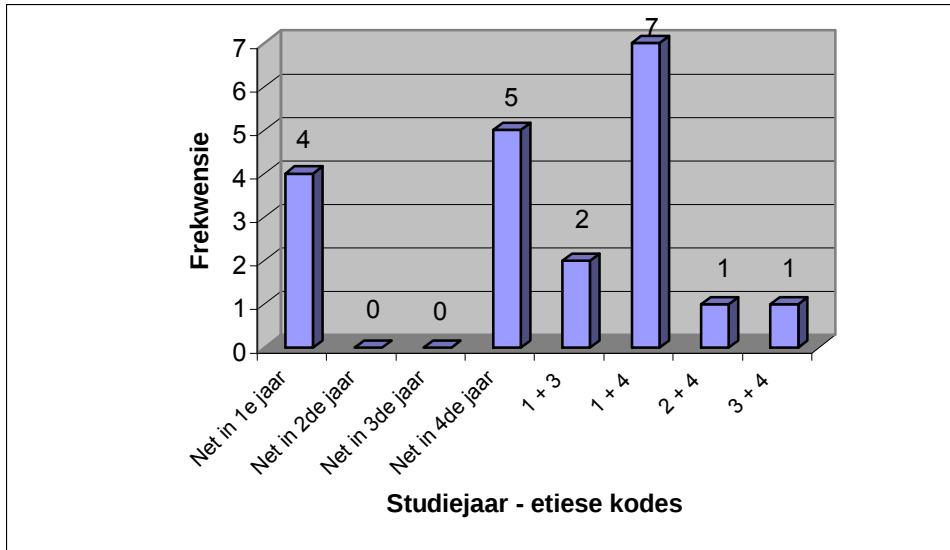
Etiese kodes is volledig in hoofstuk 3, bl 142 en hoofstuk 4, bl 202 beskryf.

6.2.4.5.1 *Insluiting van etiese kodes*

Al 19 respondente het aangedui dat onderrig van etiese kodes in die module van [Etos en] Professionele Praktyk ingesluit is. Ten opsigte van die vraag oor watter etiese kode(s) onderrig word, het dit geblyk dat almal nie dieselfde begrip het van wat 'n etiese kode is nie. Van die respondente het na die Geneefse konvensiebepalings en “Denosa-goed” as etiese kodes verwys, wat die vraag laat ontstaan oor hoe effektief onderrig van etiese kodes plaasvind indien respondente self dit nie kan identifiseer nie.

6.2.4.5.2 *Studiejare betrokke*

Onderrig van etiese kodes vind in verskillende studiejare by die onderskeie onderriginstansies plaas soos wat dit in figuur 6.18 (in %) uitgebeeld is.



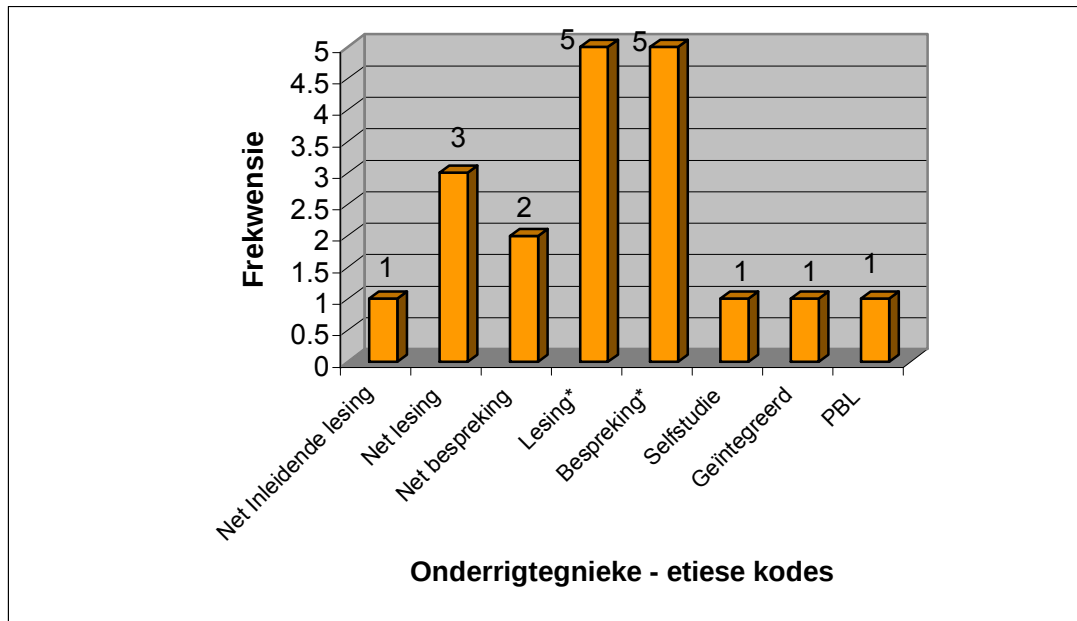
FIGUUR 6.18: Studiejaar waarin etiese kodes onderrig word (n=19)

By 4 van die onderriginstansies (21.1%) word etiese kodes slegs in die eerstejaar en by 5 instansies slegs in die vierdestudiejaar onderrig. By 7 instansies (36,8%) word etiese kodes gekombineerd in die eerste- en vierdestudiejaar onderrig (vergelyk figuur 6.18). Etiese kodes word glad nie in die tweede of derde studiejaar alleen by enige van die onderriginstansies onderrig nie.

Onderrig van etiese kodes kan veral vir eerstejaar studente as etiese oriëntasie ten opsigte van die praktyk dien. Dit kan ook as riglyn in besluitneming dien (Esterhuizen, 2006:105; Thompson, 2002:523; Pattison, 2001:intyds). Daar moet egter teen gewaak word dat studente kodes slegs op kognitiewe vlak leer, want dan sal hulle dit as net nog 'n stel reëls ervaar (Esterhuizen, 2006:109). Die sinvolheid van onderrig van etiese kodes word tog tans bevraagteken.

6.2.4.5.3 Onderrigtegnieke

Die verskillende tegnieke wat by die onderrig van etiese kodes oor die verskillende studiejaar gebruik word, word in figuur 6.19 uitgebeeld.



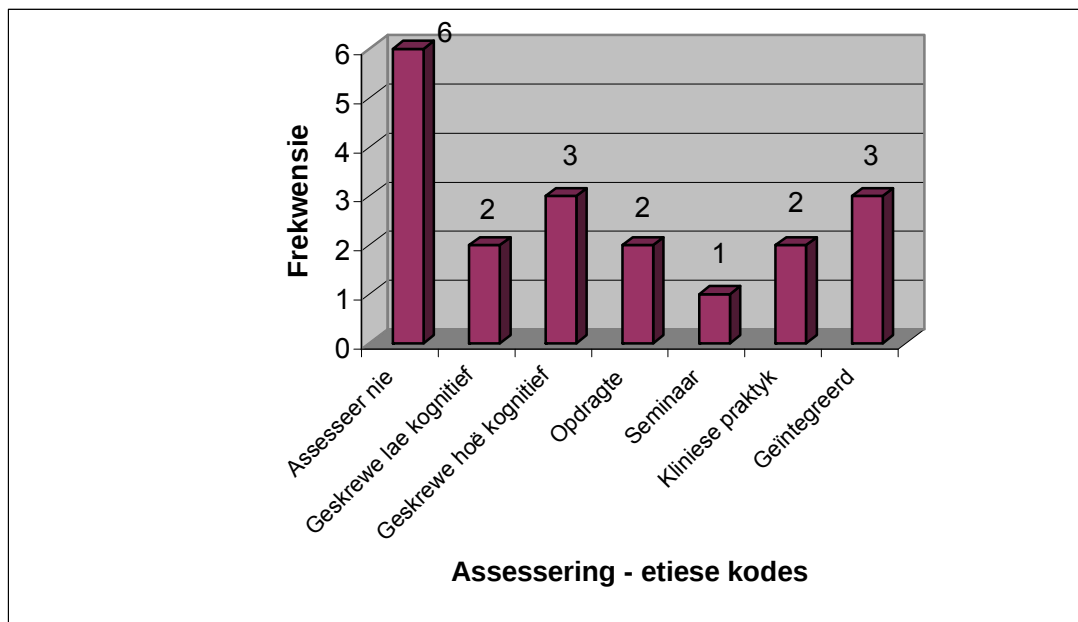
FIGUUR 6.19: Tegnieke wat in die onderrig van etiese kodes gebruik word (n=19)

Volgens figuur 6.19 word daar by 3 onderriginstansies (15.8%) slegs van lesings en by 2 (10.5%) slegs van bespreking as onderrigtegniek vir etiese kodes gebruik gemaak. Die gees van slegs 'n inleidende lesing, selfstudie, integrering van onderrig van etiese kodes by ander modules asook PBL word onderskeidelik by 1 instansie elk (5.3%) gebruik. Kombinerings van lesings sowel as kombinerings van bespreking met ander tegnieke soos byvoorbeeld om van die studente te verwag om hul eie etiese kode te skryf, kyk na video's en rolspel word onderskeidelik by 5 (26.3%) ander onderriginstansies elk vir onderrig van etiese kodes gebruik.

Indien etiese kodes as etiese oriëntasie ten opsigte van die praktyk of as riglyn in besluitneming moet dien (Esterhuizen, 2006:105; Thompson, 2002:523; Pattison, 2001:intyds) moet dit nie deur middel van slegs lesings of besprekings onderrig word nie. Die gebruik van PBL of kombinerings van tegnieke behoort gebruik te word sodat studente kodes nie net op kognitiewe bemeester nie, maar dit ook in die praktyk kan toepas.

6.2.4.5.4 Asseseringstegnieke

Dertien respondente (68.4%) het aangedui dat hulle studente ten opsigte van etiese kodes assessee, terwyl 6 (31.6%) nie assessering hieroor doen nie. Soos reeds genoem, beskou studente werk wat nie geassesseer word nie, as onbelangrik. Die verspreiding van tegnieke wat gebruik word om etiese kodes te assessee, word in figuur 6.20 uiteengesit.



FIGUUR 6.20: Asseseringstegnieke toegepas by onderrig van etiese kodes (n=19)

Figuur 6.20 weerspieël dat daar by 5 onderriginstansies (26.3%) van geskrewe assessering op lae en hoë kognitiewe vlak by assessering van etiese kodes gebruik gemaak word. Geskrewe assessering bepaal hoofsaaklik kognitiewe kennis van studente en nie hulle houding rakende etiese kodes en die toepassing daarvan nie.

Twee onderriginstansies (10.5%) assessee etiese kodes in die praktyk, twee ander instansies (10.5%) assessee dit deur middel van opdragte terwyl drie instansies (15.8%) assessering geïntegreerd met ander modules doen. Een

onderriginstansies (5.3%) gebruik 'n seminaar as assesseringstegniek. 'n Seminaar word hoofsaaklik gebruik as onderrigstegniek ten einde studente te leer om inligting te kan opsom, gedagtes te kan uitruil en ook om interpersoonlike vaardighede te kan inoefen (Mellish, *et al.*, 2001:127). Seminare kan dus as assesseringstegniek vir byvoorbeeld interpersoonlike vaardighede gebruik word, maar nie vir 'n onderwerp soos byvoorbeeld inhoud en toepassing van etiese kodes nie.

6.2.4.6 *Etiese dilemmas*

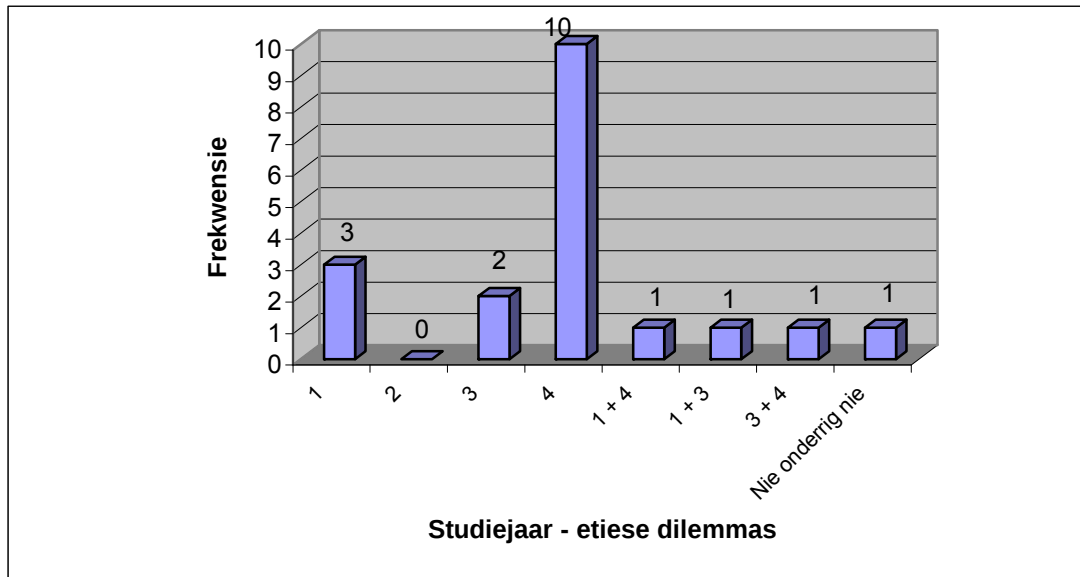
Etiese dilemmas kom in Verpleging voor en verpleegkundiges behoort dit met behulp van etiese beginsels of etiese waardes te kan hanteer (Arries, 2005:64; Verpeet, *et al.*, 2005:185). Etiese dilemmas is kompleks van aard en daarom moet dit nie op kennis en begripvlak onderrig word nie, maar op hoër kognitiewe vlak sowel as toepassing in die praktyk (Gastmans, 2002:intyds).

6.2.4.6.1 *Insluiting van etiese dilemmas*

Die meerderheid van respondente 18 (94.7%) het bevestig dat onderrig ten opsigte van etiese dilemmas by hulle onderriginstansies gedoen word, terwyl een respondent (5.3%) gesê het dat dit “soms” by hulle onderriginstansie onderrig word.

6.2.4.6.2 *Studiejaar betrokke*

Een van die respondente het aangedui dat onderrig van etiese dilemmas in 'n ander module aangebied word. By die res van die instansies vind onderrig oor etiese dilemmas in die verskillende studiejaar plaas soos in figuur 6.21 weerspieël.

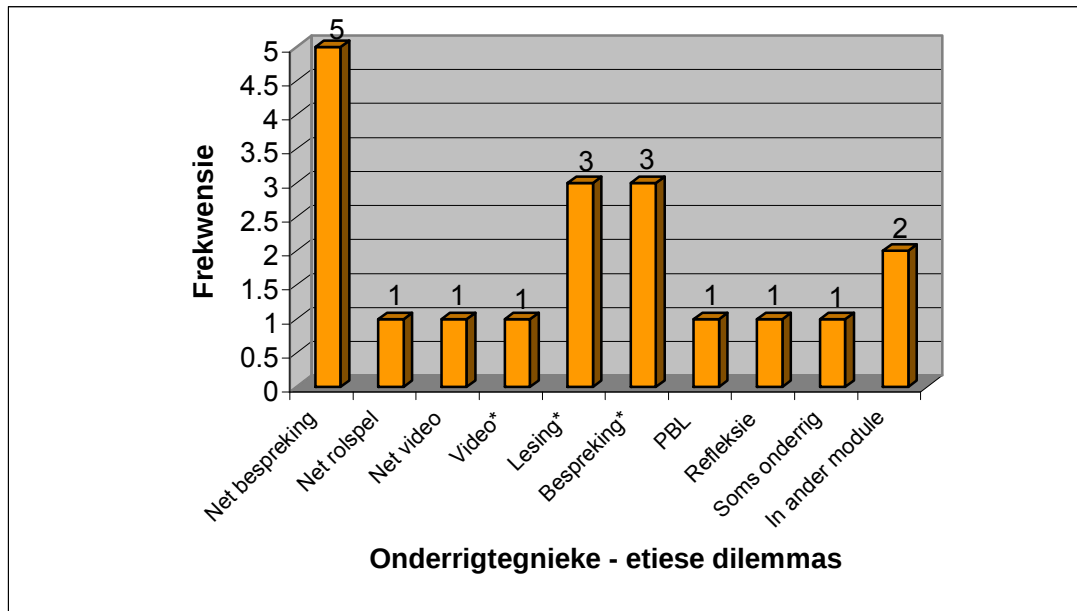


FIGUUR 6.21: Studiejaar waarin etiese dilemmas onderrig word (n=19)

Soos afgelei uit figuur 6.21 word studente by 10 (52.6%) van die onderriginstansies ten opsigte van etiese dilemmas in die finale jaar onderrig, terwyl dit by 3 instansies (15.8%) in die eerstejaar onderrig word. Dit is verkieslik dat studente in die finale studiejaar oor etiese dilemmas onderrig word, aangesien hulle dan meer volwasse is, 'n professionele identiteit ontwikkel het en ook oor praktykervaring beskik. Volwassenheid, praktykervaring sowel as 'n ontwikkelde professionele identiteit is nodig om die geheelbeeld van etiese dilemmas te begryp en dit effektief te kan hanteer (Doane, 2002:522).

6.2.4.6.3 Onderrigtegnieke

Die onderrig van etiese dilemmas vind deur middel van verskillende onderrigtegnieke by die onderskeie onderriginstansies plaas (vergelyk figuur 6.22).



FIGUUR 6.22: Tegnieke gebruik in die onderrig van etiese dilemmas (n=19)

Dit blyk uit figuur 6.22 dat besprekings alleen, by 5 (26.3%) onderrig-instansies die tegniek is wat die meeste in onderrig van etiese dilemmas gebruik word. Kombinerings van besprekings met byvoorbeeld bywoon van dissiplinêre verhore van die SARV (2 instansies; 10.5%), asook kombinerings van lesings met byvoorbeeld besprekings (2 instansies; 10.5%) of rolspel (1 instansie; 5.3%) word die tweede meeste as onderrigtegnieke gebruik.

Die gebruik van slegs video's, rolspel, refleksie en PBL word onderskeidelik elk by een onderriginstansies (5.3%) gebruik. By een ander onderriginstansie (5.3%) vind onderrig ten opsigte van etiese dilemmas "soms" plaas en by twee (10.5%) onderriginstansies word dit in 'n ander module onderrig.

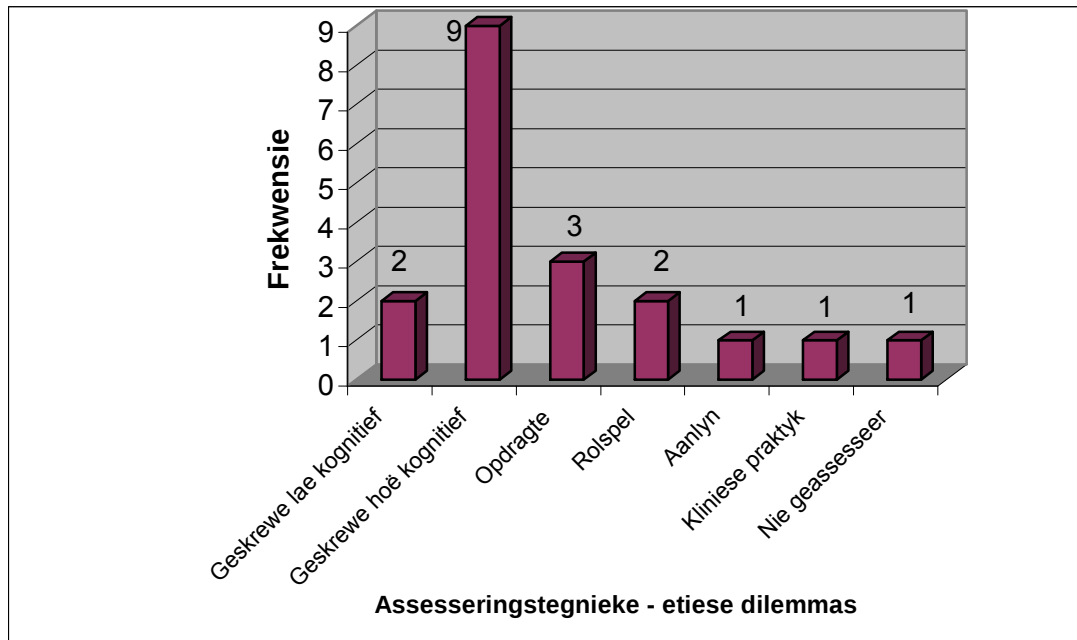
Die aard van etiese dilemmas lei daartoe dat bespreking sinvol as onderrigtegniek gebruik kan word, solank die besprekings só aangewend word dat kritiese denke en beredenering ook ontwikkel word (Doane, 2002:522). Dit is egter kommerwekkend dat daar onderriginstansies is wat slegs video's en rolspel as onderrigtegnieke vir onderrig van etiese dilemmas gebruik.

Begrip van en hantering van etiese dilemmas verg onder andere ook kritiese denke. Kritiese denke word deur tegnieke soos Probleemgebaseerde onderrig (PBL) en refleksie ontwikkel (Holland, 1999:intyds) terwyl gee van lesings en uitvoer van opdragte nie noodwendig kritiese denke ontwikkel nie (Mellish, *et al.*, 2001:101-104). Die effektiwiteit van die onderrig ten opsigte van etiese dilemmas by instansies wat slegs video's en rolspel gebruik word dus bevraagteken.

Die fokus in die onderrig van etiese dilemmas moet nie slegs op die definisie of bespreking oor huidige, bekende etiese dilemmas soos byvoorbeeld dié geassosieër met HIV of aborsie gerig wees nie. Etiese dilemmas kom in die alledaagse lewe voor, soos byvoorbeeld waar medikasie aan 'n pasiënt toegedien moet word en die saalvoorraad is uitgeput. Verpleegkundiges moet dan in staat wees om oor hierdie saak byvoorbeeld, 'n etiese gegronde besluit kan neem. Hulle moet ook die besluit kan implementeer en die gevolg daarvan evalueer (Thompson, *et al.*, 2006:131) ten einde te bepaal of dit die korrekte besluit was, of nie.

6.2.4.6.4 *Assesseringstegnieke*

Die doel van assessering van onderrig van etiese dilemmas is om vas te stel of studente in staat is om deur middel van kritiese denke, eties korrekte besluite aangaande etiese dilemmas te kan neem. Agtien respondente (94.7%) het aangedui dat assessering van onderrig van etiese dilemmas gedoen word terwyl een (5.3%) respondent aangedui het dat dit nie assessee word nie. Die tegnieke wat hiervoor gebruik word, verskyn in figuur 6.23.



FIGUUR 6.23: Assesseringstegnieke wat in onderrig van etiese dilemmas gebruik word (n=19)

Een respondent (5.3%) maak van aanlyn assessering gebruik, terwyl 'n ander respondent studente oor etiese dilemmas in die praktyk assessee. By die meerderheid van onderriginstansies word daar van geskrewe assessering op hoë - (9 instansies; 47.4%) en lae kognitiewe vlak (2 instansies; 10.5%) gebruik gemaak (vergelyk figuur 6.23). By drie onderriginstansies (15,8%) word opdragte as assesseringstegniek gebruik.

Alhoewel 2 respondente aangedui het dat hulle rolspel as assesseringstegniek gebruik, word dit, soos reeds genoem, nie as assesseringstegniek in die literatuur beskryf nie (Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds).

Hantering van 'n etiese dilemma kan nie net volgens 'n stel reëls gedoen word nie, aangesien dit 'n baie komplekse situasie is, wat kritiese denke verg om die beste oplossing te bekom (Holland, 1999:intyds; Süreyya, 2005:intyds; Gastmans, 2002:intyds; Doane, 2002:522; Arries, 2005:64).

