

6147 58076



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

University Free State



34300002046104

Universiteit Vrystaat

**Verpleegkundiges by klinieke in die Vrystaat se kennis  
van en houding jeens oefening as behandelingsmetode  
vir hipertensie-pasiënte met die doel om  
riglyne vir 'n opleidingsprogram daar te stel**

deur

**Lorraine Grobler**

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

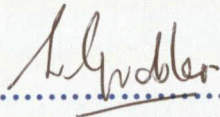
**Magister in Gesondheidsberoepsonderwys**

in die Afdeling Onderwysontwikkeling, Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan  
die Universiteit van die Vrystaat

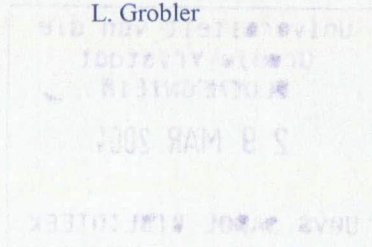
**November 2002**

**STUDIELEIER: Dr. L. Roets**  
**MEDESTUDIELEIER: Prof. M.M. Nel**

Ek verklaar dat die skripsie wat hierby vir die graad Magister in  
Gesondheidsberoepeonderwys aan die Universiteit van die Vrystaat deur my  
ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my as gedeeltelike  
vervulling van 'n graad aan 'n ander Universiteit/Fakulteit ingedien is nie.



L. Grobler



Universiteit van die  
Oranje-Vrystaat  
BLOEMFONTEIN  
29 MAR 2004  
UOVS SABOL BIBLIOTEEK

## DANKBETUIGINGS

“Lord, my God, You are amazing!” U het voor my uitgegaan <sup>(Ex. 13:21)</sup>, die paaie vir my op 'n wonderlike manier gelyk gemaak <sup>(Spr. 3:6)</sup> “and You guided me daily in an amazing way! I honour You, I praise You and Father, I love You! You said: “I will direct you and crown your efforts with success” <sup>(Spr. 3:6)</sup>. Thank you!”

Mamma, van altyd af was daar vertrouwe, aanmoediging en gebede. Ek kon nie anders as om verder te studeer nie! Dankie.

Woeras, jy het my toegelaat, ondersteun en, wanneer nodig, verduur. Jy het die basis van vertrek verskaf. Sonder jou sou dit nie moontlik gewees het nie. Dankie!

Sus en (veral) Carina, daar was tye van frustrasie omdat ek knorrig en nie beskikbaar was nie. Ons het saam swaargekry. Vir aanmoediging en “drenkelingshulp”, baie dankie!

Dr. Lizeth Roets, my studieleier, baie dankie vir uiters waardevolle hulp en leiding. Ons het 'n ent in die studie in eers bymekaar uitgekom; dit het meer van jou gevra. Dankie daarvoor.

Prof. Marietjie Nel, my medestudieleier, wat die pad van die begin af saam met my geloop het. Vir rigting, belangrike besluite en altyd die beste vir my as student, sê ek opreg dankie.

Mev. Hannemarie Bezuidenhout, Afdeling Onderwysontwikkeling, wat ook die hele pad daar was om te help besluit, te ondersteun en die skripsie taalkundige te versorg. Baie dankie.

Sr. Marianne Reid van die Mangaung Plaaslike Munisipaliteit, Senior verpleegkundige: Opleiding, sonder wie se waardevolle hulp en reëlins ek nie die fokusgroeponderhoude in so 'n kort tyd afgehandel sou kry nie. Vir hulp ver meer as verpligting, sê ek baie dankie.

Mev. Heidi Steyn, Skool van Verpleegkunde, wat as fasiliteerder by die fokusgroeponderhoude opgetree het en saam die wa deur die drif help trek het, baie dankie.

Mej. Helena Kriel, kollega en vriendin, wat die groot werk gedoen het om die transkripsies te kontroleer, dankie daarvoor.

Prof. Gina Joubert, Departement Biostatistiek, vir waardevolle hulp en raad asook die verwerking van die vraelyste. Baie dankie.

Mej. René du Plessis, van die Frik Scott Biblioteek, wat uiters waardevolle hulp met die literatuursoektogte verleen het, baie dankie!

My kollegas by die werk wat vir my ingestaan het terwyl ek met studieverlof was, baie dankie. Ek het ook julle morele ondersteuning baie waardeer.

Opgedra aan my ma  
Babs Joubert

# INHOUDSOPGAWE

---

---

## Bladsy

## HOOFSTUK 1

Verpleegkundiges se kennis van en houding jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE	3
1.3 NAVORSINGSDOELWITTE	3
1.4 NAVORSINGSONTWERP	3
1.5 DIE VRAELYS	4
1.5.1 Loodsstudie	4
1.5.2 Geldigheid	5
1.5.3 Betroubaarheid	5
1.5.4 Steekproefpopulasie	6
1.5.5 Navorsingsverloop	6
1.5.6 Data-analise	7
1.6 DIE FOKUSGROEPONDERHOUDE	7
1.6.1 Eenhede van analise	8
1.6.2 Die fasiliteerder	8
1.6.3 Verloop van die fokusgroeponderhoude	9
1.6.4 Analise van die fokusgroeponderhoude	10
1.6.5 Geloofwaardigheid	10
1.6.6 Betroubaarheid	12

1.7	RIGLYNE VIR DIE ONTWIKKELING VAN 'N OPLEIDINGSPROGRAM	13
1.8	SAMEVATTING	13
1.9	HOOFSTUKUITEENSETTING	14

## HOOFSTUK 2

	Literatuuroorsig	15
2.1	INLEIDING	15
2.2	HIPERTENSIE AS GESONDHEIDSPROBLEEM	15
2.3	OORSAAKLIKE FAKTORE VAN HIPERTENSIE	16
2.4	KLASSIFIKASIE VAN HIPERTENSIE	17
2.5	BEHANDELINGSMETODE VIR HIPERTENSIE	17
2.5.1	Oefening as behandelingsmetode vir hipertensie	18
2.5.2	Verandering van leefstylgewoontes in hipertensie-pasiënte	20
2.5.3	Tipe van oefening wat gedoen moet word	23
2.5.4	Oefenvoorskrifte	24
2.5.5	Medikasie as behandelingsmetode vir hipertensie	31
2.6	DIE ROL VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE	32
2.6.1	Verpleegkundiges as vertrouenspersone	32
2.6.2	Verpleegkundiges as eerstekontakpersone	33
2.6.3	Verpleegkundiges as tussengangers	33
2.6.4	Verpleegkundiges as opvoeders	33
2.6.5	Verpleegkundiges as persone om volhoubaarheid van behandeling te verhoog	34
2.6.6	Verpleegkundiges as leiers in verandering	35
2.7	KENNIS TEN OPSIGTE VAN OEFENING	36

2.8	HOUDING TEN OPSIGTE VAN OEFENING	37
2.9	OPSOMMING EN SAMEVATTING	38

## HOOFSTUK 3

	Navorsingsontwerp	40
3.1	INLEIDING	40
3.2	NAVORSINGSONTWERP	40
3.3	NAVORSINGSVERLOOP	41
3.4	DIE VRAELYS	41
3.4.1	<i>Stap 1</i> Literatuuranalise	41
3.4.2	<i>Stap 2</i> Ontwikkeling van die vraelys	41
3.4.2.1	Steekproefseleksie	43
3.4.2.2	Loodsstudie	43
3.4.2.3	Geldigheid	44
3.4.2.4	Betroubaarheid	44
3.4.3	<i>Stap 3</i> Data-versameling	44
3.4.4	<i>Stap 4</i> Data-analisering	45
3.5	DIE FOKUSGROEPONDERHOUD	46
3.5.1	<i>Stap 1</i> Fokusgroeponderhoude	46
3.5.1.1	Geloofwaardigheid	50
3.5.1.2	Betroubaarheid	53
3.5.1.3	Die fasiliteerder	53
3.5.1.4	Eenhede van analise	54
3.5.1.5	Verloop van die fokusgroeponderhoude	55
3.5.1.6	Basiese beginsels wat bygedra het tot die sukses van die fokusgroeponderhoude	63

sukses van die fokusgroeponderhoude	63
3.5.2 <i>Stap 2</i> Transkribering van fokusgroeponderhoude	65
3.5.3 <i>Stap 3</i> Data-analise van die fokusgroeponderhoude	65
3.6 RIGLYNE VIR DIE ONTWIKKELING VAN 'N OPLEIDINGSPROGRAM	66
3.7 SAMEVATTING	66

## HOOFSTUK 4

Bevindinge en interpretasie van data	67
4.1 INLEIDING	67
4.2 FASE I	67
4.2.1 Kennis van verpleegkundiges van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte: Vraelyste	67
4.2.1.1 Demografiese data	68
4.2.1.2 Afdelings in klinieke waar verpleegkundiges werkzaam is	68
4.2.1.3 Behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte wat by klinieke gebruik word	69
4.2.1.4 Kontrole oor voorgeskrewe behandeling	73
4.2.1.5 Bewus van oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte	73
4.2.1.6 Oefeninge as deel van die hipertensie- behandeling	74
4.2.1.7 Die tipe oefening wat deur verpleegkundiges aanbeveel word	74
4.2.1.8 Verwysing van hipertensie-pasiënte na 'n fisioterapeut	75

4.2.1.9	Tipe oefening wat hipertensie sal verlaag	76
4.2.1.10	Hoeveel keer per week behoort hipertensie- pasiënte te oefen?	77
4.2.1.11	Die duur van 'n oefensessie	77
4.2.1.12	Voorsorgmaatreëls tydens 'n oefensessie	78
4.2.1.13	Klassifikasie van hipertensie	81
4.2.1.14	Samevatting	83
4.3	FASE II	83
4.3.1	Houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte: Fokusgroeponderhoude	83
4.3.2	Metode van analise	84
4.3.3	Positiewe houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	85
4.3.4	Onkundige houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	99
4.3.5	Onseker/Neutrale houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	102
4.3.6	Negatiewe houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	103
4.4	ALGEMENE SAMEVATTING	105

## HOOFSTUK 5

### Riglyne vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram

5.1	INLEIDING	107
5.2	METODES VAN GESONDHEIDSONDERRIG	107
5.3	DIE OPLEIDINGSPROGRAM	109
5.3.1	Samestelling en uitleg van die inligtingstuk	109
5.3.1.1	Inhoud van die boodskap	111
5.3.1.2	Voorkoms van die teks	113
5.3.1.3	Visuele materiaal	114
5.3.1.4	Uitleg en ontwerp	116
5.3.1.5	Wenke vir vertaling	118
5.3.1.6	Voer 'n leesbaarheidstoets uit	118
5.4	DIE INHOUD VAN DIE INLIGTINGSTUK EN VIDEOBAND	119
5.4.1	Algemene inligting	119
5.4.2	Tipe oefening wat hipertensie sal verlaag	120
5.4.3	Frekwensie van die oefensessies	120
5.4.4	Die duur van 'n oefensessie	120
5.4.5	Voorsorgmaatreëls tydens oefensessies	120
5.4.6	Klassifikasie van hipertensie	121
5.5	DIE VIDEOBAND	121
5.6	SAMEVATTING	122

## HOOFSTUK 6

### Aanbevelings en samevatting

6.1	INLEIDING	123
6.2	AANBEVELINGS	124
6.3	LEEMTES IN DIE STUDIE	126
6.4	SAMEVATTING	126

VERWYSINGS	127
------------	-----

OPSOMMING	133
-----------	-----

SUMMARY	134
---------	-----

BYLAE A: Toestemmingsbrief: vraelys (Afrikaans)

BYLAE B: Toestemmingsbrief: vraelys (Engels)

BYLAE C: Vraelys (Afrikaans)

BYLAE D: Vraelys (Engels)

BYLAE E: Toestemmingsbrief: Fokusgroeponderhoud:  
(Afrikaans en Engels)

BYLAE F: Fokusgroeponderhoud 1

BYLAE G: Fokusgroeponderhoud 2

BYLAE H: Fokusgroeponderhoud 3

## LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1	Klassifikasie van bloeddruk vir volwassenes 18 jaar en ouer	17
Tabel 3.1	Voorstelling van die navorsingsverloop	41
Tabel 4.1	Kwalifikasies van verpleegkundiges werksaam by klinieke	68
Tabel 4.2	Afdelings in klinieke waar verpleegkundiges werksaam is	69
Tabel 4.3	Positiewe houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie- pasiënte	94
Tabel 4.4	Onkundige houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie- pasiënte	101
Tabel 4.5	Onseker/Neutrale houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie- pasiënte	103
Tabel 4.6	Negatiewe houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie- pasiënte	105

## LYS VAN FIGURE

Figuur 3.1	Die fokusgroepopset	56
Figuur 4.1	Behandelingsmetodes vir hipertensie-pasiënte	70
Figuur 4.2	Tipe oefening wat deur verpleegkundiges vir hipertensie-pasiënte aanbeveel word	75
Figuur 4.3	Tipe oefening wat hipertensie sal verlaag	76
Figuur 4.4	Aantal keer per week wat pasiënte moet oefen	77
Figuur 4.5	Duur van 'n oefensessie	78
Figuur 4.6	Voorsorgmaatreëls wat tydens oefensessies vir hipertensie-pasiënte geld	79
Figuur 4.7	Klassifikasie van hipertensie	82
Figuur 4.8	Positiewe houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	86
Figuur 4.9	Onkundige houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	100
Figuur 4.10	Onseker/Neutrale houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	102
Figuur 4.11	Negatiewe houding van verpleegkundiges jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte	104
Figuur 5.1	Die leerpiramide	109

# HOOFSTUK 1

## *Verpleegkundiges se kennis van en houding jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensiepasiënte*

---

### 1.1 INLEIDING

Hipertensie, oftewel hoë bloeddruk, is 'n siektetoestand wat die gesondheid van lyers daaraan bedreig. Die gesaghebbende internasionale verslag, *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*\* klassifiseer persone met 'n bloeddruk van 140 mm Hg of hoër (sistolies) en 90 mm Hg of hoër (diastolies) as hipertensief. Die optimale, of ideale bloeddruk is <120/<80 mm Hg (JNC VI, 1997:2417).

Die verskillende faktore wat tot die styging in bloeddruk van hipertensie-pasiëntebydra, is hul dieet, oormatige alkoholverbruik, die rookgewoonte, spanning en gebrek aan oefening. Hipertensie word dus as 'n leefstylsiekte beskou (JNC VI, 1997:2413).

Hipertensie is 'n algemene probleem wat wêreldwyd by wit sowel as swart persone voorkom (Milne, 2001:163) en dit is 'n risikofaktor vir serebro-vaskulêre ongelukke, kongestiewe hartversaking, chroniese okklusiewe perifere vaskulêre siektes en nierversaking. Serebro-vaskulêre ongelukke (beroerte) lei dikwels tot erge fisiese gestremdheid en selfs die dood van die persoon, gebeurtenisse wat 'n finansiële impak op die staat sowel as die betrokke families het. In Suid-Afrika word serebro-vaskulêre ongelukke as die tweede grootste oorsaak van sterftes aangegee (Bradshaw, 1997:8).

---

\* Sal verder JNC VI genoem word

Die omvang van die probleem word duidelik uit opnames van die *National Health and Nutrition Examination Survey* in Suid-Afrika, wat toon dat die voorkomsyfer van hipertensie by bejaardes bo die ouderdom van 65 jaar so hoog as 82,9% in swart vroue en 67,1% in swart mans is, en 66,2% in wit vroue en 59,2% in wit mans is (Weich, Nienkemper & Bester, 1991:60). Een miljoen lyers besoek gedurende een jaar die Vrystaatse klinieke vir hipertensie-behandeling. Dit verteenwoordig 80 000 besoeke per maand (Persoonlike onderhoud: prof. O.M. Bachmann, Maart 2002).

Dit is dus duidelik waarom hipertensie as een van die vyf belangrikste siektes in die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram van die sentrale regering genoem word (Primary Health Care, 1996:44). Die voorstelle wat deur die Departement van Gesondheid vir die voorkoming van leefstysiektes, en dus hipertensie, gemaak is, sluit leefstylveranderings- en opvoedingsprogramme in (Primary Health Care, 1996:44). Dit is op hierdie gebied waar die kennis en kundigheid van die fisioterapeut en verpleegkundige baie waardevol kan wees.