6.2.4.7 *Etiese besluitneming*

Indien 'n etiese dilemma voorkom moet etiese besluitneming gedoen word ten einde dit te hanteer. Toepassing van 'n besluitnemingsmodel kan etiese besluitneming rig, maar aangesien etiese dilemma's baie kompleks van aard is kan die stappe van 'n besluitnemingsmodel nie net outomaties gevolg word nie (Cahn & Pastore, 2003:intyds). Die besluitnemingstappe moet deur middel van krities denke en beredenering toegepas word (Banning, 2005:intyds; Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds).

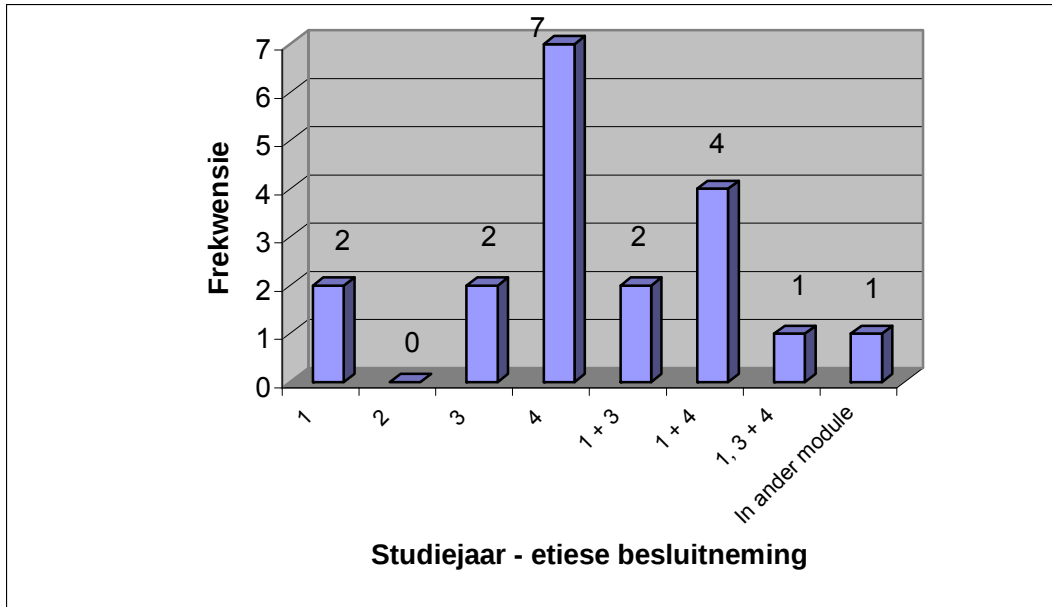
Studente moet dus onderrig word om die impak wat verskillende keuses in 'n spesifieke etiese dilemma op die betrokke individu en samelewing het, te kan voorsien, sodat hulle eties korrekte besluite kan neem (Holland, 1999:intyds; Süreyya, 2005:intyds).

6.2.4.7.1 *Insluiting van etiese besluitneming*

'n Positiewe waarneming uit die navorsingsresultate is dat onderrig in etiese besluitneming by al 19 onderriginstansies gedoen word.

6.2.4.7.2 *Studiejare betrokke*

Een respondent was onseker oor die studiejaar waarin etiese besluitneming onderrig word, aangesien dit nie in die [Etos en] Professionele Praktijk module onderrig word nie. Volgens die ander respondente word etiese besluitneming in die verskillende studiejare onderrig soos in figuur 6.24 aangedui.



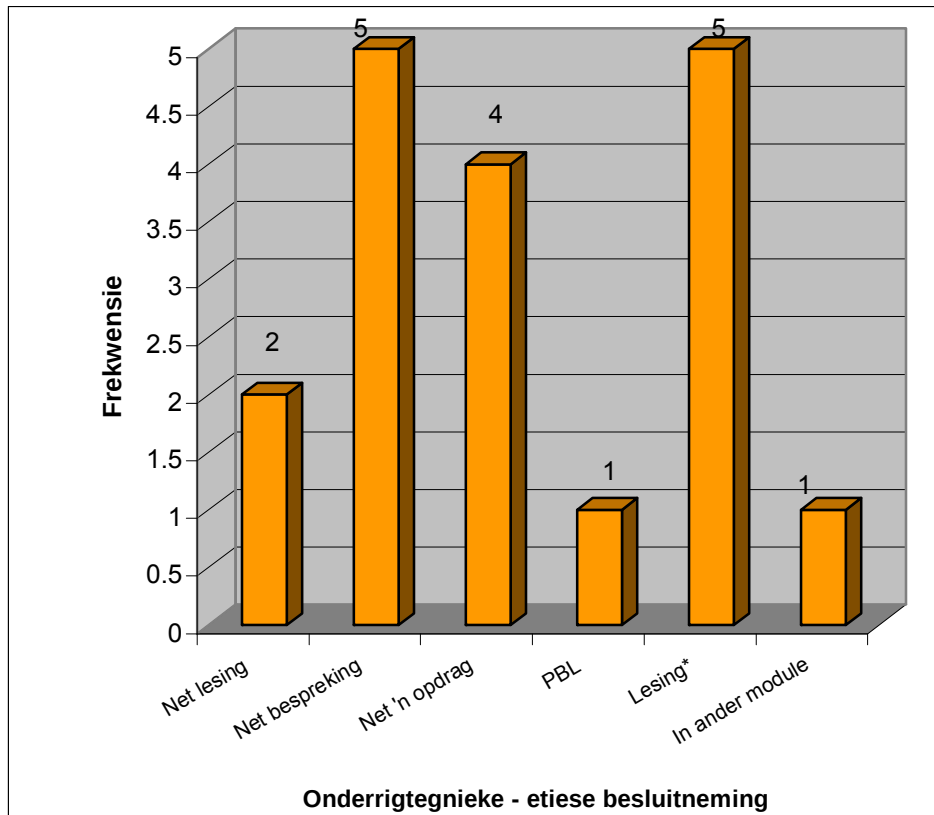
FIGUUR 6.24: Studiejaar waarin etiese besluitneming onderrig word (n=19)

Die blyk uit figuur 6.24 dat onderrig van etiese besluitneming by 7 onderriginstansies (36.8%) in die vierde studiejaar onderrig word. By twee onderriginstansies (10.5%) word etiese besluitneming net in die eerste studiejaar onderrig. Hierdie waarneming is kommerwekkend, aangesien eerstejaar studente nie noodwendig alreeds oor voldoende kognitiewe en affektiewe kennis beskik waarop hulle hul etiese besluitneming kan rig nie (Chitty, 2001:489; Ellis & Hartley, 2001:354).

Etiese besluitneming verg ook kritiese denke en dit word deur middel van indiepte leer met verloop van tyd bekom, iets wat nie in die eerste studiejaar kan geskied nie (Snelgrove, 2004:intyds). Dit is dus belangrik dat onderrig oor etiese besluitneming in al die studiejaar ingesluit behoort te word.

6.2.4.7.3 Onderrigtegnieke

In figuur 6.25 word die verskillende tegnieke, soos gebruik in die onderrig van etiese besluitneming oor die verskillende studiejaar, uitgebeeld.



FIGUUR 6.25: Tegnieke gebruik in die onderrig van etiese besluitneming (n=19)

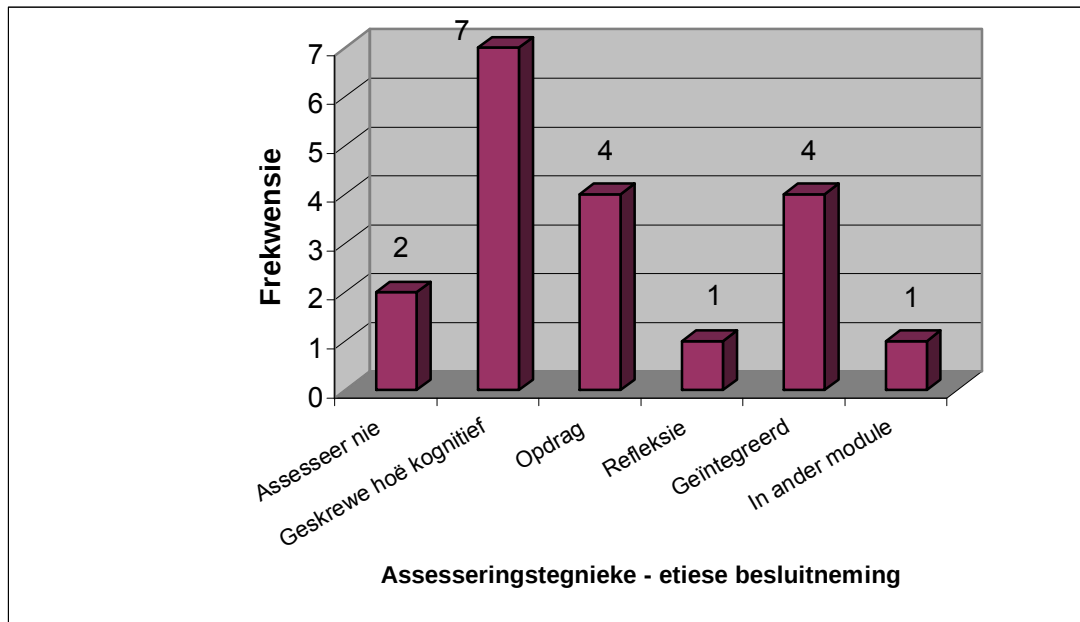
Besprekings, die uitvoer van opdragte en lesings word weereens die meeste by die verskillende onderriginstansies as onderrigtegnieke gebruik (vergeelyk figuur 6.25). By 5 onderriginstansies (26.3%) word slegs besprekings as onderrigtegniek vir etiese besluitneming gebruik, slegs opdragte word by 4 (21.1%) slegs lesings by 2 (10.5%) van die onderriginstansies gebruik. Kombinerings van lesings met bespreking (4 onderriginstansies; 21.1%) en met rolspel (1 instansie; 5.3%) word in totaal by 5 (26.3%) van die onderriginstansies as tegniek in onderrig van etiese besluitneming gebruik.

Soos voorheen bespreek, word kritiese denke nie deur genoemde onderrigtegnieke, PBL uitgesonderd, ontwikkel nie en is dit daarom nie die geskikste tegnieke om in onderrig van etiese besluitneming te gebruik nie (Chitty, 2001:489; Ellis & Hartley, 2001:354).

PBL word slegs by 1 (5.3%) onderriginstansie as onderrigtegniek gebruik. Die voordelige benutting van hierdie onderrigtegniek is reeds bespreek.

6.2.4.7.4 *Assesseringstegnieke*

Sewentien respondente (89.5%) het bevestig dat hulle etiese besluitneming op formele wyse assesseer en die tegnieke wat gebruik word, word in figuur 6.26 gereflekteer.



FIGUUR 6.26: Assesseringstegnieke wat in die onderrig van etiese besluitneming gebruik word (n=19)

Sewentien onderriginstansies het aangedui dat hulle etiese besluitneming assesseer, maar daar word slegs van vier verskillende assesseringstegnieke gebruik gemaak. Geskrewe assessering op hoë kognitiewe vlak word by 7 onderriginstansies (36.8%) toegepas, terwyl geïntegreerde assessering by 4 (21.1%) onderriginstansies toegepas word. Sewe instansies gebruik opdragte as assesseringstegniek, terwyl slegs een (5.3%) van die onderriginstansies refleksie as assesseringstegniek in etiese besluitneming gebruik. By een ander instansie

word assessering van etiese besluitneming in 'n ander module gedoen (vergelyk figuur 2.26).

Geskrewe assessering bepaal studente se kognitiewe vlak van kennis, maar bepaal nie of die kennis in die praktyk toegepas kan word nie. Etiese besluitneming verg kritiese beredenering en dit moet prakties toegepas kan word (Banning, 2005:intyds; Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds). Assessering deur middel van refleksie-in-aksie of –na aksie is dus beter tegnieke om etiese besluitneming mee te assesser (Davis, *et al.*, 2006:226; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh, *et al.*, 2004: intyds; Jones, 1999:44).

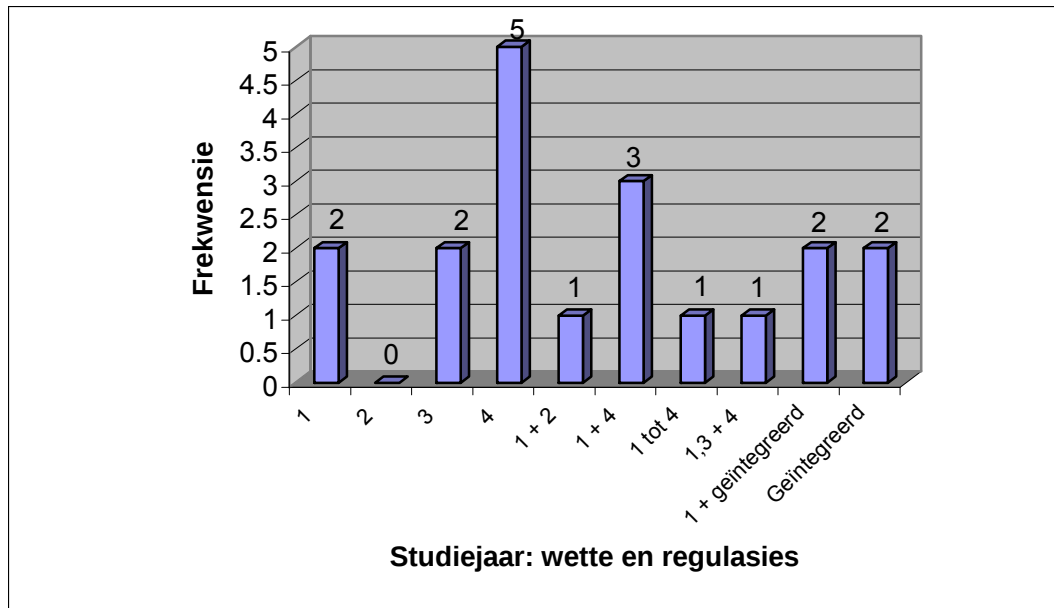
Etiese besluitneming is 'n kritiese vaardigheid waarvoor 'n verpleegkundige moet beskik (Holland, 1999:intyds; Süreyya, 2005:intyds; Gastmans, 2002:intyds; Doane, 2002:521). Studente behoort dus op só 'n wyse geassesseer te word dat hulle vaardigheid in etiese besluitneming bereik, soos om hulle byvoorbeeld in die praktyk of in gesimuleerde situasies soos bekom deur middel van die rekenaar en/of video's, te assesser.

6.2.4.8 *Wette en regulasies*

Al 19 respondente het aangedui dat onderrig van wette en regulasies by hulle onderriginstansies plaasvind. Daar het egter verskille ten opsigte van die verskeidenheid van wette en regulasies wat onderrig word, voorgekom. By sommige van die instansies word wette en regulasies, soos van toepassing op Arbeidsverhoudinge en Billike Indiensneming ook by dié module ingesluit. Alhoewel die genoemde wette ook van kardinale belang vir verpleegkundiges is, behoort daar 'n onderskeid getref te word tussen wette en regulasies spesifiek soos van toepassing op [Etos en] Professionele Praktyk en dié rakende die werkgewer, werker en die werksituasie.

6.2.4.8.1 Studiejare betrokke

Onderrig van wette en regulasies word in die onderskeie studiejare soos figuur 6.27 uitgebeeld, gedoen.



FIGUUR 6.27: Studiejaar waarin wette en regulasies onderrig word (n=19)

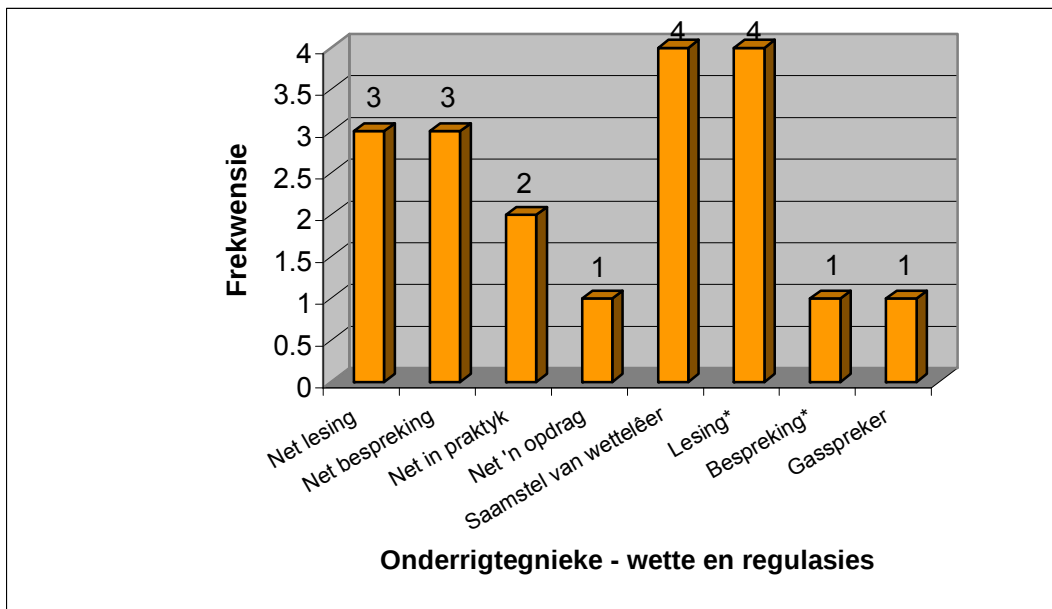
Daar bestaan nie eenvormigheid oor wanneer wette en regulasies in die geïntegreerde vierjaar verpleegkunde program onderrig word nie. Dit blyk uit figuur 6.27 dat vyf van die onderriginstansies (26.3%) studente in die vierdejaar en 3 van die onderriginstansies (15.8%) studente in die eerste- en vierdestudiejaar hieroor onderrig. Tweedejaar studente word by nie een onderriginstansie oor wette en regulasies onderrig nie.

Eerstejaar studente behoort ten opsigte van wette en regulasies onderrig te word, maar kan dit as gevolg van hulle ontwikkelingsvlak, verkeerdelik as “moet” en “moenies” interpreteer (Chitty, 2001:180-182). Ten einde die rol van wette en regulasies te begryp en dit as raamwerk vir besluitneming te kan gebruik moet senior studente ook ten opsigte van wette en regulasies onderrig word (Raymond & Profetto-McGrath, 2004:intyds; Nesler, *et al.*, 2001:294). Dit sou verkieslik

wees indien al die onderriginstansies studente van al die studiejare hieroor onderrig.

6.2.4.8.2 Onderrigtegnieke

Die verskillende tegnieke wat oor die verskillende studiejare gebruik word om studente ten opsigte van wette en regulasies te onderrig, word in figuur 6.28 uitgebeeld.



FIGUUR 6.28: Onderrigtegnieke wat by onderrig van wette en regulasies gebruik word (n=19)

Figuur 6.28 reflekteer dat die onderrig van 'n inleidende lesing, slegs 'n opdrag, 'n gasspreker en bespreking gekombineer met 'n ander tegniek, saamstel van 'n wettelêer, by 1 onderriginstansie (5.3%) elk, gedoen word. By 2 onderriginstansies (10.5%) word daar van die geregistreerde verpleegkundiges in die praktyk verwag om studente oor wette en regulasies te onderrig. Onderrig van studente in die praktyk behoort ook deur verpleegkundiges wat in die praktyk werk, gedoen te word. Dit is egter nie korrek indien die onderrig van byvoorbeeld wette en regulasies totaal na hulle gedelegeer word nie (Adams, *et al.*, 2006:57; Ewens, 2003:224; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).

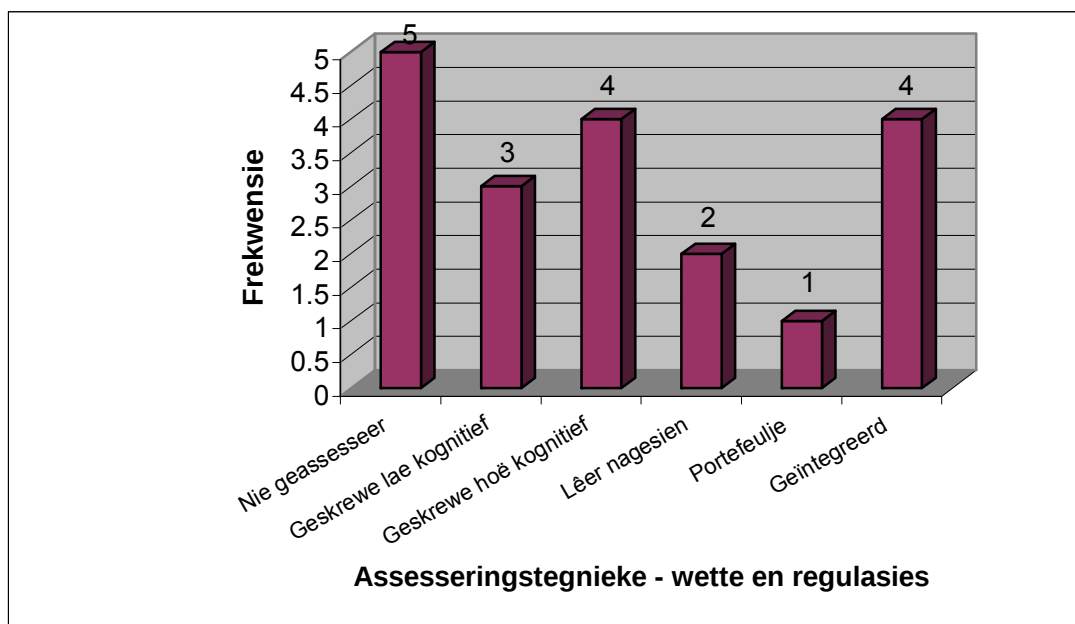
Die gasspreker (vergelyk figuur 6.26) na wie in hierdie betrokke navorsing verwys is, het die studente oor arbeidsverhoudinge toegesprek. Arbeidsverhoudinge vorm 'n kardinale aspek van Gesondheidsorgbestuur, maar dit is nie die kern van die wette en regulasies in [Etos en] Professionele Praktyk nie en behoort dus nie in dié module onderrig te word nie

Die saamstel van 'n wettelêer (vergelyk figuur 6.26) by 4 (21.1%) van die onderriginstansies, hou die voordeel vir die studente in dat hulle die dokumentasie byderhand het om te gebruik. Die nadeel hiervan is egter dat as daar slegs by die saamstel van die lêer volstaan word, sal studente nie die toepassing van die onderskeie wette en regulasies vanself kan doen nie.

Lesings, besprekings en uitvoer van opdragte word ook in die onderrig van wette en regulasies gebruik en die effektiwiteit hiervan is vroeër bespreek (vergelyk bl 50, 55).

6.2.4.8.3 *Assesseringstegnieke*

Een van die respondente het aangedui dat die onderrig van wette en regulasies nie by hulle instansie geassesseer word nie. Die ander 18 onderriginstansies gebruik die assesseringstegnieke soos in figuur 6.29 aangedui.



FIGUUR 6.29: Assesseringstegnieke gebruik in die onderrig van wette en regulasies (n=19)

By 5 (26.3%) van die onderriginstansies word studente nie oor kennis en toepassing van wette en regulasies geassesseer nie, terwyl hulle by 4 instansies (21.1%) geïntegreerde daarvoor geassesseer word. Geskrewe assessering, op hoë en lae kognitiewe vlak, word by 7 onderriginstansies (36.8%) in assessering van onderrig van wette en regulasies gebruik (vergelyk figuur 6.29). Soos reeds gemeld, toets geskrewe assessering hoofsaaklik kognitiewe kennis en nie toepassing nie (vergelyk bl 305). Studente behoort ook te word ten opsigte van hulle toepassing van wette en regulasies geassesseer te word en daarom behoort daar van ander assesseringstegnieke, soos byvoorbeeld direkte observasie in die praktyk, gebruik gemaak te word.