Tydens interkollegiale gesprekvoering het verpleegkundiges en fisioterapeute die behoefte aan meer as die blote toediening van medikasie as behandelingsmetode vir pasiënte met hipertensie uitgespreek. 'n Oefenprogram is as bykomende behandelingsmetode geïdentifiseer. Die hoofkomponent van so 'n oefenprogram is die gereelde uitvoer van aërobiese oefeninge wat die bloeddruk beduidend oor 'n wye spektrum kan verlaag (Goldstein, Krasner, Garfield, Blanchard, Martin, & Dubbert, 1988:111). Elke gesondheidsorgspanlid moet dus meer aandag hieraan gee.

Verpleegkundiges, as eerste kontakpersoon by klinieke, sowel as die fisioterapeut, kan hier 'n belangrike rol vervul. Verpleegkundiges kan 'n bydrae tot die behandeling van hipertensie lewer deur oefening te promoveer, pasiënte na oefensessies te verwys in gevalle waar fisioterapiedienste nie beskikbaar is nie, of deur self opleiding te ondergaan en die verantwoordelikheid vir die aanbieding van oefensessies te neem. Dit is dus belangrik dat verpleegkundiges oor die nodige kennis van en 'n positiewe houding jeens oefening sal beskik om effektiewe sorg te lewer.

Die vraag wat dus met reg gevra kan word, is: Wat is verpleegkundiges se kennis van en houding jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte?

## **1.2 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE**

Die doel van die studie was om verpleegkundiges se kennis van en houding jeens oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te bepaal met die doel om riglyne vir 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges te formuleer.

## **1.3 NAVORSINGSDOELWITTE**

Die doelwitte van die studie was om:

- Verpleegkundiges by klinieke in die Vrystaat se kennis van oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te bepaal;
- verpleegkundiges by klinieke in die Vrystaat se houding jeens oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te bepaal en
- riglyne vir 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges daar te stel.

## **1.4 NAVORSINGSONTWERP**

Die navorsingsontwerp kan as 'n beskrywende studie beskou word en daar is van kwantitatiewe sowel as kwalitatiewe metodes gebruik gemaak. Literatuuranalises, gestruktureerde vraelyste, fokusgroeponderhoude en suiweringsgesprekke is as navorsingstegnieke gebruik.

'n Beskrywende ontwerp word gebruik om 'n konsep in die werklike situasie te identifiseer of te beskryf. 'n Volledige en akkurate beskrywing van die verpleegkundiges by klinieke se kennis van en houding jeens oefening as behandelingsmetode vir

hipertensie-pasiënte is gegee. Vraelyste en fokusgroep- onderhoude is as dataversamelingstegnieke gebruik. Dataversameling is in twee fases afgehandel. Gedurende Fase I is die vraelyste ingevul om die kennis van verpleegkundiges met betrekking tot oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te bepaal. Tydens Fase II is fokusgroeponderhoude gebruik om die houding van die verpleegkundiges teenoor oefening as 'n behandelingsmetode vas te stel.

## FASE I

### 1.5 DIE VRAELYS

'n Vraelys is na die afhandeling van 'n uitgebreide literatuuranalise opgestel en is as instrument gebruik om die kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te bepaal (Sien Bylaes B en D).

#### 1.5.1 Loodsstudie

Ses persone het aan die loodsstudie deelgeneem aangesien dit 'n voldoende getal was om die sukses van die vraelys te bepaal. Om siggeldigheid te verseker, is wit sowel as swart verpleegkundiges wat voorheen by klinieke werksaam was, in die loodsstudie gebruik. Hulle is gevra om enige onduidelikhede in die vraelys uit te wys, asook om die tyd wat dit geneem het om die vraelys in te vul, aan te dui. Domeinkundiges wat in die Fakulteit van Gesondheidswetenskappe werksaam is en vertrou is met die opstel van vraelyste, is gebruik vir die proeflees en taalkundige versorging van die vraelys. Hulle het ook die inhoudsgeldigheid van die vraelys beoordeel. 'n Dosent aan die Departement Fisioterapie het ook die vraelys vir moontlike onduidelikhede of tekortkominge nagegaan.

Na afloop van die loodsstudie was dit nie nodig om veranderinge aan die vraelys aan te bring nie en is die vraelys vir dataversamelingsdoeleindes gedupliseer.

### 1.5.2 Geldigheid

Geldigheid word nie deur 'n spesifieke meetinstrument verkry nie, maar wel deur in 'n bepaalde situasie van 'n instrument gebruik te maak. Geen instrument is dus volkome geldig nie, maar daar moet gepoog word om dit so geldig moontlik te maak (Burns & Grove, 2001:399). Die navorser het die geldigheid van die inhoudelike aspekte van die vraelys getoets en verhoog deur

- suiweringsgesprekke met akademici in die Departement Fisioterapie, biostatistisi en kundiges op die gebied van die samestelling van vraelyste te voer;
- 'n loodsstudie, waarby ses persone gebruik is, uit te voer en
- konsekwent met die uitdeel en invul van die vraelyste te wees (Burns & Grove 2001:430) deurdat alle respondente genoeg tyd gehad het om die vraelys in te vul en die navorser deurentyd teenwoordig was, om indien nodig, onduidelikhede in die vraelys uit te klaar.

### 1.5.3 Betroubaarheid

Betroubaarheid is die mate waartoe 'n instrument voortdurend meet wat dit veronderstel is om te meet (Burns & Grove, 2001:395). Ter wille van die geldigheid en betroubaarheid van die vraelys is dit in Afrikaans, die taal van keuse van die navorser, opgestel en daarna deur 'n professionele taalkundige in Engels, die taal van sommige respondente, vertaal. Om die betroubaarheid van die vraelys te verhoog, is die volgende maatreëls ingebou:

- die vraelys is so kort as moontlik gehou om die invul daarvan te vergemaklik;
- aandag is gegee aan die duidelikheid van die vrae en

- tyd is gewy aan die netheid en professionele indruk van die vraelys.

#### **1.5.4 Steekproefpopulasie**

Die populasie vir die vraelys is saamgestel uit al die verpleegpersoneel by die Bloemfonteinse klinieke. Die verpleegpersoneel sluit alle geregistreerde sowel as verpleegkundiges met graad 11 en 12 kwalifikasies in. Daar is 67 verpleegkundiges by 23 klinieke werksaam. Al 67 verpleegkundiges is om deelname aan die studie genader. 'n Steekproef is dus nie getrek nie, aangesien die populasie te klein was.

#### **1.5.5 Navorsingsverloop**

Al die verpleegkundiges by klinieke in Bloemfontein is by die invul van die vraelyste betrek. Die respondente kon 'n keuse uitvoer of hulle die vraelyste wou voltooi al dan nie. 'n Toestemmingsbrief vir deelname aan die invul van die vraelys, in die taal van hul persoonlike keuse, is hierna voltooi (Sien Bylaes A en C).

Die invul van die vraelyste het tydens 'n geleentheid toe die verpleegpersoneel van al die klinieke in Bloemfontein vir indiensopleiding bymekaar was, plaasgevind. Al die respondente het tegelykertyd in 'n groot lesingsaal vergader. Die fasiliteerder het haarself en die navorser voorgestel en die doel van die navorsing is verduidelik. Sy het genoem dat deelname aan die navorsing vrywillig was, dat die vraelyste en die toestemmingsbriewe in die taal van die deelnemer se keuse voltooi kon word en dat die vraelyste vertroulik gehanteer sou word. Die fasiliteerder het die respondente ook versoek om geen bespreking oor die vraelyste en navorsing te voer nie, aangesien dit die uitslag van die fokusgroeponderhoude kon beïnvloed. Hierna is die vraelyste voltooi en ook dadelik ingeneem.

### 1.5.6 Data-analise

Data-analise is deur die Departement Biostatistiek, Universiteit van die Vrystaat, uitgevoer. Beskrywende statistiek is met behulp van frekwensies en persentasies opgestel.

## FASE II

### 1.6 DIE FOKUSGROEPONDERHOUDE

Die doel van 'n fokusgroeponderhoud is om insig te verkry in die **houding**, persepsies en opinies van die deelnemers (Burns & Grove 2001:425). Fokusgroeponderhoude moet só ontwerp wees dat dit die deelnemer se persepsie in 'n gefokusde area verkry en dit behoort in 'n opset wat vir die deelnemers gemaklik en nie-bedreigend is, plaas te vind (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178). Die fokusgroeponderhoude met die verpleegkundiges het plaasgevind in 'n lokaal wat gesamentlik deur hulle gebruik word en dus aan die deelnemers bekend was en volgens die navorser die beste aan die vereistes vir 'n nie-bedreigende area voldoen het.

'n Tipiese fokusgroep word uit 6–10 deelnemers saamgestel wat mekaar nie ken nie, maar byeengebring word om 'n onderwerp van gemeenskaplike belang te bespreek. Hierdie relatiewe homogene groep ontmoet, saam met 'n opgeleide fasiliteerder, vir solank dit nodig mag wees (Burns & Grove, 2001:425); 'n 90–120 minute bespreking is ideaal, anders mag die deelnemers konsentrasie verloor en die sessies moeilik hanteerbaar word (Maynard-Tucker, 2000:400). Die verpleegkundiges het in groepe met 'n maksimum van 6 deelnemers vergader en elke fokusgroeponderhoud het 'n maksimum van 90 minute geduur.

### 1.6.1 Eenhede van analise

Die eenhede van analise vir die fokusgroeponderhoude is soos volg deur die Departement Biostatistiek saamgestel: Al die primêregesondheidsorgklinieke in Bloemfontein is eers deur middel van 'n eenvoudige, ewekansige steekproeftrekking met behulp van tabelle in drie groepe gedeel. Daarna is die verpleegpersoneel van al die klinieke op presies dieselfde wyse geselekteer, sodat die eerste drie groepe verteenwoordigend van al die klinieke in Bloemfontein sou wees. Indien meer as drie fokusgroeponderhoude nodig sou wees, sou dieselfde prosedure gevolg word.

### 1.6.2 Die fasiliteerder

'n Ervare, onafhanklike fasiliteerder het die groep gelei en die deelnemers het gemaklik en natuurlike gesels asof daar 'n normale gesprek met mekaar gevoer is (vgl. Kidd & Parshall, 2000:293). Maynard-Tucker (2000:399) stel dit dat die keuse van 'n bekwame fasiliteerder baie belangrik is, aangesien die data wat te voorskyn gebring word, grootliks van sy/haar vermoëns afhang. Sy huldig ook die mening dat die fasiliteerder oor goeie kommunikasievaardighede moet beskik, 'n spesiaal opgeleide persoon moet wees wat in staat sal wees om subtiele verbale en nie-verbale gedrag wat die deelnemers aan die fokusgroeponderhoud en hul response mag beïnvloed, te vermy.

Volgens Maynard-Tucker (2000:399) moet 'n fasiliteerder ook oor al die nodige sosiale vaardighede en selfkennis beskik om die fokusgroepdeelnemers aan te moedig om interaktief op te tree en hulself te ontdek. Sodoende kan hulle dan bydraes maak wat nog nie voorheen genoem is nie.

Die fasiliteerder wat die fokusgroeponderhoud gelei het, het aan bogenoemde vereistes voldoen aangesien sy 'n junior lektor in Psigiatrisie Verpleegkunde is en oor 'n honneursgraad in Verpleegkunde beskik. Sy is bedrewe in groepsleiding en groepsterapie, aangesien sy betrokke is by die voor- en nagraadse opleiding van verpleegstudente.

### 1.6.3 Verloop van die fokusgroeponderhoude

Die goed gestruktureerde vraag wat op die doel van die studie gebaseer is, is skriftelik in beide Afrikaans en Engels aan elke deelnemer gegee en ook hardop deur die fasiliteerder voorgelees. Die vraag wat gevra is, het soos volg gelui:

**“Wat is jou persoonlike mening en houding ten opsigte van die waarde van oefening as behandelingsmetode vir hipertensiepasiënte?”**

***“What are your personal opinion and attitude concerning the value of exercise as treatment method for hypertension patients?”***

Die fokusgroeponderhoude is in Afrikaans en Engels gevoer na gelang van die behoefte van die deelnemers.

Die basiese beginsels ten opsigte van die deelnemers aan die onderhoud is deurgaans gehandhaaf. Al die deelnemers is toegelaat om vryelik deel te neem en daar is ‘n balans met betrekking tot die deelname van die verkillende lede behou. Die beginsels van onderhoudvoering, wat deel van die beginsels van algemene kommunikasie vorm, is gedurende die fokusgroeponderhoude gevolg. Die fasiliteerder het goeie luistervaardighede, asook oop nie-verbale gedrag geopenbaar, en daar is telkens tydens die onderhoud gereflekteer en gevalideer. Die fasiliteerder het van oop vrae gebruik gemaak om sodoende die gesprek te laat vlot en te verhoed dat die deelnemers beïnvloed word om ‘n sekere standpunt in te neem. Die onderhoud is in Afrikaans sowel as Engels gevoer en het die fasiliteerder sinne vertaal indien dit nodig was.

Die volgende aspekte is ook tydens die fokusgroeponderhoud in gedagte gehou:

- Die groep is voortdurend gefokus op die onderwerp en ander besprekings is so ver moontlik beperk;
- daar is balans tussen die deelnemers behou; stil deelnemers is aangemoedig om te praat, en
- die fasiliteerder het die minimum insette gelewer om sodoende 'n dominante magsrol te voorkom.

Alle deelnemers is aan die einde van die onderhoud vir hul deelname bedank (vgl. Katzenellenbogen, Joubert & Abdool Karim 1999:178).

Binne 'n dag of twee na die afloop van elke fokusgroeponderhoud het die navorser die onderhoud woordeliks getranskribeer. Die fasiliteerder het die transkripsies deurgelees en 'n kollega van die navorser, wat oor voldoende navorsingskwalifikasies beskik, het na die oudio-kassette geluister en dit woordeliks met die transkripsies vergelyk om die geloofwaardigheid van die transkripsies te verseker.

#### **1.6.4 Analise van die fokusgroeponderhoude**

Die transkripsies is 'n paar keer deurgelees en deur middel van verskillende tipes onderstreping, asook kantaantekeninge, is herhalende opinies en ingesteldhede of houdings in temas gegroepeer (vgl. Polit & Hungler 1999:580). Om die resultate van die inhoudsanalise sinvol en aanskoulik te maak, is van skematiese voorstellings en direkte aanhalings gebruik gemaak.

#### **1.6.5 Geloofwaardigheid**

Polit en Hungler (1999:418) definieer geloofwaardigheid as die mate waartoe 'n instrument meet wat dit veronderstel is om te meet, alhoewel dit nie 'n alles-of-niks

eienskap van 'n instrument is nie. Die kwessie is eerder die graad van geloofwaardigheid en elke moontlike poging moet aangewend word om dit so hoog moontlik te hou.

Die beste kontrole vir die geloofwaardigheid van kwalitatiewe navorsing is die presiese aanwending van spesifieke standaarde by die versameling van data in die veld. Die geloofwaardigheid van inhoudsanalise word dus bepaal deur die navorser se vermoë om te kategoriseer, die kategorieë te definieer en die verband met die navorsingsvraag aan te toon. Die data-analise is deur die navorser aan 'n tweede navorser voorgelê en laasgenoemde het dieselfde kategorieë as die navorser geïdentifiseer.

Meer as een dataversamelingstegniek is vir die studie gebruik om die geloofwaardigheid van die bevindinge te verhoog, en die geloofwaardigheid is verder verhoog deurdat die navorser die veld met 'n oop gemoed betree het en aan alle data oorweging geskenk het. Ander belangrike faktore wat die geloofwaardigheid van die studie kon beïnvloed was:

- **Veroudering en maturasie.** Dit vind plaas wanneer navorsing oor 'n baie lang periode plaasvind en sekere veranderinge die navorsing nadelig beïnvloed. Aangesien die uitvoering van hierdie navorsing binne 'n tydperk van twee maande afgehandel is, was dit nie 'n faktor nie.
- **Waarnemerseffekte.** Dit is moontlik dat die groepslede van die navorser afhanklik kan raak, of dat hul leuens vertel of relevante inligting kan weerhou. In hierdie studie was dit nie 'n faktor nie, aangesien die navorser nie self die fasiliteerder was nie en die respondente net een keer aan 'n fokusgroeponderhoud deelgeneem het.
- **Seleksie.** Dit sou vir die navorser moontlik wees om deelnemers te kies om inligting wat sy graag sou wou hê, te verskaf. Hierdie faktor is aangespreek aangesien ewekansige seleksie deur die Departement Biostatistiek gedoen is en die navorser dus nie self die respondente gekies het nie.