By een onderriginstansie vorm wette en regulasies deel van die portefeulje wat studente moet saamstel en word dit as sulks geassesseer. Twee ander instansies gebruik die samestelling van 'n wetteleër as assesseringstegniek. Die onderskeie assesseringsinstrumente wat in hierdie gevalle gebruik word sal bepaal of die assessering effektief of oneffektief is.

Die effektiwiteit van die assessering deur middel van opdragte sal afhang van die tipe opdrag. Indien die opdrag die saamstel van 'n werkstuk is wat net inhoud reflekteer, sal die assessering hierop gerig wees. Studente se vermoë om wette en regulasies toe te pas, sal dan nie geskied nie. Indien die opdrag sou wees dat studente moet reflekteer oor hoe wette en regulasies in gegewe situasies toegepas word, sal die assessering meer effektief wees (Davis, *et al.*, 2006:226; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh, *et al.*, 2004: intyds; Jones, 1999:44).

Integrering van assessering van wette en regulasies by ander modules help met integrasie hiervan. Die wyse waarop hierdie geïntegreerde assessering plaasvind sal bepaal of dit net studente se kognitiewe kennis, of hulle toepassing daarvan in die praktyk, assesseer.

Assessering van wette en regulasies vind egter ook by 4 onderrig-instansies (21.1%) in omvattende kliniese assessering plaas (vergelyk figuur 6.27). Dit is bemoedigend dat onderrig van wette en regulasies in die kliniese praktyk geassesseer word, aangesien dit die toepassing daarvan beklemtoon.

6.2.4.9 *Pasiëntvoorspraak*

Dit is 'n professionele verpleegkundige se verantwoordelikheid om vir pasiënte as voorspraak te kan optree (R2598 van November 1984, soos gewysig) sodat 'n pasiënt se selfbeskikkingsreg gehandhaaf kan word (Chitty, 2001:354; Mulaudzi, *et al.*, 2001:81; Searle, 2000:204).

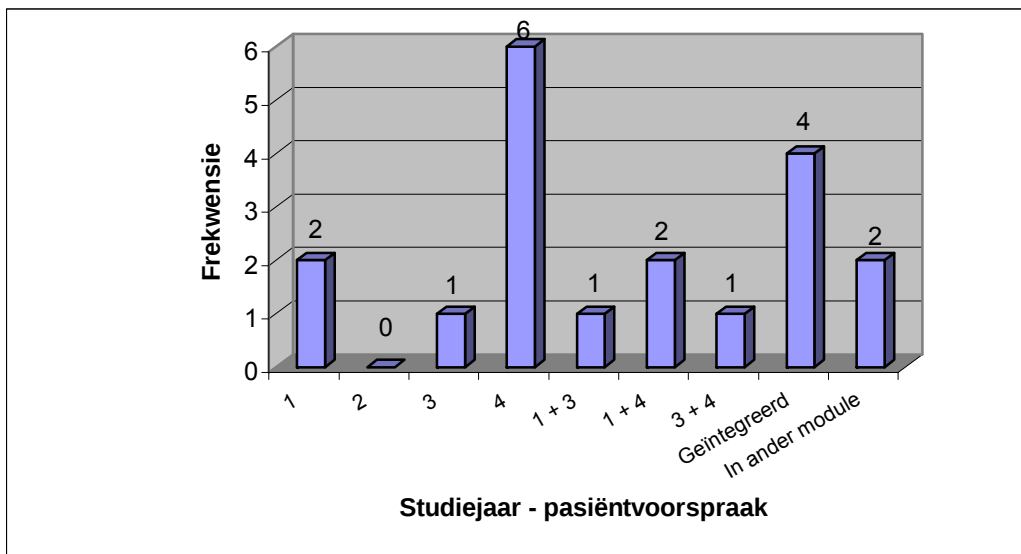
6.2.4.9.1 *Insluiting van pasiëntvoorspraak*

Soos wat verwag word, word die onderrig van pasiëntvoorspraak by al 19 onderriginstansies gedoen. By een instansie word dit hoofsaaklik tydens onderrig van Gemeenskapsverpleegkunde gedoen en by 'n ander instansie word

dit saam met pasiëntregte in 'n ander module as [Etos en] Professionele Praktyk onderrig.

6.2.4.9.2 Studiejare betrokke

Die onderskeie studiejare waartydens die onderrig van pasiëntvoorspraak gedoen word, word in figuur 6.30 uitgebeeld:



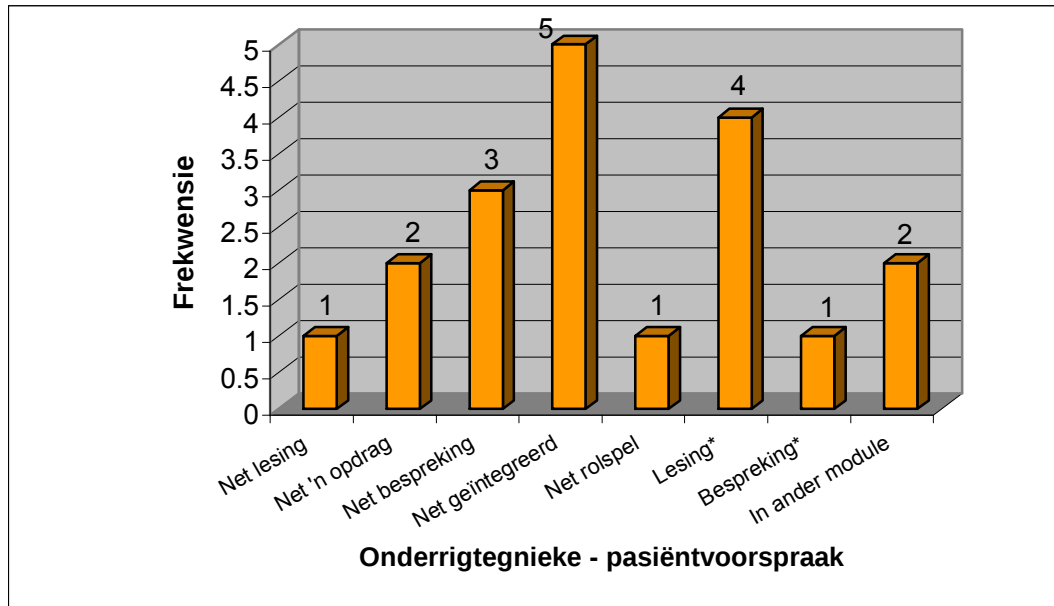
FIGUUR 6.30: Studiejaar waarin pasiëntvoorspraak onderrig word (n=19)

Dit blyk uit figuur 6.30 dat pasiëntvoorspraak by 6 onderriginstansies (31.6%) in die vierdejaar en geïntegreerd by 4 (21.1%) onderriginstansies onderrig word. By twee onderriginstansies (10.5%) word dit net in die eerstejaar onderrig. Met geïntegreerde onderrig word pasiëntvoorspraak by ander verpleegkunde modules, soos byvoorbeeld Algemene Verpleegkunde, Verloskunde, Psigiatrie en Gemeenskapsverpleegkunde toepaslik onderrig.

Pasiëntvoorspraak is 'n vaardigheid waarvoor studente vanaf die eerstejaar onderrig behoort te word en dit in die praktyk behoort in te oefen (Mikol, 2005:intyds). Dit is teleurstellend dat hierdie komponent so gefragmenteerd oor al die studiejare onderrig word.

6.2.4.9.3 Onderrig tegnieke

Verskeie tegnieke, soos aangedui in figuur 6.31, word in die onderrig van pasiëntvoorspraak oor die verskillende studiejare gebruik.



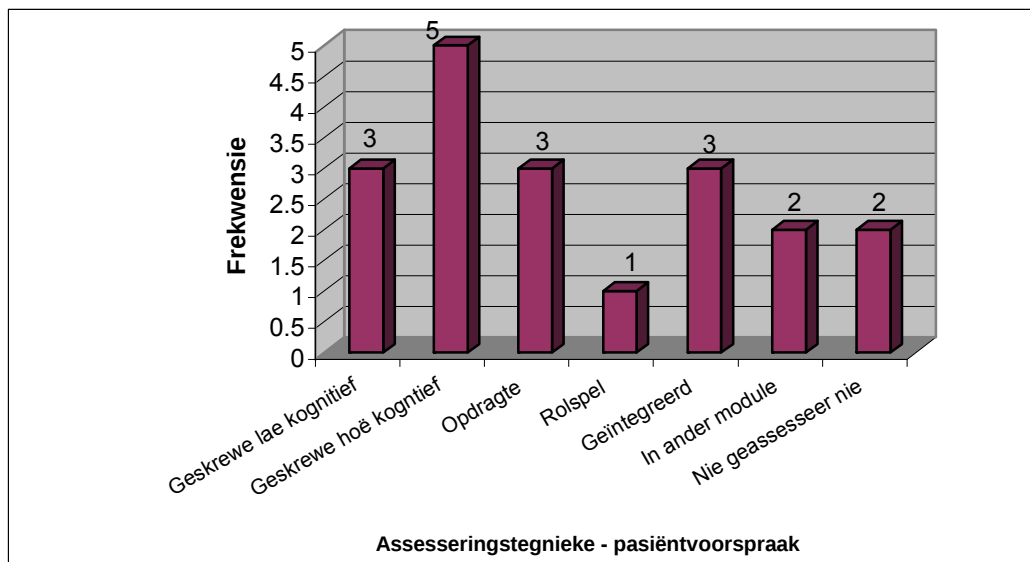
FIGUUR 6.31: Tegnieke gebruik by onderrig van pasiëntvoorspraak (n=19)

Integrering van onderrig van pasiëntvoorspraak by ander modules word die meeste gebruik (5 onderriginstansies; 26.3%). Lesings, gekombineer met tegnieke soos bespreking (3 onderriginstansies; 15.8%) of 'n opdrag (1 onderriginstansie; 5.3%) is die tegniek wat die meeste gebruik word om pasiëntvoorspraak mee te onderrig (vergelyk figuur 6.29). Ander tegnieke wat gebruik word is slegs die gee van 'n lesing (1 onderriginstansie; 5.3%), slegs die uitvoer van opdragte (2 onderriginstansies; 10.5%); slegs rolspel (1 onderriginstansie; 5.3%) asook slegs besprekings (3 onderriginstansies; 15.8%)(vergelyk figuur 6.31).

Die onderrig tegnieke wat tans in die onderrig van pasiëntvoorspraak gebruik word, stimuleer hoofsaaklik kognitiewe ontwikkeling en die voor- en nadele hiervan is reeds bespreek. Pasiëntvoorspraak berus nie slegs op teoretiese kennis nie, maar is 'n vaardigheid wat in die praktyk onderrig en toegepas behoort te word (Mikol, 2005: intyds). Dit is dus kommerwekkend dat geeneen van die onderriginstansies aangedui het dat hulle pasiëntvoorspraak in die praktyk onderrig nie.

6.2.4.9.4 Assesseringstegnieke

By 2 (twee) van die onderiginstansies (10.5%) word pasiëntvoorspraak nie geassesseer nie, terwyl dit by 4 (vier) ander instansies (21.1%) geïntegreerd saam met ander vakke gesesseer word. By die oorblywende 13 instansies word die tegnieke, soos dit in figuur 6.32 verskyn, tydens assessering van pasiëntvoorspraak gebruik.



FIGUUR 6.32: Assesseringstegnieke wat in die onderrig van pasiëntvoorspraak gebruik word (n=19)

Assessering deur middel van geskrewe, hoë kognitiewe vrae (5 instansies; 26.3%) word die algemeenste in onderrig van pasiëntvoorspraak gebruik.

(vergelyk figuur 6.32). Geskrewe assessering op lae kognitiewe vlak, uitvoer van opdragte sowel as geïntegreerde assessering word elk by 3 verskillende onderriginstansies (15.8%) as assesseringstegniek gebruik. Die geïntegreerde assessering vind tydens omvattende kliniese assessering plaas. Laasgenoemde is verblydend, aangesien studente die vaardigheid van pasiëntvoorspraak juis in die kliniese praktyk moet bemeester.

6.2.5 Tradisies

6.2.5.1 Tradisies wat steeds nagekom word

Die nakoming van tradisies versterk groepskohesie (Scarlett, 1991:119 in Ellis & Hartley, 2001:194) en help om 'n nuweling in 'n professie te laat inpas (Howkins & Evens, 1999:42). Daar is aan respondente gevra om tradisies, wat by hulle onderriginstansies nagekom word, te noem. Die onderskeie response is in tabel 6.4 aangedui:

TABEL 6.4: Tradisies in Verpleging

TRADISIE NAGEKOM	GETAL INSTANSIES
Gebruik die lamp as simbool	6
Dra kentekens	4
Dra 'n onderskeidende uniform	12
Hou 'n "aansteek van wapen" seremonie	1
Hou 'n Alumnivergadering van afgestudeerdes (2 jaarliks)	1
Hou 'n "Rubicon" naweek met eerstejaars by aanvang van hul opleiding om die kultuur te help vestig	1
Totale aantal tradisies genoem	*25

*By sommige instansies word meer as een tradisie nagekom, daarom is daar meer tradisies as getal onderriginstansies.

Volgens tabel 6.4 is die tradisie om die lamp as 'n simbool te gebruik steeds by 6 onderriginstansies (31.6%) van toepassing terwyl die dra van 'n uniform by 12 onderriginstansies (63.2%) steeds gedoen word.

6.2.5.1.1 *Aansteeek van/of oorhandiging van 'n lamp*

'n Spesifieke lamp wat by 'n geleentheid aangesteek word en/of aan afgestudeerde studente oorhandig word, is 'n tradisie wat reeds vir dekades in Verpleging in Suid-Afrika nagekom word. Die lamp simboliseer die lamp wat deur Florence Nightingale gedra is (Ellis & Hartley, 2001:198). Vir afgestudeerde studente is die ontvangs van die lamp of aansteek van die lamp die simboliek om die lig van Verpleging verder uit te dra. Volgens tabel 6.10 word hierdie gebruik by baie min, naamlik 6 (31.6%) van die onderriginstansies, steeds nagekom.

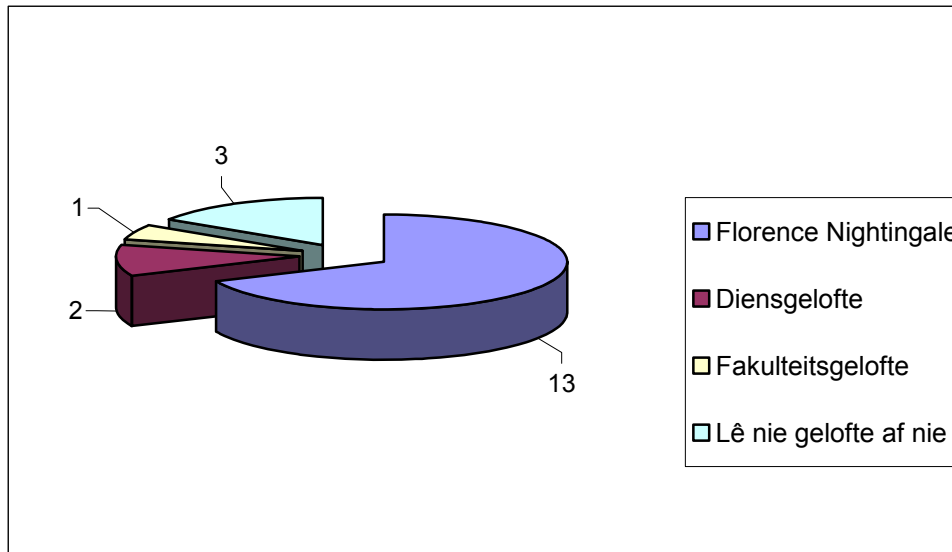
6.2.5.1.2 *Dra van 'n spesifieke uniform*

Die dra van 'n wit uniform deur verpleegkundiges het sy oorsprong in die religieuse- en militêre era's (Richardson, 1999:169). Dit het in die jare 1950-1960's 'n nie-verbale boodskap van professionalisme, outoriteit, roldidentifikasie en verantwoordbaarheid uitgestraal (Ellis & Hartley, 2001:196). Hierdie tradisionele, wit uniform word tans nie meer deur enige van die onderriginstansies se studente gedra nie. Ellis & Hartley (2001:196) is van mening dat dié identiteit van verpleegkundiges verlore gegaan het toe meer informele drag begin dra is.

Al die respondente het aangedui dat die studente wel 'n uniform moet dra wanneer hulle kliniese praktika doen, alhoewel dit nie wit van kleur is nie.

6.2.5.1.3 *Aflê van 'n gelofte*

Drie van die respondente het genoem dat hulle studente nie 'n gelofte aflê nie, terwyl dit steeds die gebruik by 16 (84.2%) van die instansies is. By twee (10.5%) van die onderriginstansies lê eerstejaar studente 'n diensgelofte af. Die verskillende geloftes wat aflê word, word in figuur 6.33 aangedui.



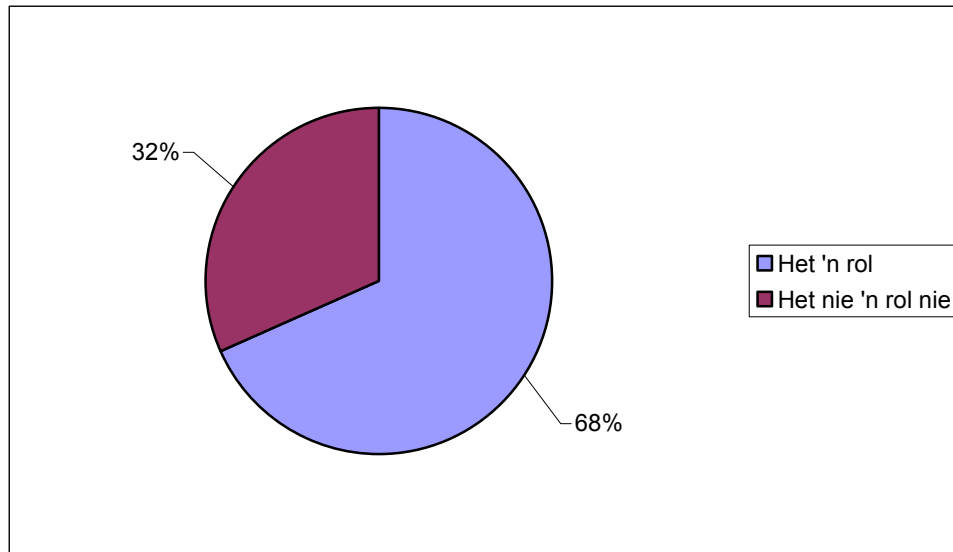
FIGUUR 6.33: Verskillende diensgeloftes wat afgelê word (n=19)

By 13 onderriginstansies (68.4%) word die Florence Nightingale –gelofte afgelê, terwyl ‘n Diensgelofte by twee instansies (10.5%) en ‘n Fakulteitsgelofte by een instansie (5.3%) afgelê word (vergelyk figuur 6.33).

Die aflê van ‘n diensgelofte word as ‘n publieke openbaarmaking gesien van waarin afgestudeerde studente glo en waarmee hulle hulself tot die professie verbind. Dit kan dus groepskohesie versterk en ontwikkeling van professionele identiteit bevorder (Howkins & Evens, 1999:42).

6.2.5.2 *Plek van tradisies in huidige Verpleging*

Die mening van respondente oor of tradisies nog ‘n plek in huidige Verpleging het, of nie, word in figuur 6.34 aangedui.



FIGUUR 6.34: Rol van tradisies in Verpleging

Dertien respondente (68,4%) is van mening dat tradisies steeds 'n rol in moderne Verpleging speel, terwyl 'n kommerwekkende 31,6% (6) van mening was dat dit nie meer 'n plek het nie (vergelyk figuur 6.34).

Nuwe tradisies kom in die post-moderne fase van Verpleging tot stand, soos byvoorbeeld die hou van Alumnivergaderings en spesiale voorbereidingsnaweke vir eerstejaarstudente. Die geloftes wat afgelê word, word ook aangepas, soos gesien word uit die daarstelling van 'n Fakulteitsgelofte vir Verpleegkundiges by 'n spesifieke onderriginstansie.

Nakoming van tradisies sal altyd groepskohesie en inskakeling van nuwelinge by die professie bevorder en behoort steeds by onderriginstansies geïmplementeer te word (Scarlett, 1991:119. In Ellis & Hartley, 2001:194).

As dit in ag geneem word dat die X- en Y-generasie studente variasie eerder as eenvormigheid verkies (Duffield, *et al.*, 2006:61; Louw, *et al.*, 1998:483), sal konformering aan tradisies dalk nie maklik plaasvind nie. Hierteenoor werk hierdie generasie studente graag in groepe saam, wat dit andersins maklik vir

hulle sal maak om tradisies na te kom (Skiba, 2005:intyds; Parker & Kupperschmidt, 2002:intyds). Dit is egter nodig dat studente ten opsigte van tradisies wat betekenisvol in Verpleging is, soos byvoorbeeld die simbool van die lamp, onderrig sal word.

6.2.6 Professionele sosialisering

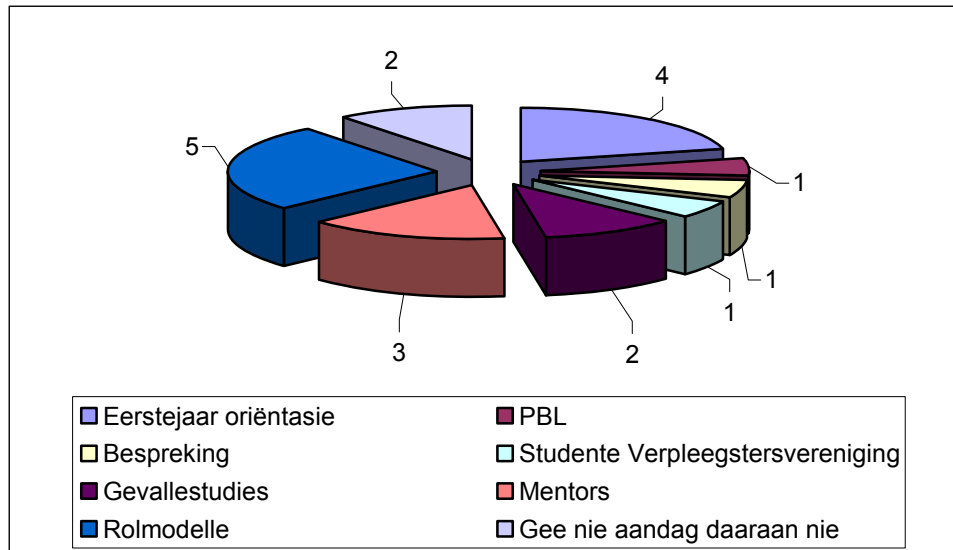
6.2.6.1 Beskrywing van die konsep

Die respondente is gevra om die konsep “professionele sosialisering” in hul eie woorde te beskryf. Elf (57.9%) respondente het die konsep korrek beskryf, terwyl 8 (42.1%) dit nie kon beskryf nie. Dit is kommerwekkend dat onderrigkundiges nie met die konsep bekend is nie, aangesien dit die proses is waardeur ‘n nuweling in Verpleging by die professie ingelyf word (Thompson, 2002:526; Chitty, 2001:177; Cohen, R. 2001:148; Howkins & Evens, 1999:41).

Deur hierdie proses ontwikkel die student ‘n professionele identiteit en indien die proses positief verloop, sal sy oor die kenmerke van ‘n professionele persoon beskik en ‘n toegewyde verpleegkundige wees (Nesler, *et al.*, 2001:293). Professionele sosialisering vind ook op informele wyse plaas (Elder, *et al.*, 2003:150), maar dit moet ook doelbewus bevorder te word (Weaver, 2001:253).

6.2.6.2 Metodes om professionele sosialisering te bevorder

Figuur 6.35 weerspieël die metodes waardeur die verskillende onderriginstansies poog om professionele sosialisering by studente te bevorder.



FIGUUR 6.35: Tegnieke toegepas ten einde professionele sosialisering te bevorder (n=19)

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat 2 onderriginstansies (10.5%) nie aandag aan professionele sosialisering as sulks, gee nie. Vier onderriginstansies (21.1%) beskou dit as voldoende indien die eerstejaar-studente ge-oriënteer is. Hierdie oriëntasie verwys na die studente se algemene oriëntasie by die aanvang van hulle opleiding. Professionele sosialisering, die proses waarin studente hulle moet verbind aan die professie, is 'n voortdurende proses en kan beslis nie in een oriëntasie afgehandel wees nie (Lambert & Glacken, 2004:intyds; Süreyya, 2004:intyds; Gregg & Magilvy, 2001: intyds).

Vyf respondente (26.3%) is van mening dat die rolmodelle in die praktyk professionele sosialisering by studente moet bevorder, terwyl 3 respondente (15.8%) mentors vir hierdie doel gebruik (vergeelyk figuur 6.35).

Professionele sosialisering is 'n proses (Chitty, 2001:181-182) waardeur studente 'n professionele identiteit moet ontwikkel. Oriëntering van eerstejaarstudente, praktykblootstelling en rolmodelle dra beslis daartoe by dat studente 'n professionele identiteit ontwikkel (Kyrkjebo & Hage, 2005:intyds; Chitty,

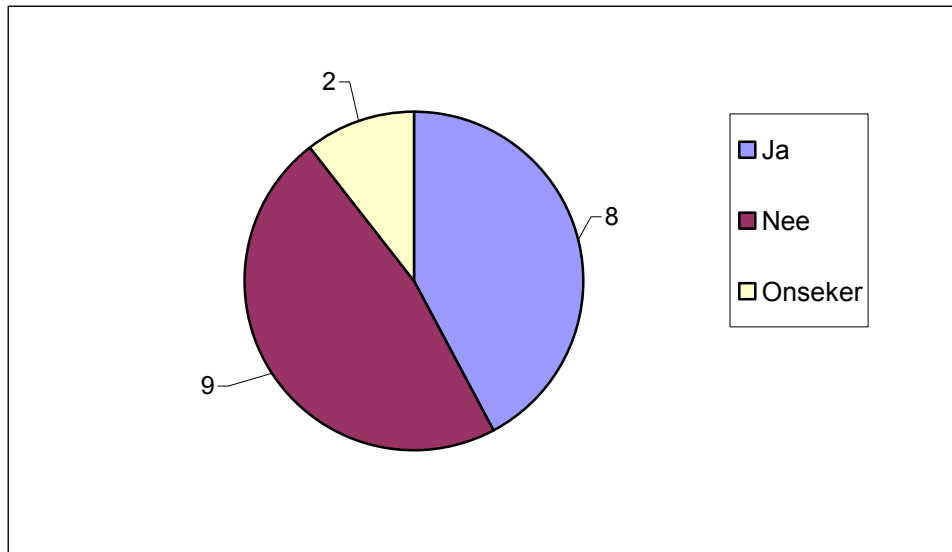
2001:178). Hierdie tegnieke moet nie in isolasie geïmplementeer word nie, maar in kombinasie met ander gebruik word ten einde professionele sosialisering te bevorder.

Tegnieke soos byvoorbeeld refleksie, kleingroepbesprekings, poësie, rolspel en drama (Hunter, 2002:142) is ander tegnieke waardeur professionele sosialisering bevorder kan word.

Die stigting en ondersteuning van 'n Studente Verpleegstersvereniging, soos gedoen by een onderriginstansie, is 'n goeie tegniek om professionele sosialisering te bevorder. Studente van verskillende jaargroepe kom byeen om oor etiek en praktykstandaarde in Verpleegkunde te praat, redeneer en debatteer. 'n Verdere doel van só 'n vereniging is juis die professionele sosialisering van nuwelinge in die professie (Chitty, 2001:102). Die doel van 'n vereniging is nie dieselfde as dié van 'n vakbond nie en studente behoort op die onderskeid attent gemaak te word (Chitty, 2001:102; Ellis & Hartley, 2001:511).

6.2.6.3 *Rolmodelle*

Op die vraag of daar voldoende positiewe rolmodelle in die praktyk is, was 8 respondente (42.1%) van mening dat dit wel die geval is. Die response is in figuur 6.36 aangetoon.



FIGUUR 6.36: Voldoende positiewe rolmodelle in die praktyk (n=19)

Nege respondente (47.4%) was van mening dat daar nie voldoende positiewe rolmodelle in die praktyk is nie en twee respondente (10.5%) was onseker hieroor (vergelyk figuur 6.36). Die literatuur beskryf die noodsaaklikheid van positiewe rolmodelle vir beide die handhawing van goeie praktykstandaarde sowel as vir onderrig, maar daar is nie literatuur gevind wat aandui of daar wel voldoende rolmodelle in die praktyk teenwoordig is, of nie is nie.

Onderriginstansies behoort positiewe rolmodelle in die praktyk te identifiseer en vir onderrig van veral [Etos en] Professionele Praktyk te koöpteer. Die geïdentifiseerde rolmodel moet weet wat van haar verwag word, sodat beplan kan word dat daar voldoende kontak tussen haar en die studente kan plaasvind (Kyrkjebo & Hage, 2005:intyds), sodat vorming van professionele identiteit kan plaasvind.

6.2.7 Onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk in die praktyk

Agtien (94.7%) van die respondente het aangedui dat studente by hulle onderriginstansie ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk in die praktyk

onderrig en begelei word, terwyl daar by slegs een onderrig-instansie (5.3%) nie begeleiding gedoen word nie.

Blootstelling van studente aan die praktyk is onontbeerlik ten einde professionele identiteit te vestig en 'n vaardige, professionele verpleegkundige te lewer (Uys & Meyer, 2005:12; Nesler, *et al.*, 2001:293; Lylund & Lindholm, 1999:278).

Studente wat egter op hulle eie in die praktyk gelaat word, sal nie effektief kan leer en professioneel ontwikkel nie (Brown, *et al.*, 2005:intyds; Nylund & Lindholm, 1999:278). Dit is dus nodig dat studente in die praktyk onderrig en opgevolg word. Ten einde in hierdie doel te slaag, het verskillende benaderings in kliniese onderrig en begeleiding ontstaan en verskillende poste is geskep. So is daar byvoorbeeld kliniese dosente, preceptors, toesighouers, kliniese begeleiers en fasiliteerders. Die presiese doel en rol van elkeen val buite die veld van dié studie en daar word volstaan by die beginsel dat studente effektief in die kliniese praktyk onderrig en ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk begelei moet word (Brown, *et al.*, 2005:intyds).

6.2.7.1 Die persoon wat kliniese onderrig/begeleiding doen

Die kliniese onderrig en begeleiding word tans by 12 (63.2%) van onderriginstansies deur lektrises gedoen. By die oorblywende 6 (31.6%) onderriginstansies word dit deur spesiale kliniese personeel, voltyds aangestelde dosente of fasiliteerders gedoen.

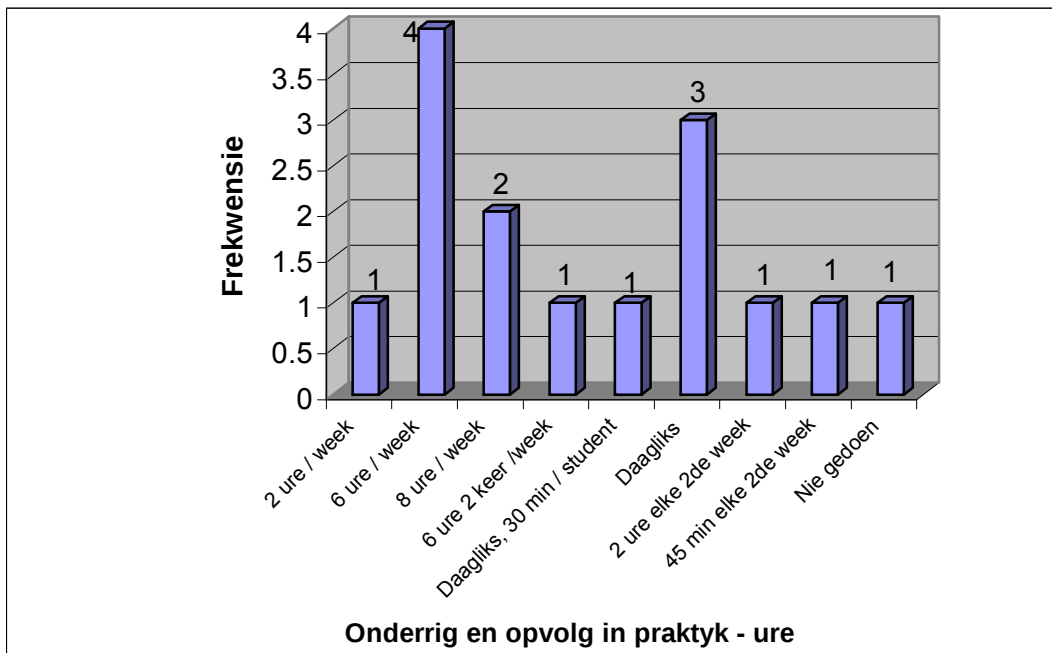
Die persoon wat kliniese onderrig sowel as begeleiding doen behoort vaardig te wees in die betrokke praktiese werk, aangesien vaardigheid, kliniese kennis en selfvertroue van dié persoon 'n groot rol speel in die ontwikkeling van studente se professionele identiteit (Gillespie, 2002:intyds).

Dit moet in ag geneem word dat nie alle lektrises altyd tegelyk vaardig in die aanbied van teoretiese lesings sowel as onderrig in die praktyk is nie (Karuhije,

1997:6) en daarom nie noodwendig altyd die geskikste persoon is om kliniese begeleiding of onderrig te doen nie. Die literatuur gee nie duidelike uitsluitel oor wie die beste persoon vir kliniese begeleiding is nie. Die navorser is van mening dat beide die lektrise, asook professionele verpleegkundiges wat die kundiges in die praktyk is, die begeleiding gesamentlik behoort te doen.

6.2.7.2 Frekwensie van studentbegeleiding

As gevolg van die verskillende onderrigstelsels wat by die onderskeie onderriginstansies gevolg word, is daar verskille in die frekwensie van begeleiding en dit word in figuur 6.37 aangedui. Een respondent het aangedui dat hulle opvolg doen soos wat hulle die geleentheid kry.



FIGUUR 6.37: Onderrig en opvolg van studente in die praktyk (n=19)

Die ideaal is dat studente elke keer wanneer hulle in die praktyk is, opgevolg sou word (Mellish, *et al.*, 2001:214) en dit word by 4 onderriginstansies (21.1%) gedoen.

By 4 ander onderriginstansies (21.1%) word kliniese onderrig en opvolg 8 ure per week gedoen. Dit beteken dat 'n lektrise ongeveer een volle dag per week studente in die praktyk onderrig. Dié frekwensie kan effektief wees indien die lektrise nie meer as 5 studente moet opvolg nie en dan moet die studente ook nie op geografies verskillende plekke geplaas wees nie. Indien studente te ver van mekaar af geplaas is, sal dit veroorsaak dat die lektrise nie almal eenkeer 'n week in die praktyk kan begelei nie.

By twee onderrig-instansies (10.5%) kry lektrises slegs elke tweede week geleentheid om hulle studente in die praktyk te onderrig en op te volg (vergelyk figuur 6.37). In hierdie geval is die opvolg baie min en sal studente nie effektief onderrig kan word nie.

'n Gesimuleerde saal, PBL en 'n ouditdag word onderskeidelik elk by 'n onderriginstansie gebruik om praktykonderrig en opvolg van [Etos en] Professionele Praktyk te doen. Die waarde van hierdie tegnieke sal deur navorsing vasgestel moet word.

Die aard en hoeveelheid tyd afgestaan aan onderrig en begeleiding sal van die verskillende studente (jaargroepe) se behoeftes afhang en moet dus aangepas word (Brown, *et al.*, 2005:intyds). Dit blyk egter dat te min onderrig en opvolg van studente tans by die meerderheid van instansies gedoen word.

6.3 SAMEVATTING

Die inhoud, soos van toepassing op [Etos en] Professionele Praktyk, word by die meerderheid van die onderriginstansies onderrig soos deur die SARV voorgeskryf. Dit moet egter in ag geneem word dat hierdie riglyne reeds in 1985 saamgestel is, wat dit tot op datum twee dekades oud maak (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die

program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatrise en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1993, soos gewysig). Die SARV is egter in die proses van hersiening hiervan.

Dit is egter kommerwekkend dat daar baie sterk gesteun word op tradisionele onderrigtegnieke soos die gee van lesings, groep- en klasbesprekings sowel as geskrewe assesseringstegnieke. In onderrig van die jonger generasie studente behoort baie meer moderne onderrig- en assesseringstegnieke ingesluit te word ten einde leer te stimuleer.

Die onderrig en opvolg van studente in die praktyk is nog 'n area wat nie ten volle benut word nie. Met gebrek aan voldoende positiewe rolmodelle asook intermitterende onderrig en opvolg in die praktyk is dit waarskynlik dat studente nie 'n professionele identiteit sal ontwikkel nie. Dié situasie kan dus bydra tot die voorkoms van onprofessionele gedrag.

'n Interessante waarneming is dat rolspel as onderrig- sowel as assesseringstegniek deurlopend by al die afdelings van [Etos en] Professionele Praktyk deur een onderriginstansies gebruik word. Die effektiwiteit hiervan ten opsigte van vorming van professionele identiteit kan bevraagteken word.

In die volgende hoofstuk word 'n raamwerk vir gebruik in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk beskryf, ten einde te poog om die vorming van 'n professionele identiteit te bevorder.

HOOFSTUK 7:

RAAMWERK VIR ONDERRIG VAN [ETOS EN] PROFESSIONELE PRAKTYK (Fase III)

7.1 INLEIDING

Die doelstelling van die studie was om 'n begrip te vorm van wat die aard van professionele praktyk is en om te beraam wat die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk op nasionale vlak tans is, sodat 'n raamwerk vir die bevordering van die onderrig daarvan saamgestel kon word.

'n Raamwerk vir die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk behels 'n uiteensetting van voorgestelde onderrigbenadering(s), inhoudseleksie, onderrig – en assesseringstegnieke.

7.2 DOEL VAN DIE RAAMWERK

Die regulasies wat implementering van die geïntegreerde vierjaar Verpleegkundeprogram daarstel is in 1984 gepromulgeer, wat beteken dat die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk sedert 1984 op 'n bepaalde wyse plaasvind. Lektrises van onderriginstansies het besluit oor die inhoud wat onderrig moet word, na aanleiding van voorskrifte van die SARV en wat hulle (die lektrises) goed gedink het om in te sluit. Lektrises het ook besluit watter onderrig- en assesseringstegnieke toegepas gaan word en die studente moes hierby inval. Sedert 1984 het egter meer as twee dekades verloop waarin ingrypende veranderinge in die Suid-Afrikaanse konteks plaasgevind het wat alle vlakke en aspekte van die samelewing, sowel as onderrig, raak.

Integrasie van kultuurdiversiteit het plaasgevind, die onderrigstelsel het verander en die studente wat tot Verpleging toetree, sien anders daar uit as twee dekades gelede (vergelyk hoofstuk 4).

Tesame met die genoemde veranderinge is daar 'n bewuswording van verandering in die Professionele Praktyk van verpleegkundiges, soos weerspieël word in die media, dissiplinêre sake wat voor die SARV dien (vergelyk hoofstukke 1 en 2) asook verpleegkundiges se persepsie van wat Professionele Praktyk is (vergelyk hoofstuk 3).

Verpleegkundiges wat aan diens slaap of wat nie in staat is om prosedures aan te pas by 'n pasiënt se toestand nie (vergelyk hoofstuk 1), asook verpleegkundiges wat foute met medikamente begaan (vergelyk hoofstuk 2), impliseer nalatigheid en onbevoegdheid van verpleegkundiges (Searle, 2000:334). Die omvang van hierdie gedrag is nie bekend nie. Dit mag die uitsondering wees, of dit mag meer dikwels voorkom as wat bekend is.

Met al die bogenoemde veranderinge in ag genome word die vorming van professionele identiteit bevraagteken. Vorming van professionele identiteit is 'n voortdurende proses en behoort onder andere, in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk aangespreek te word.

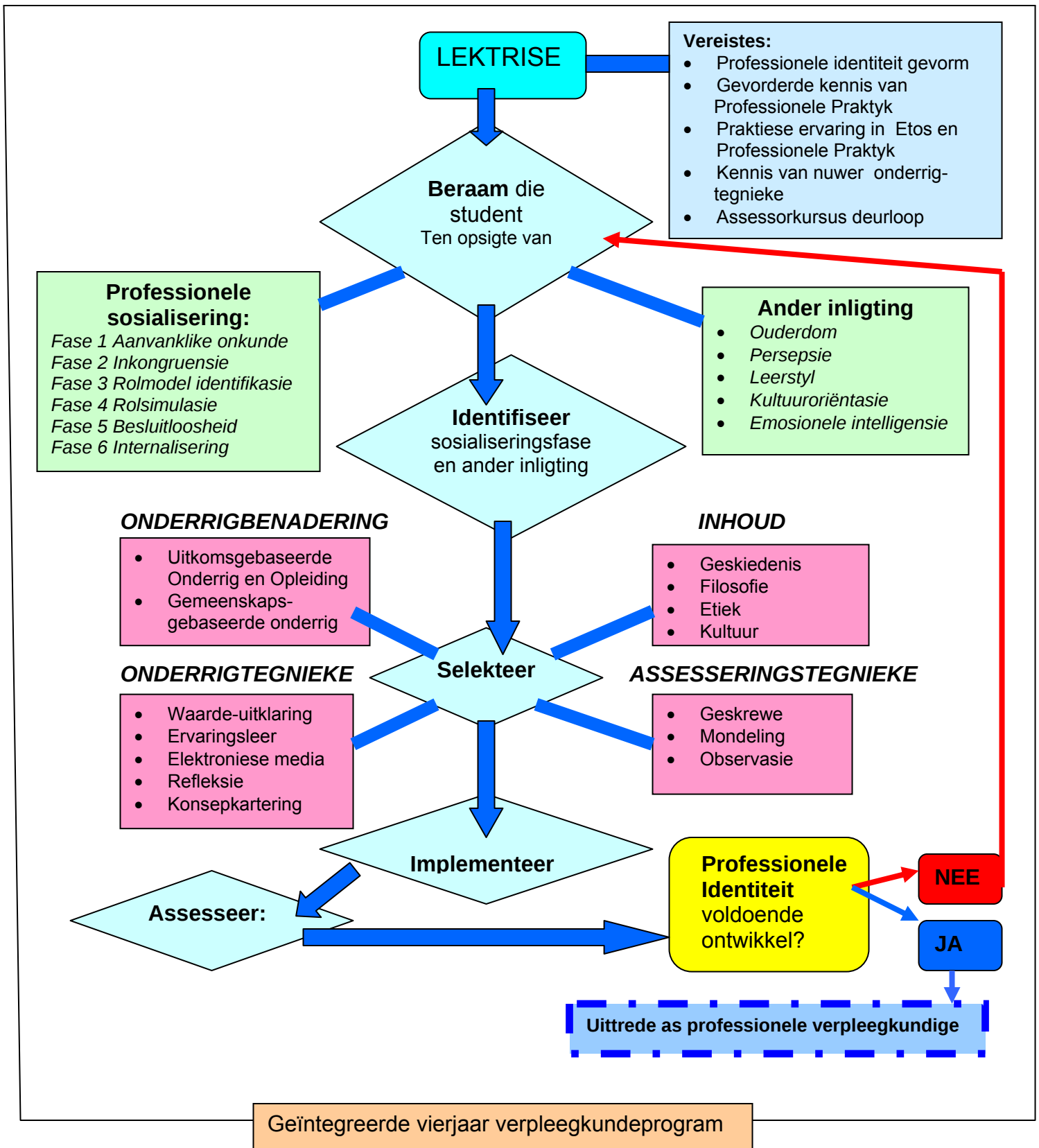
Die student behoort 'n baie prominente posisie in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te beklee. Net soos wat daar met 'n Wetenskaplike metode van Verpleging, ook bekend as die Verpleegproses, geïndividualiseerde verpleegsorg aan pasiënte voorgestaan word, moet geïndividualiseerde onderrig van studente veral ten opsigte van die vorming van professionele identiteit, plaasvind.

Gegee al die bogenoemde veranderinge, asook die feit dat die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk tans nie eksplisiet op die vorming van 'n

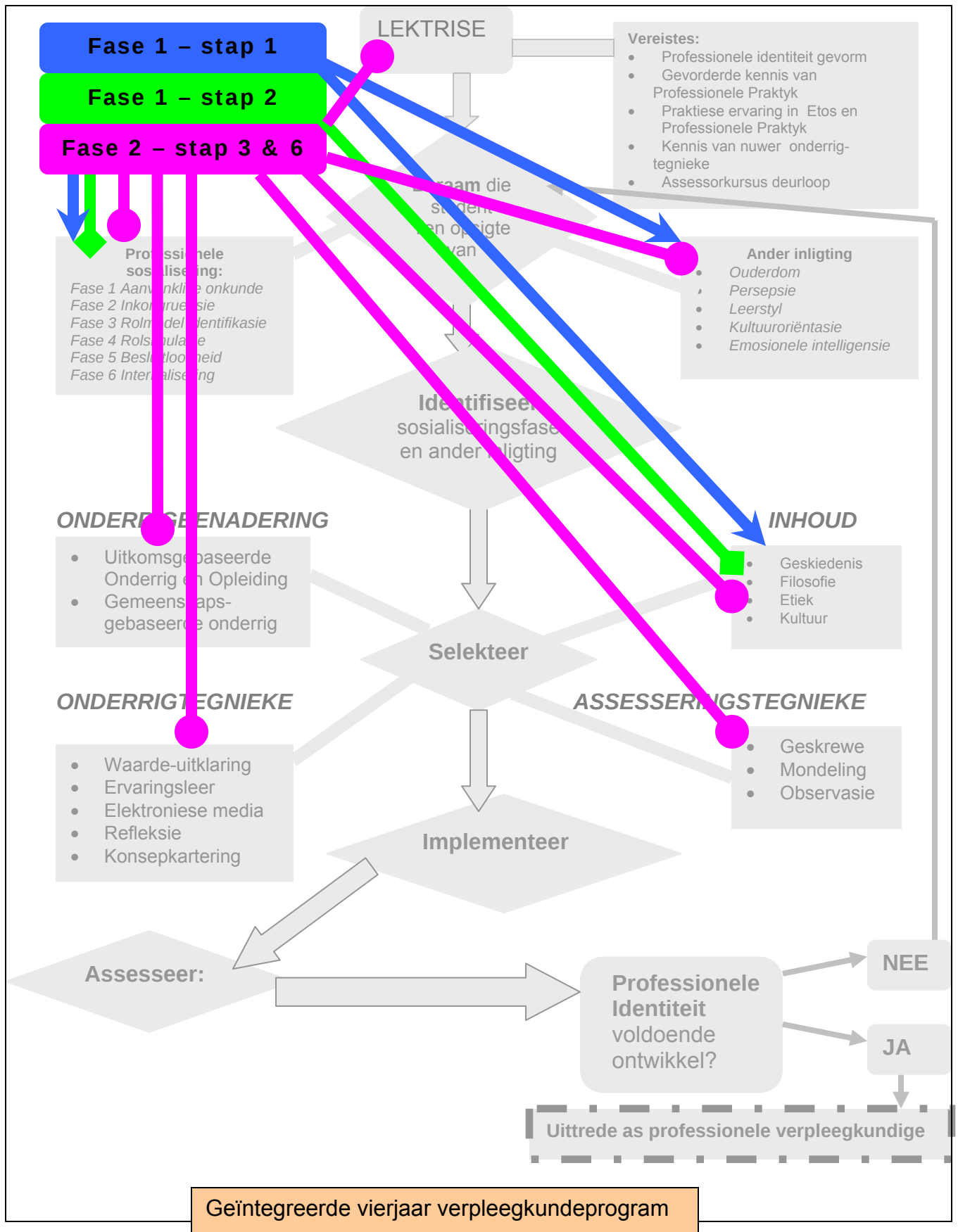
professionele identiteit gerig is nie (vergelyk hoofstuk 6) en ook nie die individuele student in ag neem nie, is dit nodig om die onderrig daarvan te hersien. Hiervoor is 'n raamwerk saamgestel sodat die onderrig van [Etos en Professionele Praktyk aan die hand daarvan meer effektief gedoen kan word.