- **Triangulasie.** Om triangulasie te verkry, is die bevindinge van verskillende bronne vergelyk (vgl. Burns & Grove 2001:239). In hierdie navorsingstudie is 'n literatuurstudie oor die onderwerp gedoen, die vraelyste is ingevul en fokusgroeponderhoude met kundiges gevoer.
- **Kwaliteit van gereduseerde data.** Aangesien groot hoeveelhede data gereduseer moet word om tot gevolgtrekkings te kom, moet die navorser die data hersien om vas te stel of die gevolgtrekkings geloofwaardig is. In hierdie studie is die data hersien en die gevolgtrekkings deur die studieleier nagegaan.

### 1.6.6 Betroubaarheid

Betroubaarheid verwys na die graad van ooreenkoms wat verkry word wanneer 'n meting op dieselfde objek of groep herhaal word (Katzenellenbogen *et al.* 1999:90) en het te doen met hoe konsekwent of akkuraat die metingstegniek die konsep van belang meet.

Die navorser het die betroubaarheid van die fokusgroeponderhoude verhoog deur 'n konsekwente wyse van onderhoudvoering te handhaaf deurdat al die fokusgroeponderhoude in dieselfde lokaal gehou is, dieselfde fasiliteerder gebruik is en dieselfde prosedure elke keer gevolg is: Die bandopname en getranskribeerde gesprekke is vir kontrolering aan kundiges gegee om die betroubaarheid van die fokusgroeponderhoude te verseker.

Die navorsingsmetode wat in hierdie studie gebruik word, behoort 'n onafhanklike navorser tot dieselfde gevolgtrekkings te laat kom indien dieselfde navorsing gedoen en dieselfde data ontleed word.

Die volgende basiese beginsels is tydens al drie fokusgroeponderhoude ten opsigte van die deelnemers aan die onderhoud gehandhaaf, en het tot die sukses daarvan bygedra:

- **Eerbied en agting vir die deelnemers** deur die manier waarop die fasiliteerder die deelnemers aangespreek en hanteer het;
- toon van **aanvaarding en begrip** vir elke deelnemer se opinie en niemand is in die rede geval nie;
- die belang van **eerlikheid van die fasiliteerder** se kant deur te beklemtoon dat sy as buitestaander optree; en
- **individualisering** deur elke deelnemer persoonlik aan te spreek.

### 1.6.7 Dataverwerking

Die dataverwerking van die fokusgroeponderhoude is deur die navorser self gedoen en 'n kundige op die gebied van fokusgroeponderhoude het die dataverwerking gekontroleer.

## FASE III

### 1.7 RIGLYNE VIR DIE ONTWIKKELING VAN 'N OPLEIDINGS-PROGRAM

'n Volledige bespreking van die riglyne wat vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges saamgestel is, sal na afhandeling van die vraelyste en fokusgroeponderhoude in hoofstuk 5 bespreek word.

### 1.8 SAMEVATTING

In die literatuur kan gesien word dat hipertensie wêreldwyd 'n probleem is. Die voorkoming van hipertensie is dus noodsaaklik indien die probleem suksesvol aangespreek moet word. Hierdie studie hou dus die moontlikheid in om 'n bydrae in hierdie verband te maak indien die verpleegkundiges se kennis van en houding jeens

hipertensie bepaal word om hulle daarna as vennote in die voorkoming van hipertensie te betrek.

## 1.9 HOOFSTUKUIEENSETTING

Die indeling van die studie sien verder soos volg daar uit:

- Hoofstuk 2    Verskaf 'n literatuuroorsig oor die voorkomsyfer van hipertensie en die kennis en houding van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensiepatiënte.
- Hoofstuk 3    In hierdie hoofstuk word die volledige uiteensetting van die navorsingsverloop gegee en die faktore vir geldigheid, geloofwaardigheid en betroubaarheid breedvoerig bespreek.
- Hoofstuk 4    Die resultate van die navorsingstudie word in hierdie hoofstuk gerapporteer en bespreek.
- Hoofstuk 5    Hierdie hoofstuk bevat die riglyne vir 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges.
- Hoofstuk 6    Aanbevelings word na aanleiding van die navorsingresultate gemaak en 'n kort samevatting gegee.

# HOOFSTUK 2

## *Literatuuroorsig*

---

---

### 2.1 INLEIDING

Nuwe uitdagings word wêreldwyd aan gesondheidsorgsisteme gestel om gesondheid te bevorder en te beskerm, soos dit weerspieël word in die Wêreldgesondheidorganisasie (WGO) se gesondheid-vir-almal beleid (WHO, 1996:4).

Om hierdie doel van die WGO te bereik, is dit nodig om alle bestaande gesondheidspraktyke en opleiding van gesondheidswerkers in oënskou te neem. Re-oriëntering van die bestaande gesondheidswerkerskorps is nodig om nuwe definisie aan die verskillende rolle van die gesondheidswerker te gee. So sal die dokters, verpleegkundiges en aanvullende gesondheidsberoepes van die toekoms moet beseft dat multi-dissiplinêre en multi-professionele samesamewerking nodig is om gesondheidskwessies, soos byvoorbeeld hipertensie, suksesvol die hoof te bied. *“But to do so they will require creative minds, pragmatism, courage and determination to venture outside their usual habitat”* (WHO, 1996:10).

### 2.2 HIPERTENSIE AS GESONDHEIDSPROBLEEM

Hipertensie is 'n gesondheidsprobleem wat wêreldwyd voorkom (Milne, 2001:163). Persone met 'n bloeddruk van 140/90 mm Hg of hoër word as hipertensief bestempel. Vyftig tot sestig miljoen, of 1 uit elke 4 persone in die Verenigde State van Amerika, 50 miljoen, of 1 uit elke 4 persone in die Verenigde Koninkryk (Eaton, Bück & Catanzaro, 1996:339) en 'n beraamde derde van die totale wêreldbevolking bó die ouderdom van 65 jaar word as hipertensief beskou. In Suid-Afrika is 37,9 miljoen mense gedurende die 1996-sensus hipertensief bevind (Bradshaw, 1997:1).

In die 1998-uitgawe van die South African Demographic and Health Survey (in Milne, 2001:163) is 3,3 miljoen hipertensiewe pasiënte geïdentifiseer deur van die kriteria van 'n bloeddruk van 160/95 mm Hg gebruik te maak. Die definisie van hipertensie het intussen verander na 'n kriteria van 140/90 mm Hg, en op dié manier kan 'n verdere 3 miljoen persone tot die hipertensiewe bevolking toegevoeg word (Milne, 2001:163).

Volgehoue, onbehandelde hipertensie hou ernstige gevolge in. So is hipertensie 'n risikofaktor vir beroerte (Fourie & Steyn, 1995:164) en die mening bestaan dat dit selfs dié grootste risikofaktor vir beroerte in pasiënte is. Beroerte is dan ook die direkte oorsaak van 7,2% van alle sterftes in Suid-Afrika (Fourie & Steyn, 1995:161). Die verband tussen hipertensie en beroerte is beduidend in mans sowel as vrouens tussen die ouderdomme 35–94 jaar (Framingham in Fourie & Steyn, 1995:165) en dié waarneming word wêreldwyd gemaak.

### 2.3 OORSAAKLIKE FAKTORE VAN HIPERTENSIE

Die oorsaak van essensiële hipertensie is vermoedelik multifaktoriaal en genetiese sowel as verskeie omgewingsfaktore dra daartoe by (JNC VI, 1997:219). Bloeddrukvlakke korreleer tussen familieleden aangesien persone 'n genetiese agtergrond en dieselfde omgewings- of lewenstylgewoontes deel (JNC VI, 1997:2419). Ander genetiese risikofaktore tot essensiële hipertensie is die geslag van die persoon (mans en post-menoposale vroue), 'n ouderdom van meer as 60 jaar en 'n familiegeskiedenis wat hipertensie, diabetes mellitus, kardio-vaskulêre siektes van vroeë aanvang (vroue <65 jaar en mans <55 jaar) en dislipidemie insluit (Milne, 2001:165). Omgewingsfaktore wat tot essensiële hipertensie bydra, sluit onder andere die omstandighede van die familie, asook die werkstatus, werksomstandighede en opvoedingspeil van die persoon in (JNC VI, 1997:2418). Ongesonde lewenstylgewoontes dra ook tot essensiële hipertensie by en sluit obesiteit, oormatige sout- en alkoholverbruik, rook, spanning en 'n gebrek aan oefening in. 'n Sittende lewenstyl verhoog ook 'n persoon se bloeddruk (Arakwa 1996:87-91; Hardman, 1996:201).

Nog 'n oorsaaklike faktor wat 'n beduidende rol in die verhoging van die risiko vir hipertensie onder swart mense in Suid-Afrika speel, is die proses van verstedeliking wat toenemend onder hulle plaasvind (Fourie & Steyn, 1995:44).

Nog 'n oorsaaklike faktor wat 'n beduidende rol in die verhoging van die risiko vir hipertensie onder swart mense in Suid-Afrika speel, is die proses van verstedeliking wat toenemend onder hulle plaasvind (Fourie & Steyn, 1995:44).

## 2.4 KLASSIFIKASIE VAN HIPERTENSIE

Hipertensie word volgens internasionale standaarde gedefinieer as 'n sistoliese bloeddruk van 140 mm Hg of groter, 'n diastoliese bloeddruk van 90 mm Hg of groter, of die inneem van anti-hipertensiewe medikasie (JNC VI, 1997:2417). In tabel 2.1 word hierdie klassifikasie van bloeddruk gegee. Primêregesondheidswerkers kan hierdie klassifikasie gebruik in die diagnose van hipertensie in hul pasiënte. Geen definitiewe bo-grens is vasgestel vir die aanduiding van normale bloeddruk nie, maar dit word aanbeveel dat 'n lesing van 135/85 mm Hg as verhoog beskou moet word (JNC VI, 1997:2418).

Tabel 2.1 Klassifikasie van bloeddruk vir volwassenes 18 jaar en ouer\*

Kategorie	Sistolies	Diastolies
Optimaal	<120	<80
Normaal	<130	<85
Hoog-normaal	130-139	85-89
Hipertensie <sup>†</sup>		
Stadium 1	140-159	90-99
Stadium 2	160-179	100-109
Stadium 3	≥180	≥110

\*Persone wat nie anti-hipertensiewe middels neem en nie akueel siek is nie. Wanneer die sistoliese en diastoliese bloeddruk in verskillende kategorieë val, moet die hoër lesing gebruik word om die bloeddruk te klassifiseer.

†Gemiddelde lesing van 2 of meer lesings geneem op 2 of meer besoeke na die aanvanklike bepaling.

## 2.5 BEHANDELINGSMETODES VIR HIPERTENSIE

Alhoewel 95% van alle hipertensie-pasiënte essensiële hipertensie het, en geen spesifieke oorsaak vir hul hipertensie gevind word nie, kan hulle almal baat vind by behandeling. Hipertensie-pasiënte benodig egter lewenslange terapie aangesien dit 'n

kroniese siektetoestand is wat nie opgehef kan word nie (Milne, 2001:163; Dippenaar, 2002).

Hierdie anti-hipertensiewe terapie behoort ook leefstylveranderinge in te sluit om 'n verandering na 'n gesonder lewenstyl te bewerkstellig. Aërobiese oefening soos byvoorbeeld vinnig stap, hardloop en fietsry kan gedoen word om die persoon se harttempo effektief te verhoog en sodoende sy/haar gemene bloeddruk met tot soveel as -11/-6 mm Hg te verlaag (Arakwa, 1996:87-91).

Aandag sal vervolgens aan twee behandelingsmetodes vir hipertensie gegee word, naamlik die uitvoer van oefeninge en die gebruik van medikasie.

### **2.5.1 Oefening as behandelingsmetode vir hipertensie**

Die vervanging van anti-hipertensiewe middels deur nie-famakologiese terapie is 'n doelwit van die gesondheidswerkers en navorsers (Tibblin & Aberg, 1990:50). Oefening kan veilig en effektief gebruik word om bloeddruk te verlaag in pasiënte met ligte tot erge hipertensie, asook in pasiënte met linker-ventrikulêre hipertrofie (Papadenetriou & Kokkinos, 1996:459). Substansiële vermindering van anti-hipertensiewe medikasie en regressie van ventrikulêre hipertrofie kan met oefening plaasvind (Papadenetriou & Kokkinos, 1996:459).

Oefening is baie waardevol in die behandeling van jonger en middeljarige persone met hoog-normale bloeddruk, en 'n vermindering van 8-10 mm Hg sistolies en 5-8 mm Hg diastolies is al gerapporteer (Durstine, King, Painter, Roitman & Zwiren, 1993:189). In die meeste van hierdie studies is gemiddelde intensiteit oefening gebruik, gewoonlik aërobiese oefening soos hardloop of fietsry 'n paar keer per week. Hoër intensiteit oefening of 'n hoër frekwensie van oefening per week het geblyk nie enige voordeel te hê nie en mag selfs minder effektief wees om bloeddruk te verlaag.

Beduidende verlaging in bloeddruk is binne 4-5 weke na aanvang van die oefeningopleiding waargeneem, en is volgehou solank die aktiewe lewenstyl voortgeduur het. Wanneer individue hul oefeningopleiding gestaak het, het bloeddrukwaardes weer na die vóór-oefening waardes terugkeer.

Daar is 'n al groter bewuswording van die feit dat gereelde fisieke oefeninge een van dié mees koste-effektiewe tussentredes vir die voorkoming van sekere kroniese siektes soos koronêre hartvatsiektes en hipertensie is (Fourie & Steyn, 1995:87,93). Gekontroleerde studies is op mans en dames van verskillende ouderdomme, met verskillende grade van hipertensie, uitgevoer om die effek van aërobiese oefeninge op hipertensie te bepaal. Statisties beduidende resultate is verkry en die bloeddruk van die persone wat aan die studie deelgeneem het, het gemiddeld tussen -5,8 en -15,5 mm Hg sistolies en -5 tot -14 mm Hg diastolies gedaal. Die aërobiese oefeningstipes wat gebruik is, was oefening soos vinnig stap, hardloop, fietsry, swem en kallenetiese oefeninge. Die oefensessies het 30–60 minute geduur en is 3–5 keer per week uitgevoer (Goldstein *et al.*, 1988:110).

Aërobiese oefening kan dus, indien dit met sorg aangewend word, vir 'n wye spektrum van hipertensie-pasiënte effektief gebruik word en is dit 'n waardevolle komponent in die verandering van leefstylgewoontes van hipertensie-pasiënte (Tibblin & Aberg, 1990:50).

Naas die voorkoming van kroniese siektes, is daar ook die voordeel dat oefening die psigo-sosiale gesondheid van die persoon verbeter deurdat dit angstigheid en depressie verminder, die gemoedstoestand van die persoon verbeter, selfwaarde verhoog en ander aanduiers van die psigologiese gesondheidstand verbeter (Fourie & Steyn, 1995:93).

Die verantwoordelikheid van die behandeling van hipertensie berus nie meer net by die gesondheidswerkers, soos die dokter en die verpleegkundige nie, maar het ook nou na die pasiënt self verskuif (The Department of National Health, 1996:44). Daar word dus nou meer indringend gekyk na leefstyl-veranderinge van die pasiënt en hierdie leefstylveranderinge, tesame met die opvoeding van die pasiënt, speel 'n essensiële rol in die hanteringstrategie van hipertensie (Milne, 2001:163). Die hulp van die aanvullende gesondheidsberoepes word toenemend hiervoor benodig en die verpleegkundiges en fisioterapeute kan hier 'n belangrike rol speel deur oefeningklasse, wat daarop gerig is om bloeddruk te verlaag, aan te bied. Veral die verpleegkundiges, wat die eerste kontakpersoon met 'n hipertensiewe pasiënte is, kan in hierdie situasie waardevolle hulp verleen deur oefening te propageer en/of die pasiënte vir oefenklasse te verwys.

Die vereistes waaraan 'n effektiewe **oefenprogram** moet voldoen, sluit egter nie net die fisiese oefenklasse in nie, maar moet ook dringend aandag gee aan die verbetering van verkeerde leefstylgewoontes in pasiënt met hipertensie.

### **2.5.2 Verandering van leefstylgewoontes in hipertensie-pasiënte**

Indien hipertensie suksesvol behandel wil word, moet die leefstylgewoontes van die pasiënt wat tot hipertensie bydra, ook verander (Zellner & Sudhir, 1996:75). Die pasiënte moet sterk aangemoedig en ondersteun word om hul ongesonde lewenstylgewoontes te laat vaar sodat hulle maksimale voordeel uit die oefenprogram kan trek. Hierdie leefstylverandering mag dalk nie op sigself genoeg bydra om die pasiënt se hipertensie ten volle te beheer nie, maar dit mag die dosis van hipertensiewe medikasie aansienlik verminder. Die ongesonde leefstylgewoontes word hieronder na aanleiding van JNC VI (1997:2422-24) bespreek en die voorskrifte ter regstelling daarvan word ook gegee.

#### ***Gewigsvermindering***

Oormatige liggaamsgewig korreleer nou met verhoogde bloeddruk en dit is nodig dat hipertensie-pasiënte hul gewig binne normale perke sal hou. Om die ideale gewig van 'n persoon te bereken, word die gewig van die persoon (in kilogram) gedeel deur die lengte<sup>2</sup> van die persoon. Indien 'n antwoord van 27 of meer verkry word, word die persoon as oorgewig beskou. Nog 'n faktor waarop gelet kan word, is die neerslag van oormatige vet in die visera of abdomen, aangesien dit ook as 'n risiko tot hipertensie beskou word. Vrouens met 'n middelomtrek van 85cm en meer, en mans met 'n middelomtrek van 98cm en meer, val in hierdie kategorie.

'n Gewigsverlies van so min as 4,5 kilogram verminder bloeddruk in 'n oorgrote meerderheid van oorgewig hipertensiewe persone en dit is dus wenslik dat alle oorgewig hipertensie-pasiënte op 'n voorgeskrewe gewigsverminderingprogram, wat beperkte kalorie-inname en verhoogde fisiese aktiwiteite insluit, geplaas word.

### *Alkoholiname*

Oormatige alkoholiname is 'n belangrike risikofaktor wat bloeddruk verhoog. Hierdie ongesonde lewenstyl is 'n risikofaktor vir beroerte en kan ook weerstand teen anti-hipertensiewe terapie meebring.

Dit is nodig vir die gesondheidswerker om 'n gedetailleerde geskiedenis van alkoholiname van die pasiënt te verkry. Diegene wat alkoholiese drankies neem, moet dit beperk tot 30 ml etanol per dag, soos byvoorbeeld geneem in 720 ml bier of 300 ml wyn of 60 ml whisky. Omdat vrouens meer alkohol as mans absorbeer en liggewig persone meer onderworpe is aan die uitwerking van alkohol, moet hierdie persone aangeraai word om nie 'n inname van meer as 15 ml etanol per dag te oorskry nie. Bogenoemde hoeveelhede alkohol verhoog nie bloeddruk nie en word ook met 'n laer risiko vir koronêre hartvatsiektes geassosieer.

Betekenisvolle hipertensie mag gedurende die skielike onttrekking van alkohol by swaar verbruikers waargeneem word, maar sal weer na 'n paar dae verlaag.

### *Dieet-inname*

Daar is bevind dat dieet-inname van natrium en kalium die vlak van bloeddruk beïnvloed. Natrium, in die vorm van natriumchloried (gewone tafelsout), word aan bloeddrukvlakke gekoppel en dit kan hipertensie-pasiënte se bloeddruk verhoog indien te veel daarvan ingeneem word. Verskillende groepe persone, soos byvoorbeeld die Afrika-Amerikaanse groepe, ouer persone en persone met hipertensie of diabetes is meer sensitief vir bloeddrukveranderinge tydens 'n natriumchloried-dieet.

Vyf en sewentig persent van alle natriuminname is afkomstig van verwerkte voedsel. 'n Hipertensiewe persoon behoort dus nie meer as 100 mmol (ongeveer 6 gram) natriumchloried/tafelsout in totaal per dag in te neem nie. Hierdie doelwit is heel bereikbaar en pasiënte en hul families kan met genoegsame leiding leer om voedsletikette te lees en voedsel met 'n lae natriuminhoud te kies. Hipertensie-

pasiënte moet ook bedag gemaak word daarop om nie te veel sout in die voorbereiding van voedsel te gebruik nie en om nie tafelsout oor klaar bereide voedsel te strooi nie.

'n Hoë kaliumdiëet-inname mag persone beskerm teen die ontwikkeling van hipertensie, asook help met die kontrolering daarvan. Onvoldoende kaliuminname mag bloeddruk verhoog en dit is noodsaaklik om genoegsame inname daarvan te verseker deur genoeg vars vrugte en groente te eet. Indien hipokalemie tydens diuretiese terapie voorkom, kan addisionele kalium deur middel van kaliumbevattende soutsustitute verkry word.

Alhoewel kalsium en magnesium nodig is vir die handhawing van goeie algemene gesondheid, is daar nie genoegsame oortuigende data wat die voorskryf van hierdie aanvullings vir hipertensie-pasiënte regverdig nie en word dit dus nie in hierdie studie vir verpleegkundiges aanbeveel om aan hulle pasiënte voor te skryf nie.

Kaffeïne mag bloeddruk tydelik skerp laat styg, maar aangesien die liggaam vinnig verdraagsaamheid daarteen ontwikkel, en daar dus geen direkte verhouding tussen kaffeïne en verhoogde bloeddruk in die meeste epidemiologiese opnames bevind is nie, speel dit nie 'n belangrike rol in die beheer van 'n persoon se bloeddruk nie. Verpleegkundiges moet egter daarop bedag wees dat 'n verhoogde bloeddruklesing van 'n pasiënt die gevolg kan wees van kaffeïne-inname direk voor die neem van die lesing.

### ***Emosionele stres***

Alhoewel emosionele stres bloeddruk akuit kan verhoog, is daar bevind dat streshanterings-opleidingsessies oor 'n tydperk van 4-8 weke bloeddruk aansienlik kan verlaag en daarna, so verlaag, kan bly handhaaf (Goldstein *et al.*, 1988:43).

### ***Tabakgebruik***

Tabakvermyding word aanbeveel vir algehele kardio-vaskulêre risikovermindering. Sigaretrook is 'n kragtige risikofaktor vir kardio-vaskulêre siekte, en vermyding van tabak in enige vorm is essensieel. 'n Beduidende verhoging in bloeddruk kom voor met die rook van elke sigaret en diegene wat aanhou rook, mag ook nie die volle voordeel van die behandeling met anti-hipertensiewe middels ervaar nie.

Die kardio-vaskulêre voordele van tabakvermyding kan binne een jaar in alle ouderdomsgroepe waargeneem word. Die verminderde hoeveelheid nikotien in byvoorbeeld plakkers wat gebruik word om op te hou rook, sal nie bloeddruk verhoog nie en dit word aanbeveel in 'n poging om lewenstylverandering teweeg te bring. Aksies moet ook geneem word om nie 'n toename in gewig te kry nadat met die rookgewoonte opgehou is nie.

### ***Fisiese aktiwiteite***

Daar is bevind dat persone met 'n normale bloeddruk en sittende lewenstyl 'n 20% tot 50% hoër risiko het om hipertensie te ontwikkel as hul aktiewe en fikse eweknieë.

Gereelde aërobiese fisiese aktiwiteite kan help met die funksionele gesondheidstatus en gewigsvermindering van die hipertensiewe persoon en sodoende die risiko van kardio-vaskulêre siektes en mortaliteit verminder. Bloeddruk kan verlaag word met matige intensiteit fisiese aktiwiteite soos byvoorbeeld vinnig loop vir 30-45 minute 3-5 keer per week. Die meeste persone kan hul vlak van fisiese aktiwiteit veilig verhoog sonder 'n uitgebreide mediese evaluasie, maar persone met hart- of ander ernstige gesondheidsprobleme benodig 'n deeglike evaluasie en mag na 'n oefen-spesialis verwys word vir 'n oefenprogram onder toesig.

### **2.5.3 Tipe oefening wat gedoen moet word**

Die aanbevelings van *ACSM'S Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (Durstine *et al.*, 1993) is gevolg om die volgende riglyne vir 'n opleidingsprogram saam te stel.

#### ***Loop en hardloop***

Die mees fundamentele tipe aërobiese oefening is loop. Alhoewel loop die eerste stap is tot 'n meer inspannende oefeningsregime, het dit toenemend gewild geraak as 'n primêre oefenmetode. 'n Selfgeselekteerde loop- of hardloopspoed word teen die minimum metaboliese koste gedoen en teen spoed hoër as die selfgeselekteerde pas produseer langer treënlengtes hoër metaboliese koste as 'n hoër treefrekwensie (Durstine *et al.*, 1993:40).

### ***Aërobiese dans***

Aërobiese danse is 'n baie populêre vorm van oefening. 'n Onderskeid word getref tussen hoë- en lae-impak aërobiese danse en enkel- en polsgewigte kan gebruik word om meer weerstand te bied.

### ***Fietsry***

Fietsry en statiese fietse word as 'n middel vir oefening, ontspanning en terapie gebruik. Afhangende van die doel van fietsry, word voorkeur gegee aan die trapspoed of weerstand wat gebied word. Wanneer aërobiese uithouvermoë die doel is, word 'n kombinasie van trapspoed en weerstand gekies wat die harttempo tot in die teikensone verhoog. Hier mag die seleksie van 'n té hoë weerstand tot verlaagde oefeningtoleransie lei as gevolg van die te vroeë uitputting van die beenspierre.

#### **2.5.4 Oefenvoorskrifte**

Daar is verskeie faktore wat in ag geneem behoort te word met oefenvoorskrifte, soos hieronder aangedui.

#### ***Die gesondheidstatus van die pasiënt***

Die gesondheidstatus van die individu moet in gedagte gehou word wanneer 'n oefenprogram voorgeskryf word (Durstine *et al.*, 1993:315). Persone met hoog-normale tot erge hipertensie en geen bykomende gesondheidsprobleme nie, mag vryelik oefeninge doen (Papadenetriou & Kokkinos, 1996:459). Pasiënte wat oorgewig is en/of diabetes mellitus het, mag ook oefeninge doen (JNC VI, 1997:2438) maar die aanbieder moet daarvan bewus wees (Durstine *et al.*, 1993:314). Persone met hart- of ander ernstige gesondheidsprobleme, soos long-, nier-, oogtoestande en epilepsie, benodig 'n deeglike evaluasie deur die mediese praktisyn en moet na 'n oefen-spesialis verwys word vir 'n oefenprogram onder toesig. Die aanbieder moet ook voor 'n oefensessie deeglik van die pasiënt se algemene toestand bewus wees (Durstine *et al.*, 1993:314). Faktore wat die bloeddruk tydelik kan beïnvloed is byvoorbeeld die onlangse inname van kaffeïne (JNC VI, 1997:2423), die gemoedstoestand van die persoon, pyn, koors, ekstra stres en die versuim om medikasie te neem (Dippenaar,

2001.) Vroue wat van orale geboortebepoerkingmiddels gebruik maak, is ook tot 'n hoër bloeddruk geneig. Buiten hierdie faktore, moet die instrukteur ook deeglik bewus wees van die algemene lewenstyl van die pasiënt om sodoende die nodige aandag daaraan te gee.

### ***Die oefenarea***

Die oefenarea speel 'n bepalende rol wanneer dit by oefeningvoorskrifte kom in terme van fasiliteite, apparaat en die beskikbaarheid van meetapparate vir bloeddruk en hartspoed (Strydom, 2001). Hipertensie-pasiënte wat onder toesig moet oefen, sal noodwendig van 'n goed toegeruste (binneshuise) oefenarea gebruik moet maak sodat die hartspoed en bloeddruk akkuraat gemonitor kan word (Strydom, 2001). Pasiënte met geen ernstige bykomstige siektetoestande kan van enige geskikte oefenarea gebruik maak en hulle word voor die aanvang van die oefensessie geleer om self hul hartspoed deur middel van manuele palpasië te monitor. Indien nodig geag, kan die aanbieder ook die bloeddruk tydens die oefensessie neem. Die bloeddruk en hartspoed van al die pasiënte behoort as roetine voor en na die oefensessie geneem te word (Strydom, 2001).

Die algemene vereistes waaraan 'n oefenarea moet voldoen, is dat dit ruim genoeg moet wees met 'n vloeroppervlakte wat nie glad of ongelyk is nie. Die area moet ook lig genoeg vertoon en oor genoegsame ventilasie beskik. Apparaat soos statiese fietse, bankies en ligte pols- en enkelgewiggies kan baie handig te pas kom, maar is dit nie 'n vereiste vir 'n effektiewe oefensessie nie. Buitelug-oefenareas kan ook met groot sukses gebruik word (Strydom, 2001).

### ***Oefendoelwitte***

Dit is belangrik dat die program- en deelnemerdoelwitte met sorg vasgestel word wanneer oefenvoorskrifte saamgestel word. Die aanbieder moet daarna streef om die voorgeskrewe oefenprogram en die doelwitte van die individu so na as moontlik aan mekaar te kry, aangesien dit die kans sal verbeter dat die individu geïnteresseerd in die oefenprogram sal wees en dan daarmee sal volhou (Durstine *et al.*, 1993:314).

### ***Samestelling van 'n oefenprogram***

Dat die samestelling van die oefenprogram sistematies en wetenskaplik aangepak moet word, blyk duidelik uit die literatuur (Durstine *et al.*, 1993:316). Dit wil voorkom asof daar hoofsaaklik twee oefenregimes is wat hipertensie-pasiënte volg (Goldstein *et al.*, 1988: 148) naamlik aërobiese oefening vir 20 - 30 minute 5 keer per week, of aërobiese oefening vir 45 - 60 minute 3 keer per week. Dit wil voorkom asof diegene wat meer gereeld en korter tye oefen, vinnig stap as oefening verkies en dit hoofsaaklik sonder mediese toesig doen. Die tweede groep blyk meer ernstig met die oefeningprogram te wees en oefen onder toesig in 'n gimnasium waar verskeie soorte oefening gedoen word, insluitend weerstandsoefening.

### ***Aanbieders van die oefenprogram***

Die algemene opvatting van 'n aanbieder is dié van 'n energieke persoon wat fiks is en 'n harde stem het. Alhoewel hierdie faktore bydraend is tot die effektiwiteit van die leier, moet hy/sy ook oor die eienskappe van 'n goeie onderwyser beskik, en dit sluit die volgende in (Durstine *et al.*, 1993:319):

- Voldoende kennis van die vak;
- aanpassing van leierskapstyl vir die doelwitte van die situasie;
- effektiewe kommunikasie;
- organisasie van aktiwiteite vir maksimale deelname en veiligheid;
- waarneming van spesifieke gedrag om individuele terugvoer te gee en
- die skep van 'n positiewe, motiverende oefenklimaat.

Die oefenomgewing moet

- Warm en vriendelik wees (die persoon moet tuis en gerespekteerd voel);
- interessant wees (feitelike kennis wat vir elke individu van toepassing is moet beskikbaar wees), en

- effektief wees (aktiwiteite wat tot die bereiking van persoonlike doelwitte lei, moet aangebied word) (Durstine *et al.*, 1993:319).

Interpersoonlike kommunikasievaardighede is van die uiterste belang en die leier moet duidelik kommunikeer, gereelde terugvoering ten opsigte van korreksie en aanmoediging gee en die individu tot eie besluitneming aanmoedig (Durstine *et al.*, 1993:320).

Die motivering van die deelnemers is ook van die uiterste belang (Durstine *et al.*, 1993:321). Reeds genoemde komponente soos 'n positiewe oefenomgewing en die manier waarop die leier die oefengroep hanteer, dra by tot die motivering van die individu. Nog 'n komponent wat deelnemers motiveer, is die uitbreiding van die individu se kennis ten opsigte van die oefenprogram. Inligting kan deur middel van spesiale lesings gegee word sodat die persoon die doel, redes en uitvoering van die oefening beter verstaan. Persone moet ook geleer word hoe om toepaslike aanpassings vir hul eie situasies en toestand te maak om sodoende verantwoordelikheid vir hulself te kan neem.