Die saamgestelde raamwerk word in figuur 7.1 aangedui.

FIGUUR 7.1: Raamwerk: proses van onderrig



FIGUUR 7.2: Vergestaltung van navorsingsverloop in die onderrigraamwerk:



Soos gesien in figuur 7.1 behoort die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk op die vorming van 'n professionele identiteit gerig te wees. In die onderrigproses behoort die proses van professionele sosialisering in ag geneem te word wanneer die onderrigbenadering, inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke geselekteer word. Die veranderde studentprofiel, wat veranderde leerverwagtinge insluit, sowel as individuele ontwikkeling moet verreken word tydens die onderrigproses. Die lektrise moet egter ook oor meer as die basiese kennis en vaardighede van [Etos en] Professionele Praktyk beskik om bogenoemde te kan doen. Die raamwerk sal nou vervolgens in detail bespreek word.

7.3 BESPREKING VAN DIE RAAMWERK

Die hoofkomponente van die raamwerk vir onderrig bestaan uit die lektrise, die student, professionele sosialisering en professionele identiteit.

7.3.1 Die lektrise

Die rol van die lektrise in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk mag nooit onderskat word nie. Studente word beïnvloed deur lektrises se persepsies, benaderings en gedrag, afgesien van wat formeel onderrig word (Kenny, *et al.*, 2004:intyds). Dit is dus belangrik dat die lektrise se eie professionele identiteit goed gevorm is, sy die verpleegkundige waardes ken, respekteer en toepas (Jormsri, *et al.*, 2005:intyds) sodat sy as rolmodel vir studente kan dien (Savage & Favet, 2006: intyds).

Die lektrise wat by die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk betrokke is, behoort 'n grondige kennis van die module in geheel te hê (Davis, *et al.*, 2006:343-344; Henderson, 2006:28; Pattison, 2001:16; Quinn, 2001: 180; Searle, 2000:96). Die SARV stel tans die minimum kwalifikasies vir

onderrigpersoneel in die verpleegdisipline Fundamentele Verpleegkunde en **etos en professionele praktyk** as volg: naamlik dat so 'n persoon 'n geregistreerde verpleegkundige, vroedvrou en dosent moet wees, asook op hoogte met kliniese praktyk, verkieslik met 'n toepaslike na-basiese **kliniese** kwalifikasie (SARV. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige {algemene, psigiatryse en gemeenskaps-} en vroedvrou. 1992, soos gewysig).

Toepaslike kliniese kwalifikasies kan in die verskillende Verpleegkundige dissiplines bekom word, maar nie spesifiek in [Etos en] Professionele Praktyk nie. 'n Toepaslike, addisionele kwalifikasie vir spesifiek [Etos en] Professionele Praktyk, word ook nie as vereiste deur die SARV gestel nie.

Die lektrise kan praktiese ervaring in [Etos en] Professionele Praktyk opdoen deur byvoorbeeld besprekings van etiese aard by te woon, asook om lidmaatskap van 'n Kliniese Etiekgroep of Etiekkomitee te bekom (Davis, *et al.*, 2006:343-344). Intydse besprekingsgroepe kan ook gevorm word, ten einde lektrises te help om hul kennis en onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te bevorder.

Die lektrise moet ook toepaslik in die verskillende onderrig- en assesseringstegnieke onderleg wees. Ten einde kwaliteitskontrole oor onderrig te doen, word persone wat betrokke is by onderrig verplig om 'n nasionaal voorgeskrewe assessorkursus te deurloop (van Rooyen & Prinsloo, 2002; SAQA: 2001). Laasgenoemde kan as deel van haar voortdurende professionele onderrig verantwoordelikheid beskou word.

Aangesien navorsing aangetoon het dat nuweling lektrises nie altyd oor voldoende onderrigvaardighede beskik nie (Dürrheim & Ehlers, 2001:15) is dit verkieslik dat [Etos en] Professionele Praktyk deur 'n meer ervare lektrise onderrig word.

7.3.2 Die student

Studente wat tans tot Verpleging toetree se profiel lyk verskillend as dié van 'n dekade of twee gelede. Studente van vandag is van heterogene ouderdom en kultuur, het ander verwagtinge, ander leerbehoeftes en het in 'n veranderde sosiale milieu grootgeword (vergelyk hoofstuk 4, bl 174). Die veranderde sosiale milieu raak veral hulle ontwikkeling van emosionele intelligensie, wat 'n rol speel in ontwikkeling van professionele identiteit aan en hierdie aspekte moet dus in ag geneem te word met seleksie van inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke van [Etos en] Professionele Praktijk.

7.3.2.1 Ouderdom

Die heterogene ouderdom van studente bring mee dat hulle in verskillende lewensfases is. Hulle vlakke van ontwikkeling van emosionele intelligensie, lewenservaring asook lewensomstandighede sal noodwendig verskil. Die jonger "X- en Y-generasie" student moet byvoorbeeld nog hulle eie identiteit en selfbeeld sowel as waardes vestig, terwyl dit reeds by ouer studente gevestig behoort te wees (Louw, *et al.*, 1998:480-481). Die vestiging van 'n eie identiteit is 'n voorvereiste vir die ontwikkeling van 'n professionele identiteit (Adams, *et al.*, 2006:58) en lektrises behoort te identifiseer watter studente se eie identiteit nog nie voldoende gevestig is nie, sodat sodanige studente ook daarin onderrig kan word.

Die gebruik van tegnieke soos lesings en klasbesprekings sal nie bogenoemde behoeftes aanspreek nie.

7.3.2.2 Persepsie

Die heterogene groep studente se persepsies van Verpleging sal noodwendig verskil, aangesien dit na aanleiding van hulle vooraf blootstelling aan Verpleging,

hulle ervaring met lede van die professie sowel as deur die media gevorm word (Duffield, *et al.*, 2006:60; Öhlen & Segensten, 1998:723; Ellis & Hartley, 2001:176). Hierdie persepsies is egter nie altyd realisties nie en behoort tydens onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk verander te word om in lyn met dit wat Verpleging werklik is, te kom. Hierdie is nie 'n maklike taak waar persone reeds 'n gevestigde persepsie soos in geval van ouer studente, het nie.

Die gee van lesings, besprekings en blootstelling aan sprekers is beslis nie die effektiëste metodes om hierdie persepsies te vestig of te verander nie.

7.3.2.3 *Leerstyle*

As gevolg van individualiteit sowel as verskillende skolastiese onderrig, sal die studente verskillende leerstyle hê (Snelgrove, 2004:intyds). Die X- en Y-generasie student verkies om meer deur middel van tegnologie soos e-leer onderrig te word (Parker & Kupperschmidt, 2002:intyds), terwyl die gebruik van tegnologie vir ouer studente problematies kan wees.

Die implementering van onderrigtegnieke soos ervaringsleer en probleemgebaseerde leer kan verskillende leerstyle aanspreek en mag dus meer effektië wees.

7.3.2.4 *Kultuuriëntasie en –kongruensie*

Studente, lektreses en pasiënte van verskillende kultuurgroepe kom daagliks met mekaar in kontak – meer as wat dit twee dekades gelede die geval was. Almal word dus aan 'n verskeidenheid van waardes, norme en gebruike blootgestel en moet leer om hierdie verskeidenheid te respekteer (Mellish, *et al.*, 2001:62; Weaver, 2001:252; Bellack, 1999:3-4).

Aanvaarding en respektering van kultuurdiversiteit is deel van ontwikkeling van emosionele intelligensie asook professionele identiteit en dit kan deur middel van tegnieke soos ervaringsleer, probleemgebaseerde onderrig asook refleksie aangespreek word (McGrath & Higgins, 2006:intyds; Fakude & Bruce, 2003:49; Williams, 2001:30; Quinn, 2001:568; Brown, 1999:171).

7.3.2.5 *Emosionele intelligensie*

Emosionele intelligensie behels persoons- en sosiale eienskappe soos byvoorbeeld redeneervermoë, selfbestuur, motivering, handhawing van verhoudings op empatiese wyse, effektiewe kommunikasie, konflikthantering, die vermoë om saam met ander te kan werk (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Cadman & Brewer, 2001:intyds), identifisering en vestiging van eie waardes asook kultuuridentiteit (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170) sowel as om 'n politiese bewustheid te ontwikkel (Mellish, *et al.*, 2001:62; Weaver, 2001:252; Bellack, 1999:3-4).

Afgesien daarvan dat die ontwikkeling van emosionele intelligensie 'n voorvereiste vir die ontwikkeling van professionele identiteit is, is die ontwikkeling daarvan ook nodig sodat die individu effektief in 'n werksituasie kan aanpas (Adams, *et al.*, 2006:58; Pask, 2003:170). Werkgewers verwag dat werknemers, ook professionele verpleegkundiges, oor basiese vakkennis en vaardighede sal beskik, maar ook dat hulle in die werkswêreld sal kan funksioneer. Werkgewers verwag dat werknemers werksverantwoordelik, toegewyd en betroubaar sal wees. Laasgenoemde is alles kenmerke van emosionele intelligensie (Freshwater & Stickley, 2004:intyds; Bellack, 1999:3).

Emosionele intelligensie word gewoonlik in gesinsverband ontwikkel. Verandering in huidige gesinstrukture maak dit egter moontlik dat studente wat tot Verpleging toetree se emosionele intelligensie, dit wil sê hulle vermoë om sinvol in die leef- en werkswêreld te kan funksioneer, nie voldoende ontwikkel is nie. Dit is dus nodig dat studente se vlak van ontwikkeling van emosionele

intelligensie by toetrede vasgestel sal word en dat studente doelbewus hieroor onderrig en assessee sal moet word.

7.3.3 Professionele sosialisering

Die proses van professionele sosialisering is noodsaaklik vir die ontwikkeling van 'n professionele identiteit (Adams, *et al.*, 2006:57; Clouder, 2003:intyds; Davies, 2002:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721; Fagermoen, 1997:434). Hierdie proses bestaan uit verskillende fases (vergelyk hoofstuk 4) wat beslis in ag geneem moet word tydens mikrokurrikulering van [Etos en] Professionele Praktijk.

Wanneer studente tot Verpleging toetree, het hulle hul eie ideale beeld of idee oor wat Verpleging is en wat verpleegkundiges doen. Wanneer hierdie studente dan selgs deur byvoorbeeld lesings, gekonfronteer word met wette, regulasies en riglyne vir etiese besluitneming, sal dit nie hulle geïdealiseerde beeld na die werklike beeld van Verpleging verander nie. (Calman, *et al.*, 2002:523; Mikhol, 2005:intyds). Tegnieke soos ervaringsleer asook konsepkartering is beter tegnieke om verandering van opinies of idees te bewerkstellig (Banning, 2006:intyds; Davis, *et al.*, 2006:226; Raymond & Profetto-Grath, 2005:intyds; Brakenreg, 2004:intyds; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds; Jones, 1999:44).

Wanneer studente in die fase van inkongruensie is, sal die gee van lesings, selfstudie en rolspel nie voldoende wees om leer te bewerkstellig nie. Tegnieke soos Ervaringsleer, refleksie en kleingroepbespreking moet eerder tydens hierdie fase gebruik word.

In die fase van identifisering van rolmodelle behoort die lektreses die studente te help om die regte rolmodelle te identifiseer, sodat ongewenste gedrag van van

ontoepaslike rolmodelle nie nagevolg word nie. Dit beteken dat die lektreses die studente in die praktyk moet opvolg en begelei.

In die fase van besluitloosheid sal tegnieke soos ervaringsleer, refleksie, praktykbegeleiding en studiegroepe ondersteuning vir studente bied totdat hulle gemaklik in hulle rol as professionele verpleegkundiges is.

Die verskillende fases van professionele sosialisering (vergelyk figuur 7.1) is nie aan 'n spesifieke studiejaar gekoppel nie en studente van dieselfde jaargroep mag in verskillende fases daarvan wees. Dit is daarom van uiterste belang dat studente tydens die onderskeie studiejare geassesseer word ten einde vas te stel in watter fase hulle is, sodat hulle onderrig diennooreenkomstig aangepas kan word. Dit impliseer verder dat nie alle studente van 'n sekere jaargroep eenders ten opsigte van ontwikkeling van professionele identiteit onderrig kan word nie. Individuele beraming en diennooreenkomstige aanpassing van inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke is hier van kardinale belang.

7.3.4 Die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk

Die proses van onderrig verwys na die onderrigbenaderings, inhoud, onderrig- en assesseringstegnieke wat gevolg word. Die deurvloei van studente, asook die omgewing waarin onderrig gedoen word, word nie hierby ingesluit nie (Mellish, *et al.*, 2001:126).

7.3.4.1 Onderrigbenaderings

Ten einde in lyn te wees met SAQA en NQF vereistes moet die Uitkomsgebaseerde Onderrig en Opleidingbenadering (UGOO) gevolg te word. Bereiking van kritiese kruisvelduitkomste behoort 'n verdere doelwit in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk te wees. Dit is verkieslik dat Gemeenskapsgebaseerde onderrig (GGO) met UGOO gekombineer moet word.

Gemeenskapsgebaseerde onderrig is op gesondheidsbehoefte en –probleme in 'n spesifieke gemeenskap gerig (Mtshali, 2005:6). Indien studente dus deur middel van GGO onderrig word, word hulle aan werklike lewensituasies blootgestel en beide die gemeenskap en studente kan hierdeur bevoordeel word (Mtshali, 2005:10; Mellish, *et al.*, 2001:100) (vergelyk hoofstuk 4, bl 221). Studente word in GGO aan die gemeenskap en verpleegkundige waardes blootgestel, wat etiese aspekte soos onder andere, betoning van respek, altruïsme, integriteit en handhawing van menswaardigheid by verskillende kulture bevorder (Mtshali, 2005:10). Laasgenoemde is aspekte wat nodig is vir die vorming van emosionele intelligensie sowel as professionele identiteit.

7.3.4.2 Inhoud

Die seleksie van inhoud vir die onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk moet daarop gerig wees om die studente se professionele identiteit te ontwikkel. Ten einde 'n professionele identiteit te kan ontwikkel, moet die student:

- Haar eie kultuur, waardes en norme ken, sowel as ander persone se waardes en norme respekteer. Die identifisering van 'n eie lewensfilosofie is hierby ingesluit (Clarke & Holt, 2001:intyds).
- Die etos van Verpleging, sowel as die waardes en norme daarvan ken en dit internaliseer (Chitty, 2001:177; Howkins & Evens, 1999:41).
- 'n Verplegingsfilosofie kies (Grainger & Bolan, 2006:intyds; Gregg & Magilvy, 2001:intyds).
- Etiese beginsels in die alledaagse lewe sowel as Verpleging kan toepas (Muller, 2002:66; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19; Chitty, 2001: 479-480; Searle, 2000:96; SANC. "Draft Charter of Nursing Practice". September 2004).

Die inhoud van [Etos en] Professionele Praktijk moet dus die Geskiedenis van Verpleging sowel as die etos daarvan insluit sodat studente kan leer waaruit Verpleging bestaan.

Dit moet ook etiek insluit en die inhoud van die etiek moet ook etiese beginsels, teorieë, waardes en norme aanspreek en nie slegs onderrig van etiese dilemmas en etiese besluitneming wees nie.

Filosofie moet deel van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk uitmaak. Die bestudering van filosofie kan, soos reeds genoem, studente help om behalwe die wese van Verpleging, ook die sin van die lewe te laat verstaan. Studente hoef nie aan 'n omvattende module van filosofie blootgestel te word nie, maar net genoeg sodat kritiese denke, beredenering en identifisering van 'n eie lewens- sowel as Verplegingsfilosofie ontwikkel kan word (Clarke, & Holt, 2001:intyds).

Kultuurkongruente optrede is van kardinale belang in Verpleging maar ook in die daaglikse lewe. Dit is dus nodig dat studente ook daarvoor in [Etos en] Professionele Praktyk onderrig sal word.

7.3.4.3 Onderrigtegnieke gefokus om die inhoud te bemeester

Die onderrigtegnieke moet so geselekteer word dat dit studente help om hul eie sowel as die kultuur van ander, die etos van Verpleging, filosofie en etiek te kan bemeester. Hiervoor is onderrigtegnieke anders dan die gee van lesings, algemene klasbesprekings, blootstelling aan sprekers en rolspel nodig.

7.3.4.3.1 Onderrigtegnieke om kultuur, waardes en norme te onderrig

Ten einde studente te help om hulle eie waardes en norme en kultuur te identifiseer, sowel as ander se kultuur te respekteer, moet onderrigtegnieke soos waarde-uitklaring, in kleingroepbespreking gebruik word (Mellish, *et al.*, 2001:177). Toepassing van Ervaringsleer as tegniek kan hulle ook help om ander se kultuur, waardes en norme te verstaan.

7.3.4.3.2 Onderrigtegnieke om die etos van Verpleging te onderrig

Die etos van Verpleging bestaan uit verskillende komponente, waaronder waardes en norme val. Die onderrigtegniek, waarde-uiklaring, moet dus ook hier gebruik word om Verplegingswaardes, soos veral deernisvolle sorg, te onderrig.

Die onderrigtegniek wat die meeste geskik is om die verskillende komponente van Verpleging en die verbande daarvan uit te lig, is konsepkartering (Banning, 2006:intyds; Daley, *et al.*, 1999:44). Lektrises moet hulle vergewis dat hulle sowel as die studente, die verskillende stappe waaruit hierdie tegniek bestaan, ken ten einde dit effektief te kan toepas.

Geskiedenis van Verpleging vorm deel van die etos en dit kan deur middel van elektroniese media onderrig word. Leerspeletjies en rekenaarondersteunde onderrig, sowel as studiekele, is die mees toepaslike tegnieke hiervoor.

7.3.4.3.3 Onderrigtegnieke rakende filosofie

Filosofie is 'n abstrakte vakgebied, gegrond op die soeke na betekenis in die heelal. Dit is dus verkieslik dat inleidende lesings en besprekings aanvanklik hieroor gegee en dit dan met refleksie opgevolg word. Wanneer daar met assessering vasgestel is dat studente die kernbegrippe bemeester het, kan kleingroepbespreking, e-leer en studiekele as onderrigtegnieke gebruik word om meer in diepte leer te laat plaasvind.

7.3.4.3.4 Onderrigtegnieke rakende etiek

In die algemeen gesien, verwys etiek na wat as “reg” of “verkeerd” is en na wat “gedoen behoort te word” of “wat nie gedoen behoort te word nie” (Arries, 2005:64; Ellis & Hartley, 2001:342; Mellish & Paton, 1999:117). Hierdie konsepte is ook abstrak en daarom behoort dit aanvanklik met inleidende lesings en besprekings onderrig te word. Dit is egter nodig dat dit nie net op kennis en

begrip vlak onderrig word nie, aangesien dit van professionele verpleegkundiges verwag word om eties korrek te kan op tree (Muller, 2002:66; Mulaudzi, *et al.*, 2001:19; Chitty, 2001: 479-480; Searle, 2000:96; SANC. "Draft Charter of Nursing Practice". September 2004).

Studente behoort dus ten opsigte van etiek onderrig te word sodat hulle dit uiteindelik kan toepas. Hiervoor is onderrigtegnieke soos Ervaringsleer en refleksie geskik aangesien hierdie tegnieke studente kan help om die gevolg van hulle aksies te identifiseer en te verstaan. Sodoende kan hulle ook alternatiewe aksies aanleer (Davis, *et al.*, 2006:226; Fakude & Bruce, 2003:50; Ekebergh, *et al.*, 2004:intyds; Jones, 1999:44).

7.3.5 Assessering

Studente moet ten opsigte van hulle ontwikkeling van emosionele intelligensie, sowel as van ontwikkeling van professionele identiteit assesseeer te word. Die assessering moet deurlopend deur 'n jaar, maar ook deur die hele vierjaarprogram gedoen te word.

Assesseringstegnieke kan verskillende geskrewe of mondelinge formate aanneem of dit kan deur direkte observasie geskied (Mellish, *et al.*, 2001:231, 274, Quinn, 2001:207-208). Aangesien professionele identiteit veral in die praktyk ontwikkel word, is observasie 'n belangrike assesseringstegniek om te gebruik (Austgard, 2006:intyds; Calman, *et al.*, 2002:517; R. Cohen, 2001:148; Quinn, 2001:231). Dit is belangrik dat die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk nie net op geskrewe assessering sal berus nie, maar dat daar van 'n verskeidenheid van

tegnieke, soos byvoorbeeld mondelinge assessering en observasie gebruik gemaak sal word.

Voordat assessering kan plaasvind moet leeruitkomste ten opsigte van emosionele intelligensie, sowel as professionele identiteit ontwikkel word. Hierdie leeruitkomste behoort nie net op kognitiewe kennis gerig te wees nie, maar ook op affektiewe kennis en moet in terme van ontvang, gee aandag aan, reageer op, heg waarde aan, organiseer en karakteriseer (Quinn, 2001:144-145) beskryf wees. Hierdie uitkomste behoort op nasionale vlak ontwikkel te word (vergelyk hoofstuk 4, bl 215).

Lektrises behoort ook die huidige vereiste assessorsprogram te deurloop sodat kwaliteitsversekering tydens assessering bevorder kan word (van Rooyen & Prinsloo, 2002; SAQA, 2001).

Indien al bogenoemde ten opsigte van die voorgestelde raamwerk gevolg word, behoort studente 'n professionele identiteit te ontwikkel, wat tot gevolg sal hê dat hulle werksverantwoordelik, toegewyd en betroubaar sal wees.

7.3.6 Professionele identiteit

Self-identifikasie met 'n professie waarin die aard en wese van die professie deur 'n individu geïnternaliseer word, word professionele identiteit genoem (Gregg & Magilvy, 2001:intyds; Öhlén & Segesten, 1998:721). Met vorming van professionele identiteit word 'n professie se wetenskap, vaardighede en kultuur deur 'n idiwidu aanvaar en dit behoort in die allgedaagse uitvoering van gewone en ongewone situasies sigbaar te wees (Adams, *et al.*, 2006:56-57; Grainger & Bolan, 2006:intyds; Süreyya, 2004:intyds; Davies, 2002:intyds; Mellish & Paton, 1999:107).