### ***Volhoubaarheid van die oefenprogram***

Die bewyse dat oefening bloeddruk effektief verlaag, tesame met die voorskryf van 'n program vir hipertensie, is nie genoeg om te verseker dat 'n persoon met die oefenprogram gaan volhou nie. Daar is, intendeel, bewyse in die navorsing dat die meerderheid van persone wat 'n oefenprogram begin, daarmee ophou, dikwels in die eerste paar maande van die program (Goldstein *et al.*, 1988:115). Dit is dus uiters belangrik dat spesiale aandag daaraan gegee moet word om die volhoubaarheid van die oefenprogram so hoog as moontlik te maak.

Die manier waarop die oefenprogram saamgestel word, is van uiterste belang vir die volhoubaarheid daarvan en Goldstein *et al.* (1988:116) het 'n program ontwikkel om persone met 'n sittende lewenstyl te help om hul gedrag ten opsigte van oefening te hervorm en belangstelling in die oefenprogram te behou.

Goldstein *et al.*, (1988:115) rapporteer die volgende bevindinge:

- Daar is twee groepe persone, wat oefening-volhoubaarheid beïnvloed. Die eerste groep is persone wat 'n normale gewig handhaaf, nie rook nie, witboordjie-werkers is, aktiewe ondersteuning en aanmoediging van die gesin ontvang en self ook gemotiveerd is. Die tweede groep is persone wat oorgewig is, wat rook, blouboordjiewerkers, oorgewig en ongemotiveerd is. Hulle ontvang ook min of geen ondersteuning tot oefening van hul gesin of die gemeenskap nie.
- Sekere faktore vergemaklik die aanvanklike deelname aan 'n oefenprogram, asook die latere volhoubaarheid daarvan. Die ligging van die oefenlokaal is belangrik: dit moet 'n gemaklike afstand van die huis of werksplek, of tussen-in, wees; die verkeersvloei moet toegang tot die lokaal vergemaklik en parkeerfasiliteite moet voldoende wees. Oënskynlik minder belangrike faktore soos laasgenoemde kan 'n sterk negatiewe impak op die bywoning van die oefenklas en algemene volhoubaarheid van die program hê.
- Die hoeveelheid sosiale ondersteuning wat 'n persoon tydens die oefeningsessie kry, is van deurslaggewende belang. Die navorsers moedig gesinslede van die deelnemers aan om saam te kom na oefeningsessies, saam deel te neem indien hulle so voel en om ten minste kennis te dra van die oefening sodat hulle met die tuisoefeninge ondersteuning en aanmoediging kan bied.
- Langtermyn-oefening-volhoubaarheid kan verhoog word wanneer persone in groepe, en nie op hul eie nie, oefen. Dit geld vir oefening wat by die kliniek, sowel as by die huis gedoen word.
- Die oefeninge wat voorgeskryf word, moet eenvoudig en maklik uitvoerbaar wees. Die meeste oefenprogramme beklemtoon vinnig loop en draf omdat dit met die minste voorbereiding, koste en apparaat op enige plek en tydens enige seisoen gedoen kan word.
- Die intensiteit, duur en frekwensie van oefening is uiters belangrik om die moontlike ontwikkeling van 'n positiewe houding jeens oefening te ontwikkel en te behou. Aërobiese oefening van 'n intensiteit groter as 85% maksimale hartspoed,

vir meer as 45 minute per dag en meer as 5 keer per week word geassosieer met 'n hoër uitval en 'n hoër persentasie beserings.

### ***Die oefensessie***

Die stappe wat gevolg moet word tydens die uitvoer of aanbied van 'n oefensessie behels kortliks die volgende:

Die spesifieke **voorsorgmaatreëls** wat vir pasiënte, wat aan die oefenklas deelneem geld, moet duidelik uitgespel word en die aanbieder moet seker maak dat al die pasiënte dit verstaan (Durstine *et al.*, 1993:129). Die pasiënt moet dadelik ophou oefen indien hy/sy naar of abnormaal moeg voel, duiselig voel en/of koue sweet op die bo-lip of voorkop voorkom (De Man, 2001). Wanneer die pasiënt se polsslag tydens die oefensessie geneem word en onreëlmatig is, moet die oefeninge ook gestaak word en die pasiënt na 'n dokter verwys word (De Man, 2001). Die pasiënte moet ook duidelik verstaan dat hulle tydens die oefensessie net so hard moet oefen sodat hulle nog 'n kort gesprek kan voer en nie te uitasem is om te praat nie (Goldstein *et al.*, 1988:129).

- Voordat enige oefensessie begin, moet die **polsslag en bloeddruk** van die pasiënte geneem word (Goldstein *et al.*, 1988:129), en die lesings aan die pasiënte genoem word sodat hulle mede-verantwoordelikheid vir die monitering van hul toestand kan aanvaar (Strydom, 2001).
- Die pasiënt se **oefeningkapasiteit**, of fisiese fiksheid, moet bepaal word om as basislyn vir verdere evaluering te dien deurdat die pasiënt 'n 4 minute-oefentoets van ligte oefeninge uitvoer, soos om byvoorbeeld klein hurkbewegings (*mini squats*) te doen of trappies te klim. Die polsslag en bloeddruk word direk na die oefeninge geneem en weer 2 minute na die tyd. Die bevindinge word genoteer en as vergelyking tydens verdere oefensessies gebruik (Strydom, 2001).
- Die **maksimum hartspoed** wat die pasiënt tydens die oefensessie moet bereik en behou, word volgens 'n formule bereken en ook aan die pasiënt deurgegee om te kontroleer of hy/sy effektief oefen. Die formule wat gebruik kan word om die maksimum harttempo van die pasiënt te bereken (Goldstein *et al.*, 1988:127), en

wat ook maklik is om te gebruik, is byvoorbeeld die volgende (die pasiënt is 50 jaar oud en moet teen 60% van sy/haar maksimum hartspoed oefen):

$$220 - 50 \text{ (ouderdom van die pasiënt)} \times 60/100 = 102 \text{ slae per minuut}$$

- Die pasiënte doen eers ligte **opwarmingsoefeninge** (Goldstein *et al.*, 1988:129) vir 2 tot 5 minute waarna die **aërobiese oefeninge** vir 20 - 30 minute uitgevoer word. Tydens hierdie sessie kan van verskillende tipes oefening gebruik gemaak word, soos byvoorbeeld loop met variasies in treelengtes en armbewegings, trappies klim, en ligte spronge met variasies.
- Die toestand van die pasiënt word deur die hele oefensessie **gemoniteer** (Goldstein *et al.*, 1988:129) deur te let op die spesifieke voorsorgmaatreëls, wat vir die uitvoer van die oefeninge geld, asook die polsslag van die individue wat met gereelde tussenposes tydens die oefensessie geneem word (Strydom, 2003).
- Ná die oefensessie word ligte oefening en strekke weer vir 'n paar minute gedoen om die pasiënt te laat **afkoel** (Goldstein *et al.*, 1988:129).
- **Ontspanningoefening**, wat die pasiënt leer om algeheel te ontspan, kan nou gegee word (Goldstein *et al.*, 1988:129).
- Ten slotte word die pasiënte weer aangemoedig om te let op die verskillende lewenstylfaktore wat hul bloeddruk beïnvloed en die gereelde uitvoer van die oefensessies wat **tuis gedoen** moet word (Goldstein *et al.*, 1988:129; Strydom, 2001).

### ***Ondersteuning van die pasiënte***

Deelnemers aan die oefenprogram moet van die begin af maksimaal ondersteun word om sodoende aan te hou oefen en die sukses van die oefenprogram te verseker. Faktore wat hierin 'n rol speel, is die volgende:

- Die geleidelike ontwikkeling van die volle oefenprogram oor 'n paar weke heen (Goldstein *et al.*, 1988:129).
- Positiewe terugvoer en aanmoediging van die aanbieder en gesinslede (Durstine *et al.*, 1993:448).

- Uitbouing van die program deur verskillende fases sodat die pasiënt op eie verantwoordelikheid 'n oefenprogram by die huis met sukses kan voortsit deurdat minder oefensessie by die kliniek bygewoon word en meer oefensessies by die huis gedoen word (Goldstein *et al.*, 1988:148).
- Die pasiënt se familie/vriende word na die oefensessies genooi sodat hulle ingelig kan word omtrent die waarde en manier van oefen (Goldstein *et al.*, 1988:150).
- Die familie/vriende word gevra om 'n mondelingse kontrak aan te gaan waarin hulle onderneem om die pasiënt tuis te ondersteun en aan te moedig (Goldstein *et al.*, 1988:150).
- Pasiënte moet aangemoedig word om, indien hulle dit moeilik vind om die oefeninge tuis te doen, weer by die kliniek te oefen waar hulle die nodige aanmoediging en ondersteuning kry.
- Oefenklubs kan deur die pasiënte in die gemeenskap gestig word waardeur die publiek bewus gemaak kan word van die voordele van oefening vir die behandeling van hoë bloeddruk (Durstine *et al.*, 1993:454).

Die pasiënte kom uiteindelik net een maal per maand na die klinieke om hul bloeddruk te laat kontroleer en ook 'n oefensessie by te woon.

### **2.5.5 Medikasie as behandelingsmetode vir hipertensie**

By Suid-Afrikaanse klinieke word medikasie hoofsaaklik as eerste metode van behandeling gebruik en die doel van die terapie is om 'n ideale bloeddruk te bereik en te behou met minimale, indien enige, newe-effekte. Die *Standard Treatment Guidelines and Essential Drugs List* is 'n handleiding wat aan primêresorgverpleegkundiges verskaf word waarin die behandeling van hipertensie-pasiënte ook aangedui word.

Die medikasie wat vir hipertensie-pasiënte, wat deur verpleegkundiges behandel word, aanbeveel word, verskyn in die lys hieronder en word in die volgorde aangegee soos

die verpleegkundiges dit vir pasiënte met ongekompliseerde hipertensie moet voorskryf (The Department of National Health, 1996:45). Die voorsorgmaatreë of newe-effekte word net onder die medikasie, in hakies, genoem.

- Hidrochlorothiazide
- Reserpine  
(Voorsorg: depressiewe pasiënte)
- A-blokkers, byvoorbeeld  $\beta$ atenolol  
(Teen-indikاسie: asma. Voorsorg: kroniese obstruktiwe pulmonale siektes, hartversaking, diabetes en hiperlipedimie)
- Kalsiumkanaalblokkers, byvoorbeeld nifedipine  
(Voorsorg: hartversaking, lae dosis vir die bejaarde persoon)
- ACE-remmers, byvoorbeeld enalapril  
(Teen-indikاسie: risiko tot swangerskap)
- Medikاسie vir swanger persone: methyldopa

Pasiënte met erge hipertensie (diastoliese bloeddruk  $>115$  mm Hg ) en steeds ongekontroleerde bloeddruk moet na twee maande se onsuksesvolle behandeling verkieslik na die dokter verwys word.

## **2.6 DIE ROL VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE**

Verpleegkundiges vervul 'n rol wat vele fasette en verantwoordelikhede behels en tree dikwels vir die pasiënt as die fasiliteerder van behandeling op. Die verskillende rolle wat die verpleegkundiges in die behandeling van die hipertensie-pasiënt vervul, word hieronder kortliks bespreek.

### **2.6.1 Verpleegkundiges as vertrouenspersone**

Dit is algemeen bekend dat pasiënte maklik met verpleegkundiges 'n vertrouenshouding opbou omdat die publiek die dienste wat verpleegkundiges lewer, waardevol ag. Dit is te verstane, aangesien verpleegkundiges baie sigbaar in hospitale en gemeenskappe is sy dit by die siekbed, in skole, by

werksplekke of in gemeenskapsontwikkelingsprogramme (Nurses Association of New Brunswick, 1995:5).

Hipertensie-pasiënte verkies dit dan ook om die newe-effekte van anti-hipertensiewe medikasie eerder met die verpleegkundiges te bespreek as met hul dokter (Tigar, 1995:413) en hierdie vertrouensverhouding tussen die pasiënt en die verpleegkundige dra daartoe by om verhoogde bloeddruk in die hipertensie-pasiënt beter te kontroleer deur behandeling, ná bespreking met die dokter en die pasiënt, tot voordeel van die pasiënt aan te pas (Eaton, 1996:343).

### **2.6.2 Verpleegkundiges as eerstekontakpersone**

Verpleegkundiges, as eerstekontakpersoon met die pasiënte by hospitale en klinieke, speel 'n baie belangrike rol in die behandeling van hul pasiënte. So is die verpleegkundiges byvoorbeeld in die posisie om die kennis wat pasiënte ten opsigte van die hantering van hul toestand het, te verbreed, en die tipe behandeling wat vir die pasiënt voorgeskryf word, te beïnvloed (JNC VI, 1997:2431). Verpleegkundiges kan dus 'n belangrike rol speel om dokters bewus te maak van lewenstylveranderinge en hulle te vra om, byvoorbeeld, die pasiënt vir oefenklasse te verwys.

### **2.6.3 Verpleegkundiges as tussengangers**

Dit word as 'n verpleegstrategie van die verpleegkundiges vereis om 'n tussenganger tussen die dokter en die pasiënt te wees en dit geld vir die verpleegkundige meer as enige ander gesondheidswerker (Herselman, 1994:84). Verpleegkundiges kan dus maklik die behandeling wat die pasiënt gaan ontvang, fasiliteer en daardeur die effektiwiteit van 'n voorgeskrewe regime beïnvloed.

### **2.6.4 Verpleegkundiges as opvoeders**

Verpleegkundiges by klinieke het nie altyd genoeg tyd om aan pasiënte-opvoeding te spandeer nie, aangesien daar dikwels personeeltekorte heers is en hulle met lang rye pasiënte gekonfronteer word (Stewart, Eales & Shepard, 1999:15). Nogtans kan die

verpleegkundige nie losgemaak word van hierdie verpligting nie, aangesien die behoefte aan pasiënte-opvoeding so groot is.

Hipertensie-pasiënte se kennis van hul siektetoestand is dikwels gefragmenteerd en daarom is dit vir die pasiënte moeilik om presies te weet wat die gesondheidswerker probeer bereik (Stewart *et al.*, 1999:14). Die meeste pasiënte is nie daarvan bewus dat bloeddruk gekontroleer kan word nie en dat hulle deur hul eie toedoen hul bloeddruk kan verlaag nie. Daarom is stappe nodig om die pasiënte beter in te lig omtrent hul siektetoestand, sodat hul farmakologiese behandeling kan verbeter deur die gereelde neem van hul medikasie, en hul nie-farmakologiese behandeling verbeter deur 'n verandering in hul leefstyl teweeg te bring. Pasiënte moet toegerus word om 'n meer aktiewe rol in die hantering van hul toestand te speel (Steyn, Levitt, Fourie, Rossouw, Martell & Stander, 1999:C106).

Gesondheidspersoneel wat gemoeid is met die behandeling van hipertensie-pasiënte, ag dit egter dikwels nie belangrik genoeg dat hipertensie-pasiënte moet weet dat bloeddruk gekontroleer moet word en dat hipertensie 'n kroniese siekte is nie (Stewart *et al.*, 1999:14). Alhoewel die verpleegkundiges oor die vermoë beskik om hipertensie-pasiënte omtrent hul siektetoestand in te lig, blyk dit ook dat die kennis wat hulle aan die pasiënte moet oordra, ver te kort skiet (Stewart, *et al.*, 1999:14) en die verpleegkundiges voel dikwels dat hulle nie oor genoegsame kennis of vaardigheide beskik om dit te doen nie (Kyne-Grzebalski, 1999:149). Verpleegkundiges het die behoefte aan meer opleidingskursusse uitgespreek om sodoende die nuutste inligting oor die hantering van hipertensie-pasiënte te kan bekom (Tigar, 1995:413). Kyne-Grzebalski stem hiermee saam en sy het tot die gevolgtrekking gekom dat die grootste probleem wat verpleegkundiges ondervind om opvoeding aan pasiënte te verskaf, die feit is dat "*the nurses will need: EDUCATION, EDUCATION AND MORE EDUCATION!!!*" (Kyne-Grzebalski, 1999:151).

#### **2.6.5 Verpleegkundiges as persone om volhoubaarheid van behandeling te verhoog**

Die vermoë van pasiënte om by die voorgeskrewe hipertensiebehandeling te hou is van uiterste belang en dit val binne die verpleegkundiges se vermoë en werkstrategie om

die pasiënte daarmee te help en hulle te ondersteun. Verpleegkundiges het, soos reeds gemeld, 'n integrale aandeel aan die bevordering van alle leefstylveranderinge, sowel as die aanmoediging van die pasiënte om hul medikasie gereeld te neem en kan sodoende daaraan meewerk om die voorkoming van hipertensie te bewerkstellig (JNC VI, 1997:2431).

Verpleegkundiges vervul 'n belangrike rol wanneer dit kom by die identifisering van hipertensie-pasiënte wat die neiging toon om nie hul medikasie gereeld te neem nie, of nie by die voorgeskrewe behandelingsregime hou nie (Eaton *et al.*, 1996:343). Dit is dan ook hier waar die verpleegkundiges die rol as opvoeders vervul om die pasiënte se vermoë om met die anti-hipertensiewe terapie vol te hou, te verhoog en ander tussentredes te implementeer, soos om die ondersteuning van familie en/of vriende te bekom, of die pasiënte na ander lede van die multi-dissiplinêre span te verwys.

Onvoldoende inligting aan die pasiënt is ook 'n faktor wat die volhoubaarheid van behandeling negatief beïnvloed (Clark in Eaton, 1996:343). Pasiënte toon 'n groter mate van volhoubaarheid van mediese behandeling wanneer die behandelingsplan verstaanbaar is en dit vir die pasiënt sin maak (Blake in Eaton, 1996:343). Nog belangrike faktore wat bydra tot die volhoubaarheid van 'n voorgeskrewe regime, is kontraksluiting met die pasiënt (Leslie & Schuster in Eaton, 1996:344), mondelinge sowel as skriftelike opvoeding (Collins & Agnes, 1999:335) en opvoeding wat deur geskrewe sowel as video-materiaal gedoen word (Hamilton, Roberts, Johnson, Tropp, Anthony-Odgren & Johnson, 1993:3).

Hier kan verpleegkundiges, deur voldoende inligting aan die pasiënt te verskaf, 'n groot bydrae tot die volhoubaarheid van die pasiënt se behandeling lewer.

### **2.6.6 Verpleegkundiges as leiers in verandering**

Verpleegkundiges is leiers ten opsigte van die bevordering van verandering in gemeenskappe en streef daarna om die gesondheidsdiensleweringstelsel te verbeter (Engelbrecht, 1998:194-5). Hierdie eienskap van verpleegkundiges kan dus help om die doel wat die WGO gestel het, naamlik om bestaande gesondheidspraktyke en

opleiding van gesondheidswerkers in oënskou te neem om 'n beleid van gesondheid-  
vir-almal te bereik, te verwesenlik. Groter samewerking tussen die gesondheidswerkers  
en oor multi-dissiplinêre grense heen word gepropageer.

*“... (T)he challenge facing nurses and the nursing profession is clear:  
Nurses must see themselves as initiators and leaders of change within  
the health care environment, not victims of it. Leaders in health care  
will view shared competence as a stepping stone to the development of  
strong intra and interdisciplinary partnerships in the 21st century.”*

(Nurses Association of New Brunswick, 1995:6)

Hierdie vennootskap geld ook op die gebied van leefstylveranderings van hipertensie-  
pasiënte en ook hier kan verpleegkundiges as leiers optree om verandering te bevorder.

Aangesien verpleegkundiges 'n baie belangrike rol in die behandeling van hipertensie-  
pasiënte speel, en die tipe oefening wat pasiënte moet doen so belangrik is, is dit ook  
nodig om aandag te gee aan hul kennis van en houding jeens oefening in die  
behandeling van hipertensie-pasiënte.

## **2.7 KENNIS TEN OPSIGTE VAN OEFENING**

Kennis is dit wat iemand ken of weet (Odendal, Schoonees, Swanepoel, du Toit &  
Booyesen, 1981:542) en dit word algemeen aanvaar dat hoë kwaliteit werk nie moontlik  
is sonder dat die persoon oor die nodige kennis van die onderwerp of vakgebied beskik  
nie. Net so is hoë kwaliteit verpleegsorg nie moontlik indien die verpleegpersoneel nie  
oor die nodige kennis van die onderwerp of vakgebied beskik nie. 'n Gebrek aan  
kennis kan dus personeel se houding negatief beïnvloed, terwyl voldoende kennis egter  
kan help om personeel se houding positief te beïnvloed (Du Rand & Vermaak,  
1995:26).

Dit is dus van uiterste belang dat verpleegkundiges oor die nodige kennis van oefeninge  
vir die behandeling van hipertensie-pasiënte moet beskik om hoë kwaliteit verpleegsorg  
aan hipertensie-pasiënte te kan lewer. Die literatuur dui ook daarop dat saam met die  
verwerwing van kennis en vaardighede persone se houdings en gesindhede bevestig

en/of verander mag word (cf. Metz, Stoelinga, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip & van den Brand-Valkenburg, 1994; HPCSA, 1999 en Tomorrow's Doctors, 1993).

Vrystaatse verpleegkundiges word in hul voorgraadse opleiding sowel as tydens nagraadse professionele ontwikkeling ingelig dat oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte voorgeskryf kan word. In die kurrikulums van die B.Soc.Sc. (Vepleegkunde) en die vierjaar-diploma in Verpleegkunde van die Universiteit van die Vrystaat word daar geleer dat die oefeninge 30 - 45 minute 3 keer per week gedoen moet word en dat stap, draf of fietsry ideaal daarvoor is (Van Niekerk, 2002). Geen verdere opleiding word egter gegee nie, en praktiese oefensessies word nie bygewoon of gedemonstreer nie.

## 2.8 HOUDING TEN OPSIGTE VAN OEFENING

Houding is die manier van doen of optrede van 'n persoon (Odendal *et al.*, 1981:415) en daar is aanvanklik aanvaar dat persone se houdings hulle gedrag bepaal (Sears, Peplau & Taylor [1991] in Tempelhoff, 1996:91). Navorsing dui egter daarop dat houdings nie noodwendig gedrag bepaal nie (Morton & McManus [1986] in Tempelhoff, 1996:91). Die invloed van houdings op gedrag het dus een van die belangrikste kontroversies in navorsing geword. Huidige navorsing sentreer rondom faktore wat 'n rol speel in die graad van konsekwentheid tussen houdings en gedrag en die betrokke faktore is die volgende (Tempelhoff, 1996:91):

- Die sterkte van 'n persoon se houding
- Stabiliteit van 'n persoon
- Situasionele druk
- Relevansie van 'n houding op gedrag
- Opvallendheid van houdings.

Houdings bepaal gedrag dus in 'n groter mate indien houdings sterk, stabiel, opvallend en relevant is en wanneer daar min of geen eksterne druk is nie (Sears *et al.*, [1991] in Tempelhoff, 1996:91).

Die begrip **houding** behels dus 'n wye veld, maar vir die doel van hierdie studie kan die volgende operasionele definisie aanvaar word, naamlik *houding is 'n persoon se gesindheid of opinie teenoor 'n saak, persoon of groep en dui op die persoon se voorkeur of afkeur teenoor die bepaalde saak, persoon of groep* (Du Rand & Vermaak, 1995:26). Alhoewel daar baie studies uitgevoer is om die kennis, houding, gedrag en praktyk van verpleegkundiges op ander terreine te bepaal, kon geen studie gevind word waar die houding van verpleegkundiges ten opsigte van die gebruik van oefening in die behandeling van hipertensie bepaal is nie. Dit blyk dus 'n area te wees wat nog nie ontgin is nie.

Indien persone, en by name verpleegkundiges, oor genoegsame kennis beskik, maar nie 'n positiewe houding openbaar nie, gaan kennis nie ten volle aangewend word nie. 'n Negatiewe houding kan die ingesteldheid van 'n persoon ook passief beïnvloed.

## 2.9 OPSOMMING EN SAMEVATTING

Hipertensie is 'n siektetoestand wat, indien dit onbehandel bly, ernstige gevolge soos beroerte, hartversaking, iskemiese hartvatsiektes en eindorgaanskade aan niere en oë tot gevolg het.

Leefstylveranderinge, soos ook hoër vlakke van fisieke aktiwiteit, vorm deel van die voorkoming en behandeling van hipertensie en dit is noodsaaklik dat 'n effektiewe oefenprogram beskikbaar sal wees om die negatiewe uitwerking van hipertensie op die pasiënt teen te werk. Aandag moet aan die volhoubaarheid van so 'n program geskenk word om die pasiënt tot 'n lewenslange verbintenis aan te moedig.

'n Klemverskuiwing van kuratiewe tot voorkomende behandeling vir hipertensie-pasiënte is lank reeds in werking en alle gesondheidsorgberoepe word toenemend hierby betrek. Opvoeding van die pasiënt is hier noodsaaklik en die verpleegkundiges, as eerstekontakpersoon met die pasiënt, vervul hier 'n belangrike rol. Die verpleegkundige is, vanuit haar beroep, baie sigbaar en plaas 'n hoër prioriteit op die versorging van die pasiënt se fisiese en psigiese welsyn. Verpleegkundiges word ook toenemend

as opvoeders opgelei om die pasiënte beter in te lig aangaande die behandeling wat hulle moet volg.

Verpleegkundiges beskou hulself as leiers ten opsigte van die bevordering van verandering en hulle is dus die ideale persone om 'n beduidende invloed op die gedrag van die hipertensie-pasiënte uit te oefen. Hulle kan pasiënte motiveer om self verantwoordelikheid vir hul siektetoestand te aanvaar en toepaslike leefstylverandering te maak.

Hoë kwaliteit dienslewering is nie moontlik indien 'n persoon nie oor die nodige kennis van 'n onderwerp beskik nie. So ook beïnvloed 'n persoon se houding teenoor 'n saak sy/haar gedrag. Daarom is dit nodig om verpleegkundiges se kennis van en houding jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie te bepaal met die idee om hulle toenemend as vennote by die behandeling van hipertensie-pasiënte te betrek, ook deur middel van die beklemtoning van oefening as deel van die behandeling van hipertensie.

'n Volledige beskrywing van die navorsingsverloop van hierdie studie word in die volgende hoofstuk gegee.

# HOOFSTUK 3

## *Navorsingsontwerp*

---

---

### 3.1 INLEIDING

Meer as een navorsingsmetode was nodig om die kennis en houding van verpleegkundiges te bepaal en daar is van kwantitatiewe sowel as kwalitatiewe metodes gebruik gemaak. Die navorsingsverloop het in drie fases plaasgevind. Tydens Fase I is die **kennis** van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte deur middel van 'n vraelys bepaal. Tydens Fase II is die **houding** van verpleegkundiges jeens oefening deur middel van fokusgroeponderhoude vasgestel en in Fase III word die riglyne vir 'n **opleidingsprogram** vir verpleegkundiges uiteengesit.

### 3.2 NAVORSINGSMETODES EN ONTWERP

Die navorsingsontwerp is dié van 'n beskrywende studie aangesien dit gebruik word om die omvang van 'n probleem, byvoorbeeld die prevalensie van hipertensie in 'n sekere area onder 'n spesifieke populasie, te bepaal (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:66). Beskrywende studies word ook gebruik wanneer daar met ontwikkelende gemeenskappe gewerk word en die deelname van die respondente tydens die evaluering verlang word (Mouton, 2001:162). In hierdie studie (ETOVS nommer 167/01) is van 'n gestruktureerde vraelys sowel as fokusgroeponderhoude as navorsingstegnieke gebruik gemaak om data te bekom en word 'n volledige en akkurate beskrywing van die verpleegkundiges by klinieke se kennis van en houding jeens oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte gegee.

### 3.3 NAVORSINGSVERLOOP

'n Skematiese voorstelling van die navorsingsverloop word hieronder in tabel 3.1 aangedui. In die res van hierdie hoofstuk word Fase I en Fase II van die navorsingsverloop volledig bespreek terwyl Fase III in hoofstuk 5 aandag sal geniet.

Tabel 3.1 Voorstelling van die navorsingsverloop

<b>FASE I</b>	<b>VRAELYS</b>
	<i>Stap 1</i> Literatuuranalise
	<i>Stap 2</i> Ontwikkeling van vraelys
	<i>Stap 3</i> Data-versameling
	<i>Stap 4</i> Dataverwerking
<b>FASE II</b>	<b>DIE FOKUSGROEP</b>
	<i>Stap 1</i> Fokusgroeponderhoude
	<i>Stap 2</i> Transkribering
	<i>Stap 3</i> Data-analisering
<b>FASE III</b>	<i>Stap 1</i> Riglyne vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram

#### FASE I

### 3.4 DIE VRAELYS

#### 3.4.1 *Stap 1* Literatuuranalise

'n Deeglike en verspreide literatuuranalise is gedoen ten einde 'n vraelys saam te stel wat die nodige inligting rakende die kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening en die belang daarvan vir die behandeling van hipertensie te bekom.

#### 3.4.2 *Stap 2* Ontwikkeling van die vraelys

Algemene riglyne soos deur Burns en Grove voorgestel (2001: 426-430), is vir die samestelling van die vraelys gebruik:

- Inligting wat nodig sou word, is uit die literatuur geïdentifiseer.
- Moeite is gedoen om die vrae versigtig saam te stel en dit duidelik te stel. Dubbelsinnige en vae vraagstelling is vermy en aandag is gegee om leidende vrae uit te skakel.

- Geslote en oop vrae is gevra met die oog op die inligting wat verlang is.
- Die volgorde van die vrae is deeglik beplan en vrae wat op dieselfde onderwerp betrekking het, is saam gegroepeer.
- Daar is van algemene vrae na spesifieke vrae geprograsseer.
- Vrae wat bedreigend mag wees, het laaste op die vraelys verskyn.
- Alles moontlik is gedoen om die vraelys só op te stel dat die respondente dit maklik kon verstaan, vinnig kon invul en bereidwillig sou bly om die vraelys tot aan die einde in te vul.

Die vraelys is so opgestel dat al die aspekte waarvoor inligting bekom moes word, gedek is (Sien vraelyste, Bylaes C en D).

- Demografiese inligting ten opsigte van die respondente is met vrae 1-4 ingesamel. Die geslag van die respondente is bepaal, asook hul hoogste kwalifikasies. Inligting oor die aantal jare ondervinding, asook die klinieke waar verpleegkundiges werksaam is, is ingewin.
- Vrae 5 - 7 handel oor watter afdelings die respondente tans in die klinieke behartig en hoeveel hipertensie-pasiënte hulle gemiddeld per week sien.
- Die kennis van die behandelingsmetodes vir hipertensie, asook die kontrole wat verpleegkundiges uitgeoefen oor die behandelingsregime wat voorgeskryf is, is deur vrae 8 - 10 bepaal.
- Vrae 11 - 13 handel oor leefstylverandering en oefening. Respondente moes aandui hoe gereeld hulle leefstylverandering onder hul pasiënte se aandag bring en of hulle daarvan bewus is dat oefening as 'n deel van die behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte gebruik kan word.
- Vrae 14 - 16 handel oor die voorligting wat die respondente vir hipertensie-pasiënte in verband met oefening gee.

- Kennis oor die tipe oefeninge, die duur en frekwensie van die oefensessie en die voorsorgmaatreëls daaraan verbonde is deur middel van oop vrae, vrae 18 – 20, getoets.
- Vraag 21 toets die kennis van die respondente ten opsigte van wat hulle as hipertensie in die verskillende ouderdomsgroepe beskou.

Die vraelys is verder aan domeinkundiges wat in die Fakulteit van Gesondheidswetenskappe werksaam is, asook dosente aan die Departement Fisioterapie, vir goedkeuring voorgelê en geen veranderinge is aan die vraelys aangebring nie.

#### **3.4.2.1 Steekproefseleksie**

Die populasie vir die vraelys is saamgestel uit al die verpleegk personeel werksaam by Bloemfonteinse klinieke. Daar is tans 67 verpleegkundiges werksaam by 23 klinieke. Al die verpleegkundiges is vir deelname aan die studie genader. Die respondente kon 'n keuse uitoefen of hulle die vraelys wou voltooi al dan nie en 'n toestemmingsbrief tot deelname aan die invul van die vraelys is voltooi in die taal van hul persoonlike keuse (Sien Bylaes A en B).