Persone wie se professionele identiteit gevorm is, sal oor selfkennis beskik, sal vertrouwe in hul vermoëns hê en hulle beperkings ken. Hulle sal ook oor professionele kennis en vaardighede beskik, wetenskaplik ondersoekend en aan die professie toegewyd wees (Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001: intyds; Öhlén & Segesten, 1998:722). Dit impliseer dat hierdie persone nie Verpleging as roetine prosedure sal uitvoer nie, maar deur middel van kritiese denke verpleegsorg só sal kan aanpas dat dit tot voordeel van die individuele pasiënt strek.

Persone met 'n gevormde professionele identiteit sal ook verder daarop ingestel wees om verder professioneel te groei en ontwikkel (Öhlén & Segesten, 1998:726).

Verpleegkundiges wat nie 'n professionele identiteit ontwikkel het nie is taakgeoriënteer en neem nie pasiëntbehoefte in ag nie (Ewens, 2003: 224; 226; Pask, 2003:170; Gregg & Magilvy, 2001:intyds). Dit is dus van uiterste belang in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk, sowel as vir die voortbestaan van Verpleging as professie, dat studentverpleegkundiges 'n professionele identiteit sal ontwikkel.

7.4 NOODSAAKLIKHEID VIR DIE GEBRUIK VAN DIE RAAMWERK

Die einddoel van onderrig van [Etos en] Professionele Praktijk behoort die vorming van 'n professionele identiteit te wees sodat verpleegkundiges wat aan Verpleging toegewyd is, gelewer kan word. Ten einde hierdie doel te bereik, moet die proses van professionele sosialisering tydens onderrig in ag geneem word. Professionele sosialisering is 'n voortdurende proses, daarom moet onderrig en assessering vanaf die eerste tot die finale studiejaar plaasvind en nie

net eenmalig of geïntegreerd met ander modules nie. Onderrig behoort vir langer as een uur per week plaas te vind (vergelyk hoofstuk 6).

Indien daar toegewyde, bekwame en verantwoordelike verpleegkundiges vir die land voorsien moet word, moet die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk 'n ander dimensie aanneem, soos wat in die raamwerk voorgestel word (vergelyk figuur 7.1).

7.5 TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE

Die beraming van slegs die proses van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk is in hierdie studie gedoen. 'n Beraming van die struktuur, sowel as die produk, naamlik die deurvloei van studente, was nie gedoen nie en mag moontlik as 'n leemte beskou word. Dit is dus nie bekend wat die fisiese omstandighede is waarin die studente onderrig word of hoe effektief die onderrig ten opsigte van slaagsyfers is nie. Die doel van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk behoort egter beslis nie op slaagsyfers gerig te wees nie en daarom is deurvloei nie by hierdie studie ingesluit nie.

Daar is nie 'n beraming van die lektrises se kennis en vaardighede of die kwaliteit van onderrig ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk gedoen nie. Indien lektrises nie kwaliteit onderrig gee nie, kan dit studente se leer en ontwikkeling benadeel en dit kan dus 'n moontlike leemte wees.

7.6 AANBEVELINGS

Die volgende aanbevelings vir verdere navorsing word gemaak:

- Die implementering van die raamwerk ten einde die effek daarvan op die onderrig van van Etos en Professionele Praktyk te identifiseer.
- Die identifisering van die kwaliteit van onderrig van Etos en Professionele Praktyk

- Die identifisering van moontlike behoeftes by lektrises vir Voortgesette onderrig in Etos en Professionele Praktyk.

7.7 SLOT

Onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk het, met betrekking tot die inhoud daarvan, oor twintig jaar dieselfde gebly. Die onderrig- en assesseringstegnieke wat gebruik word om dit mee te onderrig, is met die uitsondering van enkele onderriginstansies, die gee van lesings, besprekings en geskrewe assessering soos toetse en eksamens. Hierdie tegnieke pas geensins by die veranderde onderrigbenadering en studenteprofiel aan nie.

Die doel van onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk moet daarop gerig wees om 'n professionele verpleegkundige daar te stel, tog word geen uitkomste met betrekking tot die ontwikkeling van 'n professionele identiteit deur die SARV beskryf nie. Die feit dat alle studente deur 'n proses van professionele sosialisering behoort te gaan ten einde aan die professie toegewyd te wees, word tans ook nie in ag geneem nie.

Daar word ook tans geen addisionele onderrigkwalifikasies van lektrises wat [Etos en] Professionele Praktyk onderrig, vereis nie. Opknappingskursusse oor ander dissiplines in Verpleging, soos byvoorbeeld Trauma, Verloskunde en HIV, is volop, maar daar is geen soortgelyke kursusse oor [Etos en] Professionele Praktyk nie. Dit is dus moontlik dat lektrises se kennis tot dit wat hulle op voorgraadse vlak opgedoen het, beperk is.

Dit is dus van kardinale belang dat die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk hersien en verskerp moet word. Die onderrigbehoefte van lektrises moet ook ondersoek en aangespreek word. Deur die uitgangspunte soos aangedui in die onderrigraamwerk te gebruik, word die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk op die vorming van professionele identiteit gerig.

“Professionalism [professional identity] is transmitted through professional education that encompassess a liberal education, professional values, core competencies, core knowledge, and the development of professional nursing roles” (American Association of Colleges of Nursing. 1998. In Secrest, et al., 2003:78).

BIBLIOGRAFIE

Adams, K., Hean, S., Sturgis, P. & Clark, J. M. 2006. Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students.

Learning in Health and Social care. 5(2): 55-68.

Aldridge, A. & Levine, K. 2001. **Surveying the social world: principles and practice in survey research.** Philadelphia: Open University Press.

Allmark, P. 2005. Can the study of ethics enhance nursing practice? **Journal of Advanced Nursing.** 51(6): 618-624.

American Association of Colleges of Nursing. 1998. *In* Secrest, J. A., Norwood, B. R. & Keatley, V. M. 2003. *Journal of Nursing Education.* 42(2): 77-82.

Arries, E. 2005. Virtue ethics: an approach to moral dilemmas in nursing. **Curationis.** 28(3): 64-71.

Attree, M. 2001. Patients' and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. **Journal of Advanced Nursing.** 33(4): 456-466.

Austgard, K. 2006. The aesthetic experience of nursing. **Nursing Philosophy** [online], 7(1). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1466-769X.2006.00242.x>> [Accessed 15 March 2006].

Babbie, E. 2001. **The practice of social research.** 9th ed. Australia: Wadsworth Thompson Learning.

Banning, M. 2005. Measures that can be used to instill critical thinking skills in nurse prescribers. **Nurse Education in Practice** [online], 6(2). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 7 March 2006].

Barbour, R. S. & Kitzinger, J. 1999. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London: Sage Publications.

Basset, C. 2002. Nurses' perception of care and caring. **International Journal of Nursing Practice** [online], 8(1). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 14 June 2006].

Baumberger-Henry, M. 2005. Cooperative learning and case study: does the combination improve students' perception of problem-solving and decision making skills. **Nurse Education Today** [online], 25(3). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 1 June 2005].

Beeson, S. A. 1999. The effects of two teaching methods on nursing students' factual knowledge and performance of psychomotor skills. **Journal of Nursing Education**. 38(8): 357-359.

Bellack, J. P. 1999. Emotional intelligence: a missing ingredient? **Journal of Nursing Education**. 38(1): 3-4.

Berggren, I. & Severinsson, E. 2003. Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. **Journal of Advanced Nursing**. 41(6): 615-622.

Berglund, C. A. 2001. **Health research**. Australia: Oxford University Press.

Bezuidenhout, M. C. 2003. Guidelines for enhancing clinical supervision. **Health SA Gesondheid**. 8(4): 12-23.

Bhengu, B. R. 2000. Exploring the critical care nurses' experiences regarding moonlighting. **Curationis**. 24(2): 48-53.

Björkström, M. E., Johanssen, I. S. & Athlin, E. E. 2006. Is the humanistic view of the nurse role still alive – in spite of an academic education? **Journal of Advanced Nursing**. 54(4): 502-510.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. 2001. **Introducing qualitative method: focus groups in social research**. London: Sage Publications.

Botes, A. 1999. Nursing ethics in a developing country. **Curationis**. 64-67.

Brakenreg, J. 2004. Issues in reflection and debriefing: how nurse educators structure experiential activities. **Nurse Education in Practice** [online], 4(4). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 3 March 2006].

Brathwaite, A. C. & Majumdar, B. 2006. Evaluation of a cultural competence educational programme. **Journal of Advanced Nursing**. 53(4): 470-478.

Brilowski, G. A. & Wendler, M. C. 2005. An evolutionary concept analysis of caring. **Journal of Advanced Nursing**. 50(6): 641-650.

Brown, L., Herd, K., Humphries, G. & Paton, M. 2005. The role of the lecturer in practice placements: what do students think? **Nurse Education in Practice** [online], 5(2). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 15 March 2006].

Brown, G. 2001. **Assesment: a guide for lecturers**. UK: Learning and teaching support network (LTSN). [Available from: <<http://www.itsn.ac.uk>>]

[Accessed 30 October 2006].

Brown, S. C. 1999. Using reflective thinking to develop personal professional philosophies. **Journal of Nursing Education**. 38(4): 171-175.

Burns, N. & Grove, S. K. 2001. **The practice of nursing research: conduct, critique and utilization**. 4th ed. Pennsylvania: W B Saunders Company.

Burns, N. & Grove, S. K. 2005. **The practice of nursing research: conduct, critique and utilization**. 5th ed. United States: Elsevier Saunders.

Burnard, P. 2005. Reflections on reflection. **Nurse Education Today** [online], 25(2). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 14 April 2006].

Cadman, C. & Brewer, J. 2001. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. **Journal of Nursing Management** [online], 9(6). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 19 March 2006].

Cahn S. & Pastore, J. M. 2003. Decision modeling: an objective approach to moral reasoning. **Teaching Business Ethics** [online], 7(4). Available from: <<http://www.springerlink.com/content>> [Accessed 7 March 2006].

Calman, L., Watson, R., Norman, I., Redfern, S. & Murrells, T. 2002. Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and student views. **Journal of Advanced Nursing**. 38(5): 516-523.

Cambell-Heidiger and associates. 1994. *In* Chitty, K. K. 2001. **Professional nursing: concepts and challenges**. 3rd ed. London: B Saunders Company.

Canales, M. K. & Bowers, B. J. 2001. Expanding conceptualizations of culturally competent care. **Journal of Advanced Nursing**. 36(1): 102-111.

Carlson, S., Kotzé, W. J. & van Rooyen, D. 2005. Experiences of final year students in their preparedness to become registered nurses. **Curationis**. 28(4). 65-73.

Carlson, S., Kotzé, W. J. & van Rooyen, D. 2003. Accompaniment needs of first year nursing students in the clinical environment. **Curationis**. 26(2). 30-39.

Castledine. 1997. 1998. *In* Challagan, M. 2003. Nursing moral: what is it like and why. **Journal of Advanced Nursing**. 42(1): 82-89.

Callagan, M. 2003. Nursing moral: what is it like and why? **Journal of Advanced Nursing**. 42(1): 82-89.

Cherry, A. L. 2002. **A research primer for the helping professions**. United States: Brooks/Cole Thompson Learning.

Chitty, K. K. 2001. **Professional nursing: concepts and challenges**. 3rd ed. London: B Saunders Company.

Clarke, D. J. & Holt, J. 2001. Philosophy: a key to open the door to critical thinking. **Nurse Education Today** [online], 21(1). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science?> [Accessed 6 June 2005].

Clouder, L. 2003. Becoming professional: exploring the complexities of professional socialization in health and social care. **Learning in Health and Social Care** [online], 2(4). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com/>> [Accessed 6 June 2005].

Cohen, H. 2001. Shrinking medication errors down to size: what you can do about this far-reaching problem. **Nursing Management**. 32(10): 25-30.

Cohen, R. 2001. Assessing professional behaviour and medical error. **Medical Teacher**. 23(2): 145-151.

Comer, S. K. 2005. Patient care simulations: role playing to enhance clinical understanding. **Nursing Education Perspectives** [online], 26(6). Available from:

<http://weblinks2.epnet.com/externalframe.asp?tb=1& ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%22LA8%22+30D0& ug=sid+395B3A41%2DB348%2D4E2E%2D95C1%2D8B199A1F87D4%40sessionmgr2+db+aph+cp+1+FE36& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB1D00066545+FEA3& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN+%22Nursing++Education++Perspectives%22++and++DT++20051101+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+20E6& fi=aph_19187700_AN& lpdf=true& pdfs=1.7MB& bk=R& tn=24& tp=CP& es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D19187700%26rn%3D10%26db%3Daph%26is%3D15365026%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DNursing%2BEducation%2BPerspectives%26year%3D2005%26bk%3D& fn=1& rn=10> [Accessed 29th March 2006].

Corser, W. D. 2000. The contemporary nurse-physician relationship: insights from scholars outside the two professions. **Nursing Outlook** [online], 48(6). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 6 July 2006].

Cortis, J. & Kendrick, K. 2003. Nursing ethics, caring and culture. **Nursing Ethics**. 10(1): 77-89.

Creswell, J. W. 1998. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions**. London: Sage Publications.

Creswell, J. W. 2005. **Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research**. 2nd edit. New Jersey: Pearson Education International.

Crigger, N. 2005. Two models of mistake-making in professional practice: moving out of the closet. **Nursing Philosophy** [online], 6(1). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 15 March 2006].

Daley, B. J., Shaw, C. R., Balistrieri, T., Glasenapp, K. & Piacentine, L. 1999. Concept maps: a strategy to teach and evaluate critical thinking. **Journal of Nursing Education**. 38(1): 42-47.

Davies, C. 2002. Managing identities: workers, professions and identities. **Nursing Management** [online], 9(5). Available from: <<http://web.ebscohost.com>> [Accessed 15 March 2006].

Davis, A. J., Tschudin, V. & de Raeve, L. 2006. ed. **Essentials of teaching and learning in nursing ethics: perspectives and methods**. Edinburgh: Churchill Livingstone.

De Vos, A. S. ed. 1998. **Research at grass roots: a primer for the caring professions**. South Africa: J. L. van Schaik Academic.

Denzin. 1989. *In* Shih, F. J. 1998. Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. **Journal of Advanced Nursing**. 28(3): 631-641.

Dingman, S. K., Williams, M., Fosbinder, D. & Warnick, M. 1999. Implementing a caring model to improve patient satisfaction. **Journal of Nursing Administration**. 29(12): 30-37.

Doane, G. H. 2002. In the spirit of creativity: the learning and teaching of ethics in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 39(6): 521-528.

Dolan, J. A. 1968. **History of Nursing**. London: W.B. Saunders Company.

Donaldson, J. H. & Carter, D. 2005. The value of role modeling: perceptions of undergraduate and diploma nursing (adult) students. **Nurse Education in Practice** [online], 5(6). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 6 July 2006].

Duffield, C., Pallas, L. O., Aitken, L. M., Roche, M. & Merrick, E. T. 2006. Recruitment of nurses working outside nursing. **Journal of Nursing Administration**. 36(2): 58-62.

Du Plessis, D. 2004. Student nurses' experience of a system of peer group supervision and guidance. **Health SA Gesondheid**. 9(2): 67-79.

Dürrheim, M. & Ehlers, V. J. 2001. Novice nurse educators' lecture room instructional management competence. **Curationis**. 24(2): 12-16.

Dziuban, C. D., Hartman, J. L. & Moskal, P. D. 2004. Blended learning. **Educause centre for applied research** [online] 2004(7). Available from <<http://ecampus.nl.edu/resources/webct/BlendedLearningUCFStudy.pdf#search=%22blended%20model%22>> [Accessed 1 June 2006].

Edmond, C. B. 2001. A new paradigm for practice education. **Nurse education today**. [online], 21(4). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> Accessed 1 June 2006.

Ekebergh, M., Lepp, M. & Dahlberg, K. 2004. Reflective learning with drama in nursing education: a Swedish attempt to overcome the theory praxis gap. **Nurse Education Today** [online], 24(8). Available from:

<<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 1 June 2006].

Ellis, J. R. & Hartley, C. L. 2001. **Nursing in today's world: challenges, issues and trends**. 7th ed. New York: Lippincott.

Elder, R., Price, J. & Williams, G. 2003. Differences in ethical attitude between registered nurses and medical students. **Nursing Ethics**. 10(2): 149-164.

Esterhuizen, P. 2006. Is the professional code still the cornerstone of clinical practice. **Journal of Advanced Nursing**. 30th anniversary issue: 104-110.

Ewens, A. 2003. Changes in nursing identities: supporting a successful transition. **Journal of Nursing Management** [online], 11. Available from: <http://weblinks2.epnet.com/externalframe.asp?tb=1& ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%2281U%22+D748& ug=sid+B6245093%2D3E32%2D483A%2D9658%2D9681EAFCF7C5%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+306C& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB1D00020697+68A3& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN+%22Journal++of++Nursing++Management%22++and++DT++20030701+tg%5B0+%2Ddb%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2Dmdb%5B0+%2Dimh+1213&fi=aph_10030516_AN&lpdf=true&pdfs=65K&bk=R&tn=12&tp=CP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D10030516%26rn%3D3%26db%3Daph%26is%3D09660429%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DJournal%2Bof%2BNursing%2BManagement%26year%3D2003%26bk%3D&n=1&rn=3> [Accessed 19 April 2006].

Fagerberg, I. 2004. Registered nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. **Journal of Advanced Nursing**. 46(3): 284-291.

Fagerberg, I. & Kihlgren, M. 2001. Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. **Journal of Advanced Nursing**. 34(1): 137-145.

Fagermoen, M. S. 1997. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. 25(3): 434-441

Fakude, L. P. & Bruce, J. C. 2003. Journaling: a quasi-experimental study of nurses' reflective learning ability. **Curationis**. 26(2): 49-54.

Field, D. E. 2004. Moving from novice to expert: the value of learning in clinical practice: a literature review. **Nurse Education Today** [online], 24 (7). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 6 June 2005].

Floyd, J. & Fowler, Jr. 2002. **Survey research methods**. 3rd ed. London: Sage Publications.

Freshwater, D. & Stickley, T. 2004. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. **Nursing Inquiry** [online], 11(2). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 6 April 2006].

Foss, C. & Ellefsen, B. 2002. The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. **Journal of Advanced Nursing**. 40 (2). 242-248.

Gastmans, C. 2002. A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. **Nursing Ethics** [online], 9(5). Available from: <<http://weblinks3.epnet.com/citation.asp?tb=1&ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjn>>

[h+bt+TD++%2231K%22+1674& ug=sid+5C7A1D69%2D6049%2D4FA8%2D8DB5%2DAA51ACF3D21C%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+DB80& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB2D00020747+21EF& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Ethics%22++and++DT++20020901+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+060B&fn=1&rn=7](http://www.blackwell-synergy.com/ug=sid+5C7A1D69%2D6049%2D4FA8%2D8DB5%2DAA51ACF3D21C%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+DB80&us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB2D00020747+21EF&uh=btn+N+6C9C&uso=st%5B0+%2DJN+%2DNursing++Ethics%22++and++DT++20020901+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+060B&fn=1&rn=7)> [Accessed 1 June 2006].

Gillespie, M. 2005. Student-teacher connection: a place of possibility. **Journal of Advanced Nursing**. 52(2): 211-219.

Gillespie, M. 2002. Student-teacher connection in clinical nursing education. **Journal of Advanced Nursing** [online], 37(6). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 19 April 2006].

Gopee, N. 2001. Lifelong learning in nursing: perceptions and realities. **Nurse Education Today** [online] 21. Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 1 June 2006].

Grainger, P. & Bolan, C. 2006. Perceptions of nursing as a career choice of students in the Baccalaureate nursing program. **Nurse Education Today** [online] 26(1). Available from <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 19 April 2006].

Gray, M. & Smith, L. N. 1999. The professional socialization of diploma of higher education in nursing students (Project 2000): a longitudinal qualitative study. **Journal of Advanced Nursing**. 29(3): 639-647.

Gregg, M. & Magilvy, J. K. 2001. Professional identity of Japanese nurses: bonding into nursing. **Nursing and Health Research** [online], 3. Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 16 June 2006].

Gul, R. B. & Boman, J. A. 2006. Concept mapping: a strategy for teaching and evaluation in nursing education. **Nurse Education in Practice** [online], 6(4). Available from: < <http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 7 July 2006].

Gündogmus, Ü. N., Özkara, E. & Mete, S. 2004. Nursing and Midwifery malpractice in Turkey based on the Higher Health Council Records. **Nursing Ethics** [online], 11(5). Available from: <http://weblinks2.epnet.com/externalframe.asp?tb=1&_ug=sid+D610F013%2D32D9%2D4BAA%2D931C%2D33D2C1BDB33E%40sessionmgr2+db+aph+44C7&_us=dstb+KS+ri+KAAACB1D00037504+sm+KS+sl+%2D1+or+Date+00F9&_uso=st%5B0+%2Dis++09697330+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+op%5B0+%2D+hd+False+392D&fi=aph_13947087_AN&lpdf=true&pdfs=130K&bk=R&tn=719&tp=CP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D13947087%26rn%3D22%26db%3Daph%26is%3D09697330%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DNursing%2BEthics%26year%3D2004%26bk%3D&fn=21&rn=22> [Accessed 4 June 2005].

Hamric, A. B. 2000. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook** [online], 48(3). Available from <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 14 June 2006].

Henderson, V. 2006. The concept of nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 30Th anniversary issue: 21-31.

Henning, E. 2004. **Finding your way in qualitative research**. South Africa: Van Schaik.

Hoffart, N. & Woods, C. Q. 1996. Elements of a nursing professional practice model. **Journal of Professional Nursing**. 12(6): 354-364.

Holland, S. 1999. Teaching nursing ethics by cases: a personal perspective. **Nursing Ethics** [online], 6(5). Available from:
<<http://plinks.ebscohost.com/ehost/results?vid=3&hid=102&sid=84ad941b-18af-45f0-98e1-05c7b7e5a1c2%40sessionmgr4>> [Accessed 29 March 2006].

Hoover, J. 2002. The personal and professional impact of undertaking an education module on human caring. **Journal of Advanced Nursing**. 37(1): 79-86.

Howkins, E. J. & Ewens, A. 1999. How students experience professional socialization. **International Journal of Nursing Studies**. 36: 41-49.

Hunter, L. P. 2002. Poetry as an aesthetic expression for nursing: a review. **Journal of Advanced Nursing**. 40(2): 141-148.

Hussey, T. 1996. Nursing ethics and codes of professional conduct. **Nursing Ethics**. 3(3): 250-258.

Ironside, P. M. 2001. Creating a research base for nursing education: an interpretive review of conventional, critical, feminist, postmodern and phenomenologic pedagogies. **Advances in Nursing Sciences** [online], 23(3). Available from:
<http://weblinks1.epnet.com/externalframe.asp?tb=1&_ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%220NP%22+E122&_ug=sid+F1740A99%2D4B38%2D4122%2DB73A%2D2C94936BC28E%40sessionmgr2+db+aph+cp+1+A597&_us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACBZD00027385+6120&_uh=btn+N+6C9C&_uso=st%5B0+%2DJN++%22Advances++in++Nursing++Science%22++and++DT++20010301+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+FF30&fi=aph_6682109_AN&lpdf=true&pdfs=66K&bk=R&tn=8&tp=CP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D6682109%26rn%3D7%26db%3Da>

[ph%26is%3D01619268%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DAdv
ances%2Bin%2BNursing%2BScience%26year%3D2001%26bk%3D&fn=1&rn=7](http://www.elsevier.com/locate/bsn)
> [Accessed 19 April 2006].