#### **3.4.2.2 Loodsstudie**

'n Loodsstudie waaraan ses persone deelgeneem het ('n voldoende getal om die sukses van die vraelys te bepaal), is uitgevoer om die duidelikheid van die vrae, die effektiwiteit van die opdragte, die volledigheid van die antwoorde van die respondente en die sukses van die vraelys te bepaal (vgl. Burns & Grove 2001:430).

Om siggeldigheid te verseker is wit sowel as swart verpleegkundiges, wat voorheen by klinieke in Bloemfontein werksaam was, in die loodsstudie gebruik. Vier van die verpleegkundiges wat by 'n buit pasiënte-kliniek van 'n plaaslike hospitaal werk, het die vraelys ingevul en terugvoering met betrekking tot die verstaanbaarheid en moeilikheidsgraad van die vraelys gegee.

### 3.4.2.3 Geldigheid

Die geldigheid van 'n instrument word bepaal deur die mate waartoe die instrument dit meet wat dit veronderstel is om te meet (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:90; Burns & Grove, 2001:399). Geldigheid is, net soos betroubaarheid, nie 'n alles-of-niks verskynsel nie, maar eerder 'n kwessie van grade van geldigheid. Geen instrument is dus volkome geldig nie, maar moet daar gepoog word om die graad van geldigheid so hoog as moontlik te maak (Burns & Grove, 2001:399).

Die navorser het die geldigheid van die vraelys getoets en verhoog deur

- suiweringsgesprekke te voer met die mede-studieleier, fisioterapeutiese akademici, biostatistici en kundiges op die gebied van samestelling van vraelyste;
- 'n loodsstudie wat uit ses persone bestaan het, uit te voer;
- konsekwent te wees met die prosedure van die uitdeel en invul van die vraelyste (vgl. Burns & Grove, 2001:430) deur genoeg tyd vir die voltooiing die vraelys te gee en beskikbaar te wees indien daar enige onduidelikheid sou wees, asook
- die vraelys so eenvoudig moontlik te hou (vgl. Polit & Hungler 1999:426).

### 3.4.2.4 Betroubaarheid

Die betroubaarheid van 'n meetinstrument is die mate waartoe die instrument konsekwent meet wat dit veronderstel is om te meet (Burns & Grove, 2001:395) en verwys na die graad van ooreenkoms van inligting bekom wanneer meting herhaal word (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:90).

Ter wille van die betroubaarheid van die vraelys is dit in Afrikaans, die taal van keuse van die navorser, opgestel en daarna deur 'n professionele taalkundige in Engels vertaal, en is die algemene riglyne soos vroeër uiteengesit, in die vraestel ingebou.

### 3.4.3 Stap 3 Data-versameling

Konsekwentheid in die data-versameling is behou (vgl. Burns & Grove, 2001:470) deurdat daar genoeg tyd aan al die respondente gegee is om die vraelyste te voltooi en

Konsekwentheid in die data-versameling is behou (vgl. Burns & Grove, 2001:470) deurdat daar genoeg tyd aan al die respondente gegee is om die vraelyste te voltooi en deurentyd beskikbaar te wees, sou daar enige vrae of onduidelikheid wees. Die navorser het van 'n fasiliteerder gebruik gemaak om te help met die invordering van die data vir die navorsingstudie. Dieselfde fasiliteerder wat behulpsaam was tydens die invul van die vraelyste het ook as fasiliteerder van die fokusgroeponderhoude opgetree.

Die navorser het ook die verantwoordelikheid om die konfidensialiteit van die versamelde data te verseker, in ag geneem (vgl. Burns & Grove, 2001:201), deurdat sy geen name aan die vraelyste kon koppel nie en die inligting wat uit die vraelyste verkry is, vertroulik hanteer het.

Die vraelyste is ingevul tydens 'n geleentheid waar die verpleegkundiges vir indiensopleiding byeen was. Al die respondente het in dieselfde lokaal vergader. Die fasiliteerder het haarself en die navorser voorgestel en die doel van die navorsing en die vraelys verduidelik. Sy het dit genoem dat die invul van die vraelys vrywillig is, dat die vraelyste anoniem ingevul kon word en dat die vraelys sowel as die toestemmingsbrief in die taal van persoonlike keuse ingevul kon word. Die fasiliteerder het die respondente versoek om geen bespreking oor die vraelyste en navorsing te voer nie, aangesien dit die uitslag van die fokusgroeponderhoude, wat nog gevoer moes word, kon beïnvloed. Hierna is die vraelyste voltooi en dadelik ingeneem.

#### **3.4.4 *Stap 4* Data-analisering**

Die data-analisering is deur die Departement Biostatistiek, Universiteit van die Vrystaat gedoen. Beskrywende statistiek met die hulp van frekwensies en persentasies is gedoen en word in hoofstuk 4 volledig bespreek.

## FASE II

### 3.5 DIE FOKUSGROEPPERHOUD

#### 3.5.1 *Stap 1* Fokusgroepperhoude

Fokusgroepperhoude het volgens verskeie outeurs (Goldman & McDonald [1987]; Morgan [1988] in Bloch 1992:340) hul oorsprong in die tegniek wat Merton en Kendall in hul studie gedurende die Tweede Wêreldoorlog in 1946 gebruik om inligting te bekom. Hulle het van die beginsel in onderhoudvoering gebruik gemaak om te fokus op 'n gegewe stimulusituasie (Bloch 1992:340; Kidd & Parshall 2000:293). Fokusgroepperhoude is ontwerp om die deelnemer se persepsie in 'n gefokusde area te verkry, maar dit moet in 'n opset wat toegieflik en nie-bedreigend is nie, plaasvind (Burns & Grove 2001:425).

Fokusgroepperhoude word vir verskillende doeleindes gebruik, soos byvoorbeeld in sosiale kommunikasie, vir bemarkingsdoeleindes en die versameling van kwalitatiewe data in sosiale wetenskappe (Maynard-Tucker, 2000:397). Kwantitatiewe navorsing is aanvanklik gebruik om verpleegkundiges se kennis wat op ervaring gegrond is, te bekom en eers in die laat 1970's het 'n groep verpleegkundiges kwalitatiewe navorsing begin doen om 'n holistiese begrip van verpleegkundige verskynsels te ontwikkel (Burns & Grove 2001:19). Katzenellenbogen, Joubert en Abdool Karim (1999:176) stem hier saam en stel dit dat "*Qualitative methods allow researchers to understand how the subject of research perceive their situation and their role within (a) context.*"

Die belangrikste gebruik van fokusgroepperhoude is om die interaksie van die groep te gebruik om data en insig te verkry wat andersins minder toeganklik sou wees (Morgan in Bloch 1992:340). Die doel van die fokusgroepperhoud wat gehou is, was dan ook sodat die navorser insig kon verkry in die houding, persepsies en opinies van die verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n bykomende behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte (Burns & Grove 2001:425; Katzenellenbogen *et al.*, 1999:177). Een van die aannames onderliggend aan die gebruik van fokusgroepperhoude is dat groepsdinamika persone kan help om hul

menings te verwoord en duidelikheid daaroor te kry onder leiding van 'n fasiliteerder (Burns & Grove 2001:425). Hierdie aspek het duidelik tydens die fokusgroeponderhoude na vore gekom en deelnemers, wat aanvanklik huiwerig en onseker was ten opsigte van hul eie menings, het later in die fokusgroeponderhoud dit duidelik verwoord.

Agar en MacDonald (1995) in Kidd en Parshall (2000:293) beskryf fokusgroeponderhoude as “*somewhere between a meeting and a conversation*”, en noem dit dat hulle herhaaldelik bevind het dat individue in groepe nie dieselfde praat of vrae beantwoord as in ander omgewings nie. Deelnemers aan die fokusgroeponderhoude het die vrymoedigheid gebruik om hul menings vryelik te lug en die navorser is dit dus eens met Kritzinger (1995) in Burns en Grove (2001:425) dat daar in fokusgroeponderhoude, soos in die geval van alledaagse kommunikasie, meer te wete gekom word van wat persone weet of ondervind. Kritzinger (in Burns & Grove 2001:425) voel dat:

*“Everyday forms of communication may tell us as much, if not more, about what people know or experience. In this sense focus groups reach the parts that other methods cannot reach, revealing dimensions of understanding that often remain untapped by more conventional data collection techniques.”*

'n Fokusgroep is 'n onderhoud waar 'n groep van 6–10 deelnemers, wat bekend of onbekend met mekaar mag wees, byeengebring word om 'n onderwerp van gedeelde belang te bespreek (Burns & Grove, 2001:425). Die navorser het van groepe van ses deelnemers gebruik gemaak aangesien 'n groter groep nie so effektief gehanteer kan word nie en probleme in kleiner groepe mag ontstaan wanneer die onderhoud nie wil vlot nie (Maynard-Tucker, 2000:400). Hierdie relatiewe homogene groep verpleegkundiges het onder leiding van die opgeleide fasiliteerder vir 'n sessie van tussen een en twee ure vergader (Burns & Grove, 2001:425). Maynard-Tucker (2000:400) voel, saam met Burns en Grove (2001:425), dat 'n bespreking vir 'n maksimum van 90–120 minute moet duur aangesien langer sessies moeilik hanteerbaar raak omdat die deelnemers verveeld raak, en hul konsentrasie verloor. Besprekings raak dan net 'n herhaling van antwoorde wat reeds gegee is. Die fokusgroeponderhoude

wat met die verpleegkundiges gehou is, het ongeveer een en 'n halwe uur elk geduur en genoemde probleme is dus nie ondervind nie.

'n Fokusgroeponderhoud is as een van die tegnieke van data-insameling gebruik aangesien dit die volgende **voordele** vir die navorsing ingehou het:

- 'n Groep gee 'n gevoel van “veiligheid in getalle” aan deelnemers wat angstig is of onveilig met navorsers voel (Burns & Grove 2001:425).
- Relatief min tyd word tydens die onderhoude in beslag geneem en indien nodig kan 'n verskeidenheid van opinies in een dag van verskillende persone verkry word (Bloch 1992:344).
- Die koste verbonde aan die fokusgroeponderhoude is min (Bloch 1992:344).
- Respondente kan menings lug in 'n gemaklike en ontvanklike atmosfeer (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178).
- Die navorser is in 'n interaktiewe proses aan die deelnemers se gedagtes blootgestel (Bloch 1992:344).
- Hierdie interaktiewe proses mag kennis en onuitgesproke opinies na vore bring wat die deelnemers andersins nie sou openbaar nie (Bloch 1992:345; Katzenellenbogen *et al.*, 1997:178).
- Dit mag die groepsdeelnemers die kans gee om hul eie houding en opvattinge omtrent 'n saak uit te klaar en dit mag 'n dieper en breedvoeriger begrip van die onderwerp wat bestudeer word, verskaf (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178).

'n Fokusgroeponderhoud hou egter die volgende potensiële **nadele** in:

- Van die grootste beperkinge in fokusgroeponderhoud kan die swak vaardighede van die fasiliteerder wees (Maynard-Tucker 2000:397).

- Die navorser mag notas onvolledig afneem en beduidende nie-verbale interaksies mis of verkeerd interpreteer (Maynard-Tucker 2000:397).
- Die transkripsies mag onakkuraat wees (Maynard-Tucker 2000:397).
- Die transkripsies is tydrowend en kan baie vervelig en vermoeiend wees (Maynard-Tucker 2000:397).
- Deelnemers is nie altyd gemaklik om in groepe te praat nie (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178).
- Deelnemers mag as gevolg van groepsdruk nie eerlik wees omtrent hulle opinie nie (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178).
- Die betrokkenheid van of bekendheid met die navorser mag daartoe aanleiding gee dat deelnemers slegs sê wat hulle dink die navorser graag sou wou hoor (Roets 1996:31).
- Die onderhoud mag vir baie van die deelnemers in 'n vreemde omgewing plaasvind.

In hierdie navorsing is die volgende maatreëls getref om die nadele verbonde aan 'n fokusgroeponderhoud te oorbrug:

- Die fasiliteerder was uiters bevoeg en bedrewe in haar taak (vergelyk die eienskappe van die fasiliteerder op p. 53-4).
- Die navorser het haar voor die studie deeglik vergewis van die metodes om notas af te neem en was bedag daarop om die nie-verbale reaksies van die deelnemers dop te hou en die algemene gevoel van die fokusgroeplede waar te neem;
- Die oudio-kassette is woord vir woord getranskribeer en 'n kollega wat onbetrokke by die studie was, het na die kassette geluister en die transkribering gekontroleer.

Die fasiliteerder self het ook die transkripsies deurgegaan om te sien of daar by die trant van die gesprekke gehou is.

- Om te verseker dat al die deelnemers aktief deelneem, het die fasiliteerder die riglyne vir goeie onderhoudvoering gevolg, al die deelnemers is toegelaat om vryelik deel te neem, sommige is aangemoedig en die nodige vrae is gevra om die bykomende inligting van belang te verkry (vgl. Katzenellenbogen *et al.*, 1997:178).
- Die navorser was aan sommige deelnemers bekend in die hoedanigheid dat sy betrokke is by die opleiding van fisioterapiestudente by sekere van die klinieke en sy het met sommige verpleegkundiges geskakel. Die probleem is egter oorkom deurdat die navorser nie direk by die onderhoude betrokke was nie en bloot as waarnemer opgetree het.
- Die lokaal waar die fokusgroeponderhoude plaasgevind het, was 'n nie-bedreigende omgewing, aangesien dit aan al die deelnemers bekend was en hulle gereeld vir vergaderings en opleiding daar bymekaar kom. Die area was privaat, het lig, rustig en gesellig vertoon (vgl. Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178).

### 3.5.1.1 Geloofwaardigheid

Kwalitatiewe navorsing word beskryf as 'n sistematiese, subjektiewe benadering wat gebruik word om lewensondervinding te beskryf en mening daaraan te gee en is 'n manier om insig te verkry deur die ontdekking van menings (Burns & Grove 2001:61) en kwalitatiewe navorsers, net soos kwantitatiewe navorsers, is gretig dat hul bevindinge die ware staat van menslike ervaring moet weerspieël. Die sentrale vraag wat die konsepte van geloofwaardigheid en betroubaarheid onderlê, is of die versamelde data die waarheid weerspieël (Polit & Hungler 1999:426).

Geloofwaardigheid is 'n komplekse idee wat belangrik is vir die navorser, asook die persone wat die studieverlag lees en dit oorweeg om die bevindinge in hul praktyk te gebruik. In kritiese analise van enige navorsing is dit nodig om die bedreiging van die geloofwaardigheid van die studie raak te sien en te kan beoordeel hoe ernstig hierdie

bedreiging die integriteit van die studie beïnvloed (Burns & Grove 2001:226). Aangesien kwalitatiewe navorsers geneig is om alleen te werk, kan hul bevooroordeeldheid byvoorbeeld maklik onopgemerk verbygaan en moet die navorser op die uitkyk wees dat dit nie die geval is nie (Burns & Grove 2001:406). Daarom is 'n fasiliteerder, as onbetrokke persoon, by die fokusgroeponderhoude gebruik en het sy ook die transkripsies van die fokusgroeponderhoude deurgelees om te verseker dat dit 'n ware weergawe is van wat tydens die onderhoude gesê is. 'n Onbetrokke kollega van die navorser het ook die transkripsies met die bandopnames vergelyk en dit woord vir woord gekontroleer.

Katzenellenbogen *et al.*, 1999:126 beskryf vooroordeel of eensydigheid as “*a deviation from that which is correct and true*” en voel dat geloofwaardigheid die afwesigheid van beduidende sydigheid is. Hulle noem dit dat 'n geringe mate van sydigheid soms onvermydelik is, maar dat elke moontlike poging aangewend moet word om dit te vermy of te verminder. Om dit te verseker, het die navorser die transkripsies oor en oor deurgelees om tot 'n ware gevolgtrekking van wat werklik gesê is, te kom.

Die volgende aspekte is gedurende die navorsingstudie in gedagte gehou om die geloofwaardigheid van die navorsing te behou en te verhoog:

- Die studie moet **verteenwoordigend** van die populasie wees (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:127). In hierdie studie is die hele populasie van verpleegkundiges by klinieke gebruik aangesien dit 'n relatiewe klein groep was.
- **Seleksie.** Verteenwoordigende groepe van die populasie moet gekies word (Katzenellenbogen *et al.*, 1999:127). In hierdie navorsing is die groepe deur die Departement Biostatistiek ewekansig gekies en die navorser het geen inspraak in die proses gehad nie.
- Om **triangulasie** te verkry, moet die kwalitatiewe navorser bevindinge van verskillende bronne vergelyk om betroubaarheid te bepaal (Polit & Hungler 1999: 428). Burns en Grove (2001:29) sien triangulasie as die gebruik van verskeie tegnieke om dieselfde probleem na te vors. Dit bestaan gewoonlik uit



1172 82858

kwantitatiewe sowel as kwalitatiewe navorsing. In hierdie navorsingstudie is data van meer as een bron verkry en is daar van vraelyste sowel as fokusgroeponderhoude vir data-versameling gebruik gemaak.

- Die groot hoeveelhede data wat van kwalitatiewe navorsing verkry word, moet gereduseer word om sinvolle bevindings te beskryf. Die navorser moet die **kwaliteit van die gereduseerde data hersien** om te sien of die gevolgtrekkings wat daaruit gemaak is, geloofwaardig is (Burns & Grove 2001:407). In hierdie studie is die data wat van die fokusgroeponderhoud gekry is, hersien en die gevolgtrekkings weer nagegaan.
- **Herhaling van die bevindinge** vanuit verskillende bronne verhoog die betroubaarheid van 'n navorsingstudie (Burns & Grove 2001:407). In hierdie studie het die bevindinge ten opsigte van die kennis van verpleegkundiges wat uit die vraelyste verkry is, gekorrespondeer met dit wat uit die fokusgroeponderhoude geblyk het. Alhoewel die fokusgroeponderhoude nie primêr gebruik is om die kennis van verpleegkundiges te toets nie, het dit tog in die onderhoude ter sprake gekom. Die geloofwaardigheid van die studie is hierdeur verhoog.
- Nog 'n aspek van die geloofwaardigheid van 'n studie, is die **geloofwaardigheid van die navorser** self, aangesien die navorser die dataversameling en die data-ontleding self doen (Patton 1990 in Polit & Hungler 1999:429). In hierdie geval het die navorser haarself deeglik vergewis van die metodes van data-insameling en -ontleding. Die data-insameling het op 'n konsekwente manier geskied en die ontleding is met eerlikheid benader. Tydens insameling van data is van 'n fasiliteerder gebruik gemaak en die data-ontleding is deur die studieleier gekontroleer.
- **Veroudering en maturasie.** Dit vind plaas wanneer navorsing oor 'n baie lang tyd plaasvind en sekere veranderinge die navorsing nadeling beïnvloed (Roets 1996:44). Aangesien die uitvoering van hierdie studie binne 'n tydperk van maande afgehandel is, was dit nie 'n faktor wat die navorsing beïnvloed het nie.

- **Waarnemerseffekte.** Dit is moontlik dat die groepslede afhanklik van die navorser kan raak, of dat hul leuens kan vertel of relevante inligting kan weerhou (Roets, 1996:44). In hierdie studie was dit nie 'n faktor nie, aangesien die navorser nie self die fasiliteerder was nie en die respondente net een keer aan 'n fokusgroeponderhoud deelgeneem het.

### 3.5.1.2 Betroubaarheid

Betroubaarheid verwys na die graad van ooreenkoms wat verkry word wanneer 'n meting op dieselfde objek of groep herhaal word (Katzellenbogen *et al.*, 1999:90). Burns en Grove (2001:408) en Polit en Hungler (1999:433) stem saam dat betroubaarheid in meting te doen het met hoe konsekwent of akkurraat die metingstegniek die konsep van belang meet.

Soos reeds genoem, is kwalitatiewe navorsing 'n sistematiese, subjektiewe benadering en het die navorser die betroubaarheid van die fokusgroeponderhoude verhoog deur te hou by 'n konsekwente manier van onderhoudvoering. Al drie fokusgroeponderhoude is in dieselfde lokaal gehou, dieselfde fasiliteerder is gebruik, dieselfde prosedure is voor die onderhoude gevolg om inligting deur te gee en die fasiliteerder het by dieselfde aspekte gehou wat goeie onderhoudsvoering verseker het. (Volledige bespreking op pp. 55-62.)

### 3.5.1.3 Die fasiliteerder

Volgens Maynard-Tucker (2000:399) moet 'n fasiliteerder 'n charismatiese, vriendelike persoonlikheid hê en behoort nie skugter, outoritêr of veroordelend te wees nie. Sy verkies persone wat duidelik kommunikeer, 'n goeie houding openbaar, wat nie probeer om ander te oorheers nie, wat geduldig wag vir antwoorde en wat die gesprek kan laat herleef indien dit tot 'n stilstand sou kom. Burns en Grove (2001:425) noem dit dat die keuse van 'n effektiewe fasiliteerder net so krities is as wat die keuse van die fokusgroepe deelnemers is. Hulle noem dit ook dat 'n goeie fasiliteerder deelnemers sal aanmoedig om interaktief op te tree, idees sal formuleer en kognitiewe bydraes sal ontlok wat nog nie voorheen genoem is nie. Die ideaal is ook om 'n fasiliteerder te

gebruik wat dieselfde karaktertrekke as die deelnemers openbaar. Navorsers soos Kritzinger (1995), Morgan (1995) asook Morrison en Peoples (1999) voel dat uitermatig dominante of passiewe fasiliteerder tot probleme sal lei (in Burns & Grove 2001:426).

Die fasiliteerder wat die navorser gebruik het, het aan al die bogenoemde eienskappe voldoen en is op grond van die volgende bykomende vaardighede gekies:

- Sy is 'n junior lektor in Psigiatrisie Verpleegkunde wat oor 'n B.Soc.Sc.(Hon.) (Psigiatrisie Verpleegkunde) beskik;
- sy is bedrewe met groepsleiding vanweë haar opleiding, asook haar betrokkenheid by voor- en nagraadse studente van die Universiteit van die Vrystaat, en
- sy het jare ondervinding van groepsterapie en die hantering van groepe.

#### **3.5.1.4 Eenhede van analise**

Vir die doel van hierdie studie is daar besluit op ses tot agt deelnemers per fokusgroep. Al 23 klinieke in Bloemfontein is eers deur middel van 'n eenvoudige ewekansige steekproeftrekking met behulp van tabelle in drie groepe verdeel. Die verpleegpersoneel van die klinieke is op dieselfde wyse ewekansig geselekteer en wel op so 'n wyse dat die eerste drie groepe van sewe of agt persone al die klinieke in Bloemfontein verteenwoordig. Daar is op die beginsel van saturasie gewerk en die hoeveelheid fokusgroepe sou dus van saturasie afhang.

Nadat die name van die deelnemers aan Fokusgroeponderhoud I bekend was, is soos volg te werk gegaan om hulle tot deelname te nader (dieselfde proses is ook vir die ander fokusgroeponderhoud gevolg):

- 1 Die deelnemers se name is aan die Senior Verpleegkundige: Opleiding Mangaung-munisipaliteit gegee.
- 2 Die datums en tyd van die fokusgroeponderhoude is in oorleg met haar bepaal.

- 3 Sy het met die hoofde van die klinieke in verbinding getree en deur middel van faksimileë die name sowel as die volgende inligting rakende die fokusgroeponderhoud aan hulle deurgegee:
  - Die doel van die navorsing;
  - die doel en duur van die fokusgroeponderhoude;
  - die rol van elke deelnemer, en
  - die keuse van vrywillige deelname.
- 4 Die dag voordat die fokusgroeponderhoud sou plaasvind, is die aantal deelnemers gekontroleer. Indien 'n deelnemer afwesig sou wees, is die volgende geselekteerde deelnemer se naam deurgegee en genader om aan die fokusgroeponderhoud deel te neem.
- 5 Skriftelike toestemming tot deelname aan die fokusgroeponderhoud is voor die aanvang van die onderhoud verkry.

### **3.5.1.5 Verloop van die fokusgroeponderhoude**

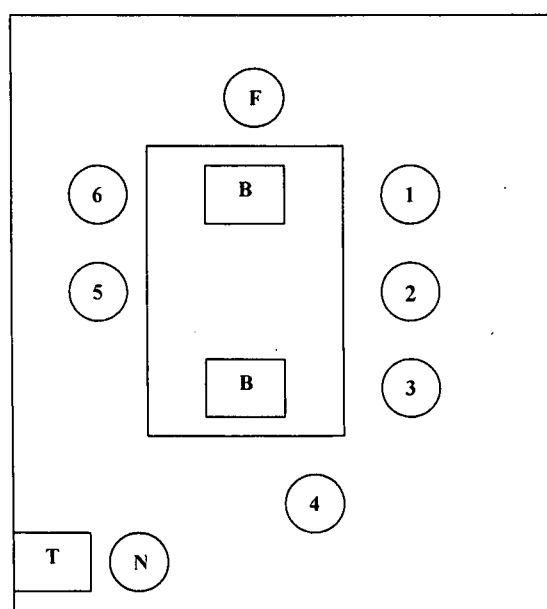
#### ***FOKUSGROEPONDERHOUD 1***

Die fokusgroeponderhoud is op 'n Vrydagmiddag om 13:30 gehou. Met die aankoms van die fokusgroeponderdeelnemers het die fasiliteerder en navorser informeel met hulle verkeer terwyl vrugtesap en 'n soutigheid bedien is. Die doel van die sosiale verkeer was om die deelnemers op hul gemak te stel en groepslede die geleentheid te gee om informeel met mekaar te verkeer.

Van die agt geselekteerde deelnemers het net ses opgedaag. Daar is verskoning vir die afwesiges gemaak en dit is genoem dat hulle siek was. Die fasiliteerder het gekontroleer watter kliniek(e) nie verteenwoordig was en watter deelnemers nie opgedaag het nie. Dit is aangeteken en die volgende deelnemers op die ewekansigelys

Die ses deelnemers het saam met die fasiliteerder om die tafel plaasgeneem terwyl die navorser buite die kring by 'n klein tafeltjie plaasgeneem het om nie deel van die besprekings te wees nie (vgl. Katzenellenbogen *et al.*, 1999:178). Vanuit hierdie posisie kon die navorser al die deelnemers sien en kon sy veldnotas maak sonder om die deelnemers te steur. Die bandmasjiene is op die twee ente van die tafel geplaas om die kwaliteit van die opnames te verseker. Figuur 3.2 toon aan hoe die lokaal, asook die plasing van die deelnemers, daaruit gesien het.

**Figuur 3.1 Die fokusgroeppopset**



- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1 = Deelnemer 1 | F = Fasiliteerder |
| 2 = Deelnemer 2 | B = Bandopnemer   |
| 3 = Deelnemer 3 | T = Tafeltjie     |
| 4 = Deelnemer 4 | N = Navorsers     |
| 5 = Deelnemer 5 |                   |
| 6 = Deelnemer 6 |                   |

Hierna het die fasiliteerder die sessie begin deur al die deelnemers welkom te heet en hulle te bedank dat hulle gekom het. Sy het aan die deelnemers verduidelik wat die doel van die studie is en die noodsaaklikheid van hul deelname aan die onderhoud beklemtoon. Die deelnemers is daarop gewys dat daar geen regte of verkeerde antwoorde is nie en dat hulle dus hul mening vryelik mag lug. Die deelnemers is

daarop gewys dat anonimiteit nie moontlik is nie, maar dat die inligting wel konfidensieel gehou sou word en dat hul name nie in die navorsing genoem sou word nie. Hierna het sy hulle uitgenooi om hul name op kaarte te skryf en voor hulle te plaas, soos sy met hare gedoen het.

Die fasiliteerder het hulle ook ingelig omtrent die rol van die navorser wat veldnotas neem en die gesprek op band opneem. Die bandopnames sou eers gekontroleer word, data-analise sou daarna gedoen word en daarna sou die bandopnames vernietig word. Sy het hulle gevra of daar enige vrae was. Toestemmingsbriewe vir deelname aan die fokusgroeponderhoude is uitgedeel en vrywillig deur al die deelnemers voltooi. Die deelnemers is gevra om hul selfone vir die duur van die onderhoud af te skakel.

Die vraag wat die groep moes bespreek, is op skrif in beide Afrikaans en Engels aan elke deelnemer gegee en is dit ook hardop deur die fasiliteerder voorgelees. 'n Goed gestruktureerde vraag wat op die doel van die studie gebaseer is, is gevra. Die vraag het betrekking op die probleemstelling wat breedvoerig in Hoofstuk 1 beskryf is.

Die vraag het as volg gelui:

**Wat is jou persoonlike mening en houding ten opsigte van die waarde van oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte?**

*What are your personal opinion and attitude concerning the value of exercises as treatment method for hypertension patients?*

Hieronder is 'n voorbeeld van 'n deel van die transkribering van **fokusgroeponderhoud 1** met 'n kodering van die onderstreping van die verskillende kategorieë wat in die fokusgroeponderhoud na vore gekom het. Die rol van die fasiliteerder en die kommunikasie-tegnieke word duidelik geïllustreer. (Sien Bylae F vir die volledige transkripsie van fokusgroeponderhoud 1.)

**Vet gedrukte letters = positiewe houding t.o.v. oefening**

**Vet gedrukte letters = positiewe houding t.o.v. oefening**

Enkellyn onderstreep = houding van onkunde t.o.v. oefening

*Kursief gedrukte letters = onseker/neutrale houding t.o.v. oefening*

Stippellyn onderstreep = negatiewe houding t.o.v. oefening

- Fasiliteerder I am sure all of you have a patient with hypertension at the clinics. How do you feel about exercises as treatment modality ... or part of the treatment modality?
- Deelnemer Een **Ek dink dit sal goed wees.** Ek het nog net nooit daaraan gedink as deel van hipertensie nie, maar ek dink dit sal **help vir sirkulasievermoë en gewig bietjie verloor.**
- Deelnemer Twee I don't know how it helps. I think exercises will **help a lot with one's mental state** and then if you do them the hypertension will be decreased.
- Stilte.
- Fasiliteerder O.K.
- Deelnemer Drie I didn't know that hypertension can be reduced by exercises ... I thought ... maybe ... but I didn't think that hypertension can be reduced ...
- Deelnemer Ses I have learnt from a course in Primary Health that exercises can be prescribed ... ee ... just like when you prescribe - the patient looks at the daily stance so, ... so, I know ... I have learnt from them that hypertension can be reduced ... but how it works, is a long story.
- Fasiliteerder Thank you. But we learn about a lot of things and you don't always apply what you have learnt because you don't believe in it. But how do you feel about it ... do you think it will work ... or I'm not sure ... I don't believe that the value is such that it will work definitely. Your own attitudes? Leave the academic things - let's talk about how you feel about it.
- Deelnemer Vyf No, I don't have a problem with it and, actually, **I encourage the clients to do exercises.**
- Deelnemer Drie Though they are reluctant to do the exercises. They will always complain and say they don't want to do it.
- Fasiliteerder So, you think they're a little bit lazy at times?
- Deelnemer Drie Yes, they're lazy.
- Deelnemer Twee I think that even though one has got a positive attitude towards exercises I don't think one doesn't really have a turn to make a fall out from those patients who have been encouraged to do exercises - *you are never really sure that it works* because you are not going to see that patient after a long time again - if it happens that that patient is with you again. *So one doesn't have the total proof of it working on them.*
- Stilte.
- Deelnemer Een Ek, ek was heel on ... onbewus eintlik, regtig, van dit. Ek het hulle nooit gemotiveer nie. As ons 'n bietjie meer inligting kan kry oor watter tipe oefeninge ons vir hulle moet gee, kan 'n mens hulle meer toelig.

- Fasiliteerder So, some of you feel it is a lack of knowledge at your training schools? (Lag.) O.K. So a few of you have already mentioned a few things: some say it will help to relax, some say they weren't aware of the fact that it helps ... anything else?
- Stilte.
- Deelnemer Drie I don't know that the point that I have in mind is really related or has any effect ... towards hypertension, but at times one wonders whether when you do exercises for a patient who already has problems ... a woman