Jacobs, M., Gawe, N. & Vakalisa, N. C. G. ed. 2000. **Teaching-learning dynamics: a participative approach for OBE**. 2nd ed. South Africa: Heinemann.

Jones, A. 1999. Clinical supervision for professional practice. **Nursing Standard**. 14(9): 42-44.

Jones, R., Skirton, H. & McMullan, M. 2006. Feasibility of combining e-health for patients with e-learning for students using synchronous technologies. **Issues and innovations in Nursing Education**. 99-109.

Johnson, B. & Christensen, L. 2004. **Educational research: quantitative, qualitative and mixed approaches**. 2nd edit. New York: Pearson Education International.

Johnstone, M-J. & Kanitsaki, O. 2005. Processes for disciplining nurses for unprofessional conduct of serious nature: a critique. **Journal of Advanced Nursing**. 50(4): 363-371.

Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S. & Chaowalit, A. 2005. Moral competence in nursing practice. **Nursing Ethics** [online], (12) 6. Available from: <http://weblinks3.epnet.com/citation.asp?tb=1& ua=bt+TD++%2231K%22+shn+5+db+aphjnh+bo+B%5F+03C2& ug=sid+5C7A1D69%2D6049%2D4FA8%2D8DB5%2DAA51ACF3D21C%40sessionmgr2+db+aph+cp+1+DB80& us=hd+False+fcl+Aut+sm+KS+or+Date+frn+1+mdb+aph+sl+%2D1+dstb+KS+sel+False+ri+KAAACB2D00020936+5248& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Ethics%22++and++DT++20051101+tg%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Di>

mh+db%5B0+%2Daph+op%5B0+%2D+hd+False+B715&fn=&rn=5&
[Accessed 5 October 2005].

Joubert, E., du Rand, A. & van Wyk, N. 2005. Verbal abuse of nurses by physicians in a private sector setting. **Curationis**. 28(3): 39-45.

Kamin, C. S., O'Sullivan, P., Deterding, R. R., Younger M. & Wade, T. 2006. A case study of teaching presence in virtual problem-based learning groups. **Medical Teacher** [online], 28(5). Available from
<<http://www.swetswise.com/eAccess/viewToc.do?titleID=132965&yevoID=1768381>> [Accessed 14 June 2006].

Karuhije, H. F. 1997. Classroom and clinical teaching in nursing: delineating differences. **Nursing Forum**. 32(2): 5-12.

Kapborg, I. & Berterö, C. 2003. The phenomenon of caring from novice student nurse's perspective: a qualitative content analysis. **International Nursing Review** [online], 50(3). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com/toc/inr/50/3>> [Accessed 14 June 2006].

Keenan, J. 1999. A concept analysis of autonomy. **Journal of Advanced Nursing**. 29(3): 556-562.

Kenny, G., Pontin, D. & Moore, L. 2004. Negotiating socialization: the journey of novice academics into higher education. **Nurse Education Today** [online], 24(8). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 1 June 2005].

Khanyile, T. & Mfidi, F. 2005. The effect of curricula approaches to the development of the student's clinical reasoning ability. **Curationis**. 28(2): 70-76.

Kolanko, K. M., Clark, C., Heinrich, K.T., Olive, D., Serembus, J. F. & Sifford, S. 2006. Academic dishonesty, bullying, incivility and violence: difficult challenges facing nurse educators. **Nursing Education Perspectives** [online], 27(1).

Available from:

<<http://weblinks2.epnet.com/citation.asp?tb=1& ua=bt+TD++%22LA8%22+shn+1+db+aphjnh+bo+B%5F+3FC3& ug=sid+83D43939%2D8D86%2D4C46%2DAC88%2DFC1A9B2D8DD0%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+8633& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB1D00051981+C4EE& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Education++Perspectives%22++and++DT++20060101+tg%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+db%5B0+%2Daph+op%5B0+%2D+hd+False+D277&fn=1&rn=10> > [Accessed 29 March 2006].

Kosowski, M. M., Grams, K. M., Taylor, G. J. & Wilson, C. B. 2001. They took the time... they started to care: stories of African-American Nursing students in intercultural caring groups. **Advanced Nursing Science** [online], 23(3).

Available from:

<http://weblinks3.epnet.com/externalframe.asp?tb=1& ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%22NP%22+E122& ug=sid+DFCAA3CB%2D16D7%2D4FE4%2DBD9A%2DB5480F82E0BE%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+2F4E& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB2D00094408+14EB& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Advances++in++Nursing++Science%22++and++DT++20010301+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+FF30&fi=aph_6682101_AN&lpdf=true&pdfs=66K&bk=R&tn=8&tp=CP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D6682101%26rn%3D3%26db%3Daph%26is%3D01619268%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DAdvances%2Bin%2BNursing%2BScience%26year%3D2001%26bk%3D&fn=1&rn=3 > [Accessed 15 March 2006].

Krathwol, et al., 1964. *In* Quinn, F. M. 2001. **Principles and practice of nurse education**. 4th ed. United Kingdom: Cheltenham.

Krueger, R. 1988. *In* Babbie, E. 2001. **The practice of social research**. 9th ed. Australia: Wadsworth Thompson Learning.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. 2000. **Focus groups: a practical guide for research**. 3rd ed. London: Sage Publishers.

Kunene, P. J., Nzimande, P. N. & Ntuli, P. A. 2001. The image of the nursing profession as perceived by the community members of three adjacent residential areas of Empageni in KwaZulu-Natal. **Curationis**. 24(2): 35-41.

Kyrkjebo, J. M. & Hage, I. 2005. What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. **Nurse Education Today** [online], 25(3). Available from:
<<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 15 March 2006].

Lambert, V. & Glacken, M. 2004. Clinical support roles: a review of literature. **Nurse Education in Practice** [online], 4(3). Available from:
<<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 15 March 2006].

le Grange, L. & Reddy, C. 1998. **Continuous assessment: an introduction and guidelines to implementation**. South Africa: Juta.

Leiniger. 1988. *In* Abdullah, S. N. 1995. Towards an individualized client's care: implications for education. The transcultural approach. **Journal of Advanced Nursing**. 22: 715-720.

Lekhuleni, E. M., van der Wal, D. M. & Ehlers, V. J. 2004. Perceptions regarding the clinical accompaniment of student nurses in the Limpopo Province. **Health SA Gesondheid**. 9(3): 15-27.

Levett-Jones, T. L. Self-directed learning: implications and limitations for undergraduate nursing education. 2005. **Nurse Education Today** [online], 25(5). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 9 May 2006].

Lincoln & Guba. 1985. *In* Polit, D. F. & Beck, C. T. 2004. **Nursing research: principles and methods**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co.

Litz, R. A. 2003. Red light, green light and other ideas for class participation-intensive courses: method and implications for Business ethics education. **Teaching Business Ethics** [online], 7. Available from <<http://www.springerlink.com>> [Accessed 7 March 2006].

Louw, D. A., van Ede, D. M. & Louw, A. E. 1998. **Menslike ontwikkeling**. Kaapstad: CTP Boekdrukkers (Edms) Bpk.

Lowri, M. 1998. Clinical supervision for the development of nursing practice. **British Journal of Nursing**, 7(9): 553-558.

Lylund, L. & Lindholm, L. 1999. The importance of ethics in the clinical supervision of nursing students. **Nursing Ethics**. 6(4): 278-286.

Mallaber, C. & Turner, P. 2006. Competency versus hours: an examination of a current dilemma in nurse education. **Nurse Education Today** [online], 26(2). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 9 May 2006].

Mandorin, S. 1999. The effects of computer-assisted instruction on the self-efficacy of Baccalaureate nursing students. **Journal of Nursing Education**. 38(6): 282-285.

Manias, E. & Street, A. 2000. Legitimation of nurses' knowledge through policies and protocols in clinical practice. **Journal of Advanced Nursing**. 32(6): 1467-1475.

Maree, J. G. & Fraser, W.J. ed. 2004. **Outcomes-based assessment**. South Africa: Heinemann.

Mashego, T-AB. & Peltzer, K. 2005. Community perception of quality of (primary) health care service in a rural area of Limpopo Province, South Africa: a qualitative study. **Curationis**. 28(3): 13-21.

Mayan, M. J. 2001. **An introduction to Qualitative Methods: a training module for students and professionals**. International institute for qualitative methodology. [s.l.] [s.n.]

McCance, T. V., McKenna, H. P. & Boore, J. R. P. 1999. Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 30(6): 1388-1395.

McCarthy, P. 2000. In Crigger, N. 2005. Two models of mistake-making in professional practice: moving out of the closet. **Nursing Philosophy** [online], 6(1). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 15 March 2006].

McGrath, D. & Higgins, A. 2006. Implementing and evaluating reflective practice group sessions. **Nurse Education in Practice** [online], 6(3). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 19 April 2006].

McLafferty, I. 2004. Focus group interviews as a data collecting strategy. **Journal of Advanced Nursing**. 48(2): 187-194.

MacLean, L. M., Meyer, M. & Estable, A. 2004. Improving accuracy of transcripts in qualitative research. **Qualitative Health Research** [online], 14(1). Available from:

<<http://weblinks1.epnet.com/externalframe.asp?tb=1& ug=sid+09B713C1%2DD93%2D40AD%2D9176%2DA5B69D1842CA%40sessionmgr2+dbs+aph+9B32& us=dstb+KS+ri+KAAACBZD00027926+sm+KS+sl+%2D1+or+Date+98BE& u so=st%5B0+%2Dis++10497323+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+op%5B0+%2D+hd+False+2A1B&&issn=10497323&year=2004&vol=14&issue=1&start=113&title=Improving+Accuracy+of+Transcripts+in+Qualitative+Research%2E&aug=M acLean%2C+Lynne+M%2E&jo=Qualitative+Health+Research&fn=91&rn=92&eo nline=1&bl=T&es=http%3A%2F%2Fejournals%2Eebsco%2Ecom%2FDirect%2E asp%3FAccessToken%3D6LXV98U7RMFT13HOL1%2DVEOTE1V8LM9C9%26 Show%3DObject>> [Accessed 3 March 2006].

McQueen, A. 2000. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. **Journal of Clinical Nursing** [online], 9. Available from <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 3 March 2006].

Mellish, J. M. & Paton, F. 1999. **An introduction to the ethos of nursing: a text for basic student nurses**. 2nd ed. South Africa: Heinemann.

Mellish, J. M., Brink, H. I. L. & Paton, F. 2001. **Teaching and learning the practice of nursing**. 4th ed. South Africa: Heinemann.

Meulenbergs, T., Verpeet, E., Schotsmans, P. & Gastmans, C. 2004. Professional codes in a changing nursing context: literature review. **Journal of Advanced Nursing**. 46(3): 331-336.

Mikol, C. 2005. Teaching nursing without lecturing: critical pedagogy as communicative dialogue. **Nursing Education Perspectives** [online], 26(2).

Available from:

<http://weblinks3.epnet.com/citation.asp?tb=1& ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjn+h+bt+TD++%22LA8%22+30D0& ug=sid+0B29ABCC%2D0F11%2D425F%2DA8FC%2D94CD593CD47B%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+5D38& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB2D00021552+708A& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Education++Perspectives%22++and++DT++20050301+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+2F5F&fn=1&rn=7> [Accessed 7 March 2006].

Moeti, M. R., van Niekerk, S. E. & van Velden, C. E. 2004. Perceptions of the clinical competence of newly registered nurses in the North West Province. **Curationis**. 27(3): 72-84.

Mogodi, I., Jooste, K. & Botes, A. C. 2003. The facilitation of professional values amongst student nurses in the North-west Province. **Health SA Gesondheid**. 8(3): 26-36.

Morolong, B. G. & Chabeli, M. M. 2005. Competence of newly qualified registered nurses from a nursing college. **Curationis**. 28(2): 38-50.

Moser, R. H. 2000. A few thoughts about professionalism. **Southern Medical Journal**. 93(11). 1132.

Mngomezulu, T. 2005. Case study: protest action: "pajama tactic". In **Transforming Nursing in South Africa Conference**. 8-9 September 2005.

Mtshali, N. G. & Khanyile, T. 2001. A comparative analysis of ethical development of student nurses registered for a basic degree and basic diploma programme in KwaZulu Natal. **Curationis**. 24(1): 22-29).

Mtshali, N. G. 2005. Conceptualization of community-based nursing education in South Africa: a Grounded Theory analysis. **Curationis**. 28(2): 5-11.

Muller, M. 2002. **Nursing dynamics**. 3nd ed. South Africa: Heinemann.

Muller, M., Bezuidenhout, M. & Jooste, K. 2006. **Health care service management**. South Africa: Juta.

Mulaudzi, F. M., Mokoena, J. & Troskie, R. 2001. **Basic nursing ethics in practice**. South Africa: Heinemann.

Nesler, M. S., Hanner, M. B., Melburg, V. & McGowan, S. 2001. Professional socialization of Baccalaureate nursing students: can students in distance nursing programs become socialized? **Journal of Nursing Education**. 40(7): 293-301.

Oblinger, D. 2003. Boomers, Gen-Xers & Millenials: understanding the new students. **Educause review** [online]. Available from:
<<http://www.educause.edu/ir/library/pdf/ERM0342.pdf>> [Accessed 7 March 2006].

Odendal, F. F. & Gouws, R. H. 2005. **HAT: Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal**. 5de uitgawe. Suid-Afrika: Pearson Education.

Öhlén, J. & Segesten, K. 1998. The professional identity of the nurse: concept analysis and development. **Journal of Advanced Nursing**. 28(4): 720-727.

Oosthuizen, H. 2002. Suiweringsgesprek met regsgeleerde aan die Universiteit van die Vrystaat. 10 Mei 2002. Bloemfontein.

Orland-Barak, L. & Wilhelm, D. 2005. Novices in clinical practice settings: student nurses stories of learning the practice of nursing. **Nurse Education Today** [online], 25(6) <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 19 April 2006].

Paley, J. 2001. An archaeology of caring knowledge. **Journal of Advanced Nursing**. 36(2): 188-198.

Pang, S. M., Sawada, A., Konishi, E., Olsen, D. P., Yu, P. L. H, Chan, M. & Mayumi, N. 2003. A comparative study of Chinese, American and Japanese nurses' perceptions of ethical role responsibilities. **Nursing Ethics**. 10(3): 295-311.

Pask, E. 2003. Moral agency in nursing: seeing value in ward and believing that I make a difference. **Nursing Ethics**. 10(2): 65-174.

Pask, E. J. 2005. Self-sacrifice, self-transcendence and nurses' professional self. **Nursing Philosophy** [online], 6(4). Available from: <<http://www.blackwell-synergy.com>> [Accessed 7 March 2006].

Parker, M. 2006. Assessing professionalism: theory and practice. **Medical Teacher**. 28(5): 399-403.

Parker, M. & Kupperschmidt, B. R. 2002. Managers: factor X and Y in your employee equation. **Nursing spectrum** [online]. Available from: <<http://community.nursingspectrum.com/MagazineArticles>> [Accessed 7 March 2006].

Pattison, S. 2001. Are nursing codes of practice ethical? **Nursing Ethics**. 8(1): 5-17.

Pera, S. A. & van Tonder, S. 1996. **Ethics in nursing practice**. South Africa: Juta & Company, Limited.

Polit, D.F. & Beck, C. T. 2004. **Nursing research: principles and methods**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co.

Popenoe, D., Cunningham, P. & Boulton, B. 2003. **Sociology. First South African Edition**. South Africa: Pearson Education.

Pyett, P. M. 2003. Validation of qualitative research in the “real world”. **Qualitative health research** [online], 13(8). Available from: <<http://weblinks2.epnet.com/citation.asp?>> [Accessed 11 November 2004].

Quinn, F. M. 2001. **Principles and practice of nurse education**. 4th ed. United Kingdom: Cheltenham.

Ramage, C. 2004. Negotiating multiple roles: link teachers in clinical nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. 45(3): 287-296.

Randle, J. 2003. Bullying in the nursing profession. **Journal of Advanced Nursing**. 43(4): 395-401.

Raymond, C. L. & Profetto-McGrath, J. 2004. Nurse educators' critical thinking: reflection and measurement. **Nurse Education in Practice** [online], 5(4). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 7 March 2006].

Reed, J. & Payton, V. R. 1997. Focus groups: issues of analysis and interpretation. **Journal of Advanced Nursing**. 26(4): 765-771.

Reeves, J. S. & Fogg, C. 2006. Perceptions of graduating nursing students regarding life experiences that promote culturally competent care. **Journal of Transcultural Nursing** [online], 17(2). Available from: <<http://tcn.sagepub.com>> [Accessed 1 July 2006].

Richardson, M. 1999. The symbolism and myth surrounding nurses' uniform. **British Journal of Nursing**. 8(3): 169-175.

Rognstad, M-K., Norvedt, P. & Aasland, O. 2004. Helping motives in late modern society: values and attitudes among nursing students. **Nursing Ethics**. 11(3): 227-239.

Rothenburg, A. 1978. In Mellish, J. M., Brink, H. I. L. & Paton, F. 2001. **Teaching and learning the practice of nursing**. 4th ed. South Africa: Heinemann.

Rubin, P. 2002. When medical students go off the rails. **Student British Medical Journal**. 10: 474.

Rutty, J. E. 1998. The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. **Journal of Advanced Nursing**. 28(2): 243-250.

Republiek van Suid-Afrika. 1997. *Wysigingswet op Verpleging* (Proklamasie nommer 937). Staatskoerant, 18125:385, 11 Julie.

Sabatino, C. J. 1999. Reflections on the meaning of care. **Nursing Ethics** [online], 6(5). Available from:

<http://weblinks3.epnet.com/externalframe.asp?tb=1& ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%2231K%22+1674& ug=sid+4BD1AB3D%2D430E%2D40DE%2DA4A1%2D4F532ED2D0FF%40sessionmgr2+db+aph+cp+1+F379& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB2D00094097+EFCD& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Ethics%22++and++DT++19990901+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+7BDB&fi=aph_2330873_3_&lpdf=true&pdfs=205K&bk=R&tn=14&tp=CAP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D2330873%26rn%3D3%26db%3Daph%26is%3D09697330%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DNursing%26Ethics%26year%3D1999%26bk%3D&fn=1&rn=3> [Accessed 7 March 2006].

Sargent, S. E., Sedlak, C. A. & Martsolf, D. S. 2005. Cultural competence among nursing students and faculty. **Nurse Education Today** [online], 25(3). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed...14 June 2006]

Savage, J. S. & Favret, J. O. 2006. Nursing students' perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. **Nurse Education in Practice** [online], 6(1). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 7 March 2006].

Scarlett. 1991. In Ellis, J. R. & Hartley, C. L. 2001. **Nursing in today's world: challenges, issues and trends**. 7th ed. New York: Lippincott.

Searle, C. 1965. **Die geskiedenis van Verpleging in Suid-Afrika 1652-1960**. Suid-Afrika: Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

Searle, C. 2000. **Professional practice: a Southern African nursing perspective**. 4th ed. South Africa: Heinemann.

Serrant-Green, L. 2001. Transcultural nursing education: a view from within. **Nurse Education Today** [online] 21(8) Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 21 April 2006].

Secrest, J. A., Norwood, B. R. & Keatley, V. M. 2003. Journal of Nursing Education. 42(2): 77-82.

Shapiro, (ed.) Blasco, P. G. , Moreto, G., Roncoletta, A. F. T., Levites, M. R. and Janaudis, M. A. 2006. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. **Family Medicine** [online], 38(2). Available from: <<http://www.stfm.org>> [Accessed 21 April 2006].

Shovein, J., Huston, C., Fox, S. & Damazo, B. 2005. Challenging traditional teaching and learning paradigms: online learning and emancipatory teaching. **Nursing Education Perspectives** [online], 26(6). Available from: <<http://web.ebscohost.com>> [Accessed 7 March 2006].

Silverman, D. 2001. **Interpreting qualitative data. Methods for analyzing, talk, text, and interaction.** 2nd ed. London: Sage productions.

Skiba, D. J. 2005. The millennials: have they arrived at your School of Nursing? **Nursing Education Perspectives** [online], 25(5). Available from: <http://weblinks2.epnet.com/externalframe.asp?tb=1&_ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%22LA8%22+30D0&_ug=sid+77DB32BB%2DBDC1%2D426C%2DBA42%2DBCC6CCFAB813%40sessionmgr2+db+aph+cp+1+A25A&_us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB1D00054862+C6D2&_uh=btn+N+6C9C&_uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Education++Perspectives%22++and++DT++20051101+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+20E6&fi=aph_19187707_AN&lpdf=true&pdfs=228K&bk=R&tn=24&tp=CP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D19187707%26rn%3D17%2>

[6db%3Daph%26is%3D15365026%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26titl
e%3DNursing%2BEducation%2BPerspectives%26year%3D2005%26bk%3D&fn
=1&rn=17>](#) [Accessed 7 March 2006).

Smith. 2001. *In* Kennedy, D. M. 2005. Standards for online teaching: lessons from the education, health and IT sectors. **Nurse Education Today** [online], 25(1). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 9 May 2006].

Snelgrove, S. R. 2004. Approaches to learning of student nurses. **Nurse Education Today** [online], 24(8). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 7 March 2006].

Soloman, M. R. & DeNatale, M. I. Academic dishonesty and professional practice: a concocation comments. **Nurse Educator**. 25(6): 270-271.

South African Nursing Council. 2001 Information booklet. [s.l.]

South African Nursing Council. 2004. Draft Charter on Nursing Practice. 28 September 2004.

South African Nursing Council. Circular no 2005/43. **Non-compliance of Nurses with the Prescribed Requirements for Uniforms and Distinguishing Devices**. Available from <<http://www.sanc.co.za/newsc501.htm>> [Accessed 19 September 2006].

South African Qualification Authority (SAQA). 2001. s.a. **Guidelines for integrated assessment**. Pretoria: SAQA.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. 1991, soos gewysig. Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele Verplegingsopleiding.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. 1992, soos gewysig. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n verpleegkundige (algemene, psigiatriese en gemeenskaps-) en vroedvrou.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die gedrag van ingeskrewe verpleegsters/verpleërs wat onbetaamlike of skandelijke gedrag uitmaak. R1649. September 1973, soos gewysig.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die gedrag van ingeskrewe verpleeghulpe wat onbetaamlike of skandelijke gedrag uitmaak. R1648. September 1973, soos gewysig.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die onderskeidingstekens en uniforms vir geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue en geregistreerde studentverpleegkundiges en –vroedvroue. R1201. Julie 1970.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die wet op Verpleging, 1978, geregistreer of ingeskryf is. R2598. November 1984, soos gewysig.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Reëls wat die handelinge of versuime, ten opsigte waarvan die Raad tugstappe kan doen, uiteensit. R387. Februarie 1985, soos gewysig.

Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Standaarde vir Verplegingspraktyk. Beleidstandpunte van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. 1992, soos gewysig.

Süreyya, K. 2004. Change in nursing student's perceptions of nursing during their education: the role of the Introduction to Nursing course in this change.

Nurse Education Today [online], 24(2). Available from:

<<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 14 June 2006].

Süreyya, K. 2005. Turkish nursing students' perception of caring. **Nurse Education Today** [online], 25(1). Available from:

<<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 15 March 2006].

Sweeny. 2005. *In* Skiba, D. J. 2005. The millennials: have they arrived at your School of Nursing? **Nursing Education Perspectives** [online], 25(5). Available from:

<http://weblinks2.epnet.com/externalframe.asp?tb=1& ua=bo+B%5F+shn+1+db+aphjnh+bt+TD++%22LA8%22+30D0& ug=sid+77DB32BB%2DBDC1%2D426C%2DBA42%2DBCC6CCFAB813%40sessionmgr2+dbs+aph+cp+1+A25A& us=hd+False+fcl+Aut+sl+%2D1+frn+1+sm+KS+mdb+aph+dstb+KS+or+Date+sel+False+ri+KAAACB1D00054862+C6D2& uh=btn+N+6C9C& uso=st%5B0+%2DJN++%22Nursing++Education++Perspectives%22++and++DT++20051101+tg%5B0+%2D+db%5B0+%2Daph+hd+False+op%5B0+%2D+mdb%5B0+%2Dimh+20E6&fi=aph_19187707_AN&lpdf=true&pdfs=228K&bk=R&tn=24&tp=CP&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D19187707%26rn%3D17%26db%3Daph%26is%3D15365026%26sc%3DR%26S%3DR%26D%3Daph%26title%3DNursing%2BEducation%2BPerspectives%26year%3D2005%26bk%3D&fn=1&rn=17> [Accessed 7 March 2006].

Taft, S. H. 2000. An inclusive look at the domain of ethics and its application to administrative behavior. **Journal of Issues in Nursing** [online]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/ojin/topic8/topic8_6.htm> [Accessed 6 June 2005].

Takase, M., Maude, P. & Manias, E. 2006. Role discrepancy: is it a common problem among nurses? **Journal of Advanced Nursing**. 54(6): 751 – 759.

Tesch. 1990. *In* Creswell, J. W. 1994. **Research design: qualitative and quantitative approaches**. London: Sage Publications.

The South African Nursing Council. **Information Booklet**. 2001. South Africa: [s.n.]

Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M. & Horsburg, D. 2006. **Nursing Ethics**. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Thompson, F. E. 2002. Moving from codes of ethics to ethical relationships in midwifery practice. **Nursing Ethics** [online], 9(5). Available from <<http://web.ebscohost.com>>. [Accessed 3 March 20036].

Thorpe, K. & Loo, R. 2003. The values profile of nursing undergraduate students: implications for education and professional development. **Journal of Nursing Education**. 42(2): 83-90.

Timmins, F. & O'Shea, J. 2004. Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education. **Nurse Education in Practice** [online], 4(3). Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 21 November 2004].

Tobin, G.A. & Begley, C. M. 2004. Methodological rigor within a qualitative framework. **Journal of Advanced Nursing**. 48(4): 388-396.

Truemper, C. M. 2004. Using scoring rubrics to facilitate assessment and evaluation of graduate-level nursing students. 43(12): 562 – 564.

Universiteit van die Vrystaat. 2004/2005. Jaarboek. Bloemfontein: [s.n.]

Uys, B. Y. & Meyer, S. M. 2005. Critical thinking of student nurses during clinical accompaniment. **Curationis**. 28(3): 11-19.

Uys, L. R., Gwele, N.S., McInerney, P., van Rhyn, L. & Tanga, T. 2004. The competence of nursing graduates from problem-based programs in South Africa. **Journal of Nursing Education**. 43(8): 352-361.

Van Aardt, P. 2006. Gesin lê bewyse op selfoon vas: verpleegsusters dut terwyl vrou besig is om te sterf. **Rapport**. 2 April 2006: bl 2.

van der Horst, H. & McDonald, R. 2001. **Outcomes based Education: theory and practice**. UNISA: van der Horst & McDonald.

Van Rooyen, M. & Prinsloo, F. 2002. **Training manual. Outcomes based assessment**. NRLD ID No. 7978. Assessment College of South Africa (Pty) Limited. Cape Town: Cambridge University Press.

Van Wyk, N. 2005. The challenge to train nurses to meet the health care needs in South Africa. *In Transforming Nursing in South Africa Conference*. 8-9 September 2005.

Van Wyk, S. 2005. Ma dien klag in oor tweeling. **Volksblad**, November : bl 2.

Vasuthevan S. & Viljoen, M. 2003. **Education for better health. A handbook for healthcare professionals**. South Africa: Juta.

Verpeet, E., de Casterle, B. D., van der Arend, A. & Gastmans, A. A. E. 2005. Nurse views on ethical codes: a focus group study. **Journal of Advanced Nursing**. 51(2): 188-195.

Verschoor, T., Fick, G. H., Jansen, R-M. & Viljoen, D. 1996. **Verpleegkunde en die Reg**. Suid-Afrika: Juta en Kie Beperk.

Waterson, E., Harms, E., Qupe, L., Maritz, J., Manning, M., Makobe, K. & Chabeli, M. 2006. Strategies to improve the performance of learners in a nursing college. Part 1. Issues pertaining to nursing education. **Curationis**. 29(2): 56-65.

Watson, J. 2006. **Implications of Caring Theory** [online]. University of Colorado at Denver and Health Science Center School of Nursing. Available from <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 6 June 2005].

Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. & Porock, D. 2002. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of literature. **Journal of Advanced Nursing**. 39(5): 421-431.

Weaver, H. N. 2001. Indigenous nurses and professional education: friends or foes? **Journal of Nursing Education**. 40(6): 252-258.

Wieck, K. L. 2000. A vision for nursing: the future revisited. **Nursing Outlook** [online], 48(1). Available from <<http://www.sciencedirect.com/science?>> [Accessed 14 June 2006].

Williams, B. E. V. 2001. Developing critical reflection for professional practice through problem-based learning. **Journal of Advanced Nursing**. 34(1): 27-34.

Wilkes, L. M. & Wallis, M. C. 1998. A model of professional nurse caring: nursing students' experience. **Journal of Advanced Nursing**. 27(3) . 582-589.

Wilkinson, J. R. 1998. What it means to care. **Curationis**. 21(3). 2-7.

Woo-Sook, C. L., Cholowski, K. & Williams, A. K. 2002. Nursing students' and clinical educators' perceptions of characteristics of effective clinical educators in

an Australian university school of nursing. **Journal of Advanced Nursing.**
39(5): 412-420.

Wywiałowski, E. F. 1997. **Managing client care.** 2nd ed. New York: Mosby.

OPSOMMING

Florence Nightingale het 206 jaar gelede die mening gehuldig dat Verpleging nie 'n huishoudelike- of liefdadigheidsdiens is nie en dat verpleegkundiges onderrig moet word. Vandag word Verpleging in die algemeen as 'n professie erken en die doel van Verplegingsonderrig, soos geformuleer deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV), is daarop gerig om die studentverpleegkundiges, holisties te ontwikkel.

Professionele verpleegkundiges moet, anders as 20 jaar gelede, outonoom op wetenskaplike wyse, binne wetlike en etiese raamwerke en kultuurkongruent kan funksioneer. Professionele verpleegkundiges moet nie meer net voorskrifte van geneeshere na kom, tegniese prosedures uitvoer en waarneming van pasiënte doen nie, maar hulle moet as onafhanklike praktisyns hulle professie beoefen.

Volgens SARV vereistes word studente tans in die wetenskap en kuns van Verpleging, ander verwante wetenskappe asook in etiek en professionele praktyk onderrig (Björkstom, *et al.*, 2006:505; Davis, Tschudin & de Raeve, 2006:21; Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian & Chaowalit, 2005, intyds; Gastmans, 2002:intyds; Taft, 2000:intyds; Hussey, 1996:251).

Wanneer studente as afgestudeerdes by die SARV vir registrasie as professionele verpleegkundiges aansoek doen, verklaar hulle daarmee dat hulle die identiteit van Verpleging deel van hulle "self" gemaak het en bereid is om daarvolgens te praktiseer. Hulle verklaar dus dat hulle 'n professionele identiteit ontwikkel het. Vorming van professionele identiteit is 'n voordurende proses en behoort onder andere in die onderrig van Etos en Professionele Praktyk aangespreek te word.

Die doelstelling van die studie was om 'n begrip te vorm van wat die aard van professionele praktyk is en om die proses van onderrig van Etos en Professionele Praktyk op nasionale vlak te beraam.

Die navorsing was verkennend, beskrywend en verklarend van aard en daar is van beide kwantitatiewe- en kwalitatiewe tegnieke vir data-insameling gebruik gemaak. Data-insameling is in verskillende fases afgehandel, naamlik ontleding van dissiplinêre sake, doen van fokusgroepe, literatuuranalises sowel as die doen van telefoniese onderhoude.

Die resultate toon dat die inhoud wat tans by die meerderheid van onderriginstansies onderrig word, ooreenstem soos deur die SARV voorgeskryf. Hierdie riglyne, wat in 1985 saamgestel is, is in die proses van hersiening

Die profiel van die studente wat tans tot Verpleging toetree het verander. Dit is daarom kommerwekkend dat tradisionele onderrigtegnieke soos die aanbied van lesings, klasbesprekings sowel as geskrewe assesseringstegnieke oorwegend in die onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk gebruik word. Hierdie tegnieke bevorder nie die ontwikkeling van 'n professionele identiteit nie. Die tyd afgestaan aan onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk is ook problematies indien professionele identiteit werklik ontwikkel moet word.

Onderrig en opvolg van studente in die praktyk word nie effektief ten opsigte van [Etos en] Professionele Praktyk toegepas nie. Met 'n gebrek aan voldoende positiewe rolmodelle, min onderrig asook opvolg in die praktyk is dit moontlik dat studente nie 'n professionele identiteit sal ontwikkel nie. Sodanige studente loop die risiko om onprofessioneel op te tree.

'n Raamwerk, met die doel om onderrig van [Etos en] Professionele Praktyk sodanig te rig dat 'n professionele identiteit ontwikkel word, sodat professionele gedrag daaruit kan vloei, is saamgestel.

SUMMARY

Florence Nightingale was 206 years ago of opinion that Nursing is not a household sercive or charity service and that nurses should be educated. Nursing today is acknowledged as a profession and the aim of Nursing Education, as formulated by the South African Nursing Council (SANC) is that student nurses should be holistically developed.

In contrast to 20 years ago, professional nurses today have to function autonomously, scientifically, within legal and ethical frameworks as well as cultural congruently. It is no more expected from professional nurses to only act on doctors' prescriptions, to perform technical procedures or to only observe patients and record information. They have to practice as independent practitioners.

In accordance to SANC requirements, students are educated in the science and art of Nursing, other related sciences as well as Ethics and Professional Practice (Björkstom, *et al.*, 2006:505; Davis, Tschudin & de Raeve, 2006:21; Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian & Chaowalit, 2005, intyds; Gastmans, 2002:intyds; Taft, 2000:intyds; Hussey, 1996:251)

When students apply for registration with SANC after they have completed their studies, they actually declare that they comply with the autonomy, responsibility, values and norms of Nursing and are prepared to practice accordingly. This implies that they declare that they have developed a professional identity. Development of professional identity is an ongoing process and has to be addressed, amongst others, in the teaching of Ethos and Professional Practice.

The aim of this study was to understand what the nature of Professional Practice is and to assess the process of teaching of Ethos and Professional Practice at national level.

The research was explorative, descriptive and explanatory in nature and both quantitative techniques and qualitative techniques were used for gathering of data. Data gathering was done in different phases, namely analysis of disciplinary hearings, focus groups, literature analysis as well as telephone interviews.

The results indicate that the majority of nursing institutions teach the content appropriate to SANC's guidelines. These guidelines were drafted in 1985 and is currently being revised.

The profile of the students who are entering Nursing has changed. It is therefore a concern that traditional teaching techniques, such as lectures, class room discussions as well as written assessment are still mostly used in teaching Ethos and Professional Practice. These techniques do not improve development of professional identity. The time allocated to the teaching of [Ethos and] Professional Practice is problematic if the development of professional identity is required.

Teaching and following-up of students with regard to [Ethos and] Professional Practice in the clinical setting was found to be insufficient. Taking this into account as well as the fact that there are not sufficient positive role models present, make it impossible for students to develop a professional identity. Students who do not develop a professional identity have a greater risk of unprofessional conduct.

A framework, aimed at teaching [Ethos and] Professional Practice in order to develop a professional identity was compiled. This aims to enhance professional conduct.

KEY WORDS:

Professionele ontwikkeling (professional development)

Professionele identiteit (professional identity)

Onderrig van professionele praktyk (development of professional practice)

Professionele praktyk (professional practice)

Professionele gedrag (professional conduct)

Assessering van professionele gedrag (assessment of professional conduct)

Professionele sosialisering (professional socializing)

Etos van Verpleging (Ethos of Nursing)

Emosionele intelligensie (emotional intelligence)

Etiese optrede (etical conduct)

BYLAE

Bylae A: Goedkeuring vanaf Etiekkomitee, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein. Suid-Afrika.

BYLAE B: Raamwerk vir die ontleding van dissiplinêre sake.

1. VERWYSINGS DATA

1.1 Saaknommer en datum waarop saak gedien het

1.2 Aangeklaagde se verwysingsnommer

2. PROFIEL VAN AANGEKLAAGDE

2.1 Geboortedatum en/of ouderdom tydens die saak

2.2 Huwelikstatus

2.3 Afhanklikes

2.4 Professionele kwalifikasies en datum waarop die verwerf is.

Addisionele inligting, soos gevind tydens ondersoek, is ook gelys. Dit is inligting soos watter kursus(se) gevolg is, addisionele kwalifikasies verkry, jare werksaam in die spesifieke afdeling ensomeer.

(Kultuuriëntasie word nie op die verbatim verslag van die saak aangedui nie en dit was al dokument waartoe die navorser op daardie tydstip toegang toe verleen is).

3. SAAK SELF

3.1 Wie het die saak aangemeld

3.2 Watter datum het dit gebeur

3.3 Instansie/plek waar die insident gebeur het

3.4 Kort beskrywing van die insident self

3.5 Identifisering van toevallige/ander bydraende faktore soos:

- werksomstandighede
- pasiënt-verpleegkundige ratio
- oriëntering
- beskikbaarheid van toerusting/medikamente
- beskikbaarheid van beleid- en prosedure handleidings
- reaksietyd in geval van uitroep/ontbied van hulp

4. UITKOMS VAN DIE VERHOOR:

- 4.1 Bevinding van komitee
- 4.2 Of versagtende omstandighede ter sprake is en wat die omstandighede is
- 4.3 Vorige oortredings begaan
- 4.4 **Straf wat opgelê is**

BYLAE C: Uitnodiging: deelname aan fokusgroeponderhoud

Verwys: D E Botha
Tel: (051) 4012496
Selfoon: 083-7040-477

28 Maart 2003

Geagte Kollega,

DEELNAME AAN FOKUSGROEP ONDERHOUD: Professionele praktyk

Baie dankie vir u bereidwilligheid om deel te wees van 'n fokusgroep onderhoud oor professionele praktyk.

Dié onderhoud en ander fokusgroep onderhoude wat met verpleegkundiges van ander kliniese fasiliteite gevoer sal word, vorm deel van data-insameling vir 'n doktorsale studie oor professionele praktyk. U deelname sal help dat 'n beeld gevorm kan word oor hoe verpleegkundiges vandag professionele praktyk beleef, daaroor dink en ook hoe dit aan nuweling verpleegkundiges geleer moet word.

PRAKTIESE REËLINGS

1. Die datum vir die onderhoud is **24 April 2003**.
2. Plek: Konferensiesaal, Saal A, Universitas.
3. Tyd: **10:00**. Verversing sal beskikbaar wees.
4. Duur van die fokusgroep onderhoud: maksimum 2 ure, dit duur gewoonlik sowat een uur.
5. Vir ontleding van die onderhoude sal dit nodig wees om die onderhoud op band op te neem. Die volgende reëlings geld ten opsigte van die opname:
 - die inligting op die band word slegs deur die navorser en moderator bestudeer met die doel om temas onder die onderwerp professionele praktyk te identifiseer.
 - alhoewel persone se name tydens die opname genoem mag word, sal die name **nie** in die transkribering verskyn nie. Daar sal slegs na deelnemer 1, 2, 3 ens. verwys word.
 - die navorser onderneem om die band te vernietig sodra die studie afgehandel is.

6. Let wel: deelname aan die fokusgroep onderhoud is vrywillig en u mag te eniger tyd hieraan onttrek indien u so sou voel.

Nogmaals, baie dankie vir u samewerking in die verband. Ek sien uit daarna om u by die fokusgroep onderhoud te hê.

Vriendelike groete.

.....
D E BOTHA
NAVORSER

Refer: D E Botha
Tel: (051) 4012496
Cell: 083-7040-477

28 March 2003

Dear Colleague,

PARTICIPATION IN FOCUS GROUP INTERVIEW: Professional conduct (practice)

Thank you for being prepared to form part of a focus group interview on professional conduct.

This interview as well as the other focus group interviews that were conducted with professional nurses/midwives from other institutions form part of data gathering for a doctoral study on professional conduct. Your participation will help that a picture can be formed on how registered nurses/midwives think about professional conduct today, and also how new student midwives can be taught about professional conduct.

PRACTICAL ARRANGEMENTS

1. The date for the interview is **24 April 2003**.
2. Venue: Conference hall, Ward A, Universitas Midwifery section.
3. Time: **10:00**. Refreshments will be available.
4. Duration of the focus group interview: the maximum time is 2 hours, but it usually lasts about one hour.
5. To be able to analyze the content of the interview, it will be necessary to tape the interview. The following arrangements apply to the taping of the interview:

-the information on tape will only be available to the researcher and moderator, who have to identify themes on the topic professional conduct, as it comes up during the interview.

-although peoples names may be mentioned during the interview, the names **will not** be referred to during the transcription. There will only be referred to as participant 1, 2, 3 etc.

-the researcher will discard the tape after the study is completed.

6. Please note: participation in the focus group is voluntary and u may withdraw at any time if you feel to do so.

Thank you again for being available in this regard. I am looking forward to have you in the focus group interview.

Regards,

.....
D E BOTHA
RESEARCHER

BYLAE D: Invitation: participation in focus group

Ref: D E Botha
Tel: (051) 4012496
Fax: (051) 4480108
Cell: 083-7040-477

26 March 2003

Dear Me,

PARTICIPANTS FOR FOCUS GROUP DISCUSSIONS ON PROFESSIONAL PRACTICE:

Our telephonic conversation of 25 March 2003 applies.

I am registered for a Ph.D. study at the University of the Free State. The topic of the research concerns Professional Practice of Professional, registered Nurses/midwives and the protocol of the research has been approved by the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences, University of the Free State.

As the topic indicates, I am interested in what Professional, registered Nurses/ midwives think and feel about Professional Practice and the best way to determine this, is by conducting focus group interviews. A focus group interview is a discussion with a small group of people, usually 6-8 participants and it lasts 1-2 hours.

I have already conducted focus groups in this regard with Professional Registered Nurses/midwives from the private sector and tertiary institution and I would like to conduct 1 or 2 focus groups with Professional registered Nurses/ midwives from the secondary institution, if possible.

Unfortunately I am not acquainted with Professional Nurses from the secondary institution and therefore I turn to you for assistance please. I would appreciate it if you could supply me with names and contact numbers of about 8 (eight) Professional Registered Nurses whom I could individually contact to ask whether they would be willing to take part in focus group discussions. Participation is totally voluntary and the focus group discussions lasts 1-2 hours at the utmost.

If a venue is available and if permission can be obtained, I could even conduct the focus group at the secondary institution, if it would suit the participants.

The proposed date for the focus group is **23 April 2003 at 14:00.**

Thank you for assessing me in this regard.

.....
D E BOTHA
LECTURER /RESEARCHER

BYLAE E: Biografiese data: professionele verpleegkundiges

BIOGRAFIESE DATA

Voltooi asseblief die volgende inligting vir statistiese doeleindes:

- 1 U huistaal is:
- 2 U ouderdom in jaar:
3. Huidige rang wat u beklee.....
- 4 Hoe lank beklee u al hierdie rang
5. Dui asseblief aan in watter tipe afdeling werk u tans, byvoorbeeld, medies, ortopedies, kindersaal ensovoorts.....
6. Hoe lank (jaar of maande) is u al in die afdeling werksaam?
- 7 In watter jaar het u u **basiese** opleiding voltooi?
- 8 Het u sedert u opleiding voltooi het aaneen in Verpleging gewerk? ☐ Ja ☐ Nee

(merk asb een)

Indien u “nee” geantwoord het, dui asseblief aan hoe lank u nie in Verpleging was nadat u opleiding voltooi het nie.....

9 Merk asb een van die volgende ten opsigte van waar u u **basiese opleiding** voltooi het:

Universiteit Verpleegkollege Hospitaal/Ander.....

- 10 Het u enige *nabasiese* kursusse gedoen? ☐ Ja ☐ Nee (merk asb een)

Indien u “ja” by die vorige vraag geantwoord het, voltooi asb ook vraag 11. Indien u “nee” geantwoord het, voltooi dan asseblief die toestemmingsvorm.

- 11 Lys die nabasiese kursusse wat u voltooi het:.....

BYLAE F: Biographical data: Professional Nurses

BIOGRAPHICAL DATA

Please complete the following as it is needed for statistical purposes:

- 1 Your home language is.....
- 2 Your age in years:
3. Your present rank is.....
- 4 How long are you in this specific rank?.....
- 5 Please indicate the kind of section that you are presently working in, for example, medical, orthopedics, pediatrics etc.....
- 6 How long (years or months) are you working in this section?
- 7 In which year did you complete your **basic** training?.....
- 8 Have you been working continuously in nursing since you have completed basic training? ☐Yes☐No (please mark one)

If you answered “no” in the previous question, please indicate the length of time that you did not nurse.....

9 Please mark one of the following with regard to where you completed your **basic training**:

☐University☐Nursing College☐Hospital/Other.....

- 10 Did you follow any *post basic* courses? ☐Yes ☐No (please mark one)

If you have answered “yes” on the previous question, please also complete the following question 11. If you answered “no”, please complete the consent form.

- 11 List the post basic courses that you have completed.....

BYLAE G: Biographical data: lecturers

BIOGRAPHICAL DATA: LECTURERS

Please complete the following for statistical purpose:

1. Your home language is.....
2. Your age in years:
3. Your current position is.....
4. How long have you have been in this position?.....
5. What is the field of your teaching e.g. General Nursing Science, Ethics and Professional Practice etc.
.....
6. Is Ethics and Professional Practice a separate subject or is it integrated in your subject/module ☐Yes☐No (mark one)
7. How long (years or months) have you been teaching this subject/module
.....
8. In which year did you complete your **basic** training?.....
9. Please mark one of the following with regard to where you did your **basic training**:

University|Nursing College|Hospital/Other.....
10. Did you follow any *post basic courses*? ☐Yes☐No (mark one)

If you answered “yes” to the previous question, please also complete the next question.

If you answered “no” to the previous question please complete the consent part.

11. List the post basic courses that you have completed

BYLAE H: Toestemming tot deelname aan die fokusgroeponderhoud en bandopname van die gesprek

TOESTEMMING

Hiermee verklaar ek myself vrywillig bereid om aan die fokusgroeponderhoud deel te neem

Ek gee toestemming dat die gesprek op band opgeneem mag word

Geteken:.....

Datum:.....

Baie dankie!

Consent to participate in focus group interview as well as tape recording of the interview

CONSENT

I hereby declare myself voluntarily prepared to participate in the focus group discussion.

I give my consent that the focus group interview may be tape recorded.

Signed:

Date:

Thank you!

BYLAE I: Toestemming tot deelname aan telefoniese onderhoud en die bandopname daarvan

TOESTEMMING

Hiermee verklaar ek myself vrywillig bereid om aan 'n telefoniese onderhoud deel te neem

Ek gee toestemming dat die gesprek op band opgeneem mag word

Geteken:.....

Datum:.....

Baie dankie!

Consent: Consent to participate in telephonic interview and tape recording thereof

CONSENT

I hereby declare myself voluntarily prepared to participate in a telephone interview.

I give my consent that the interview may be tape recorded.

Signed:

Date:

Thank you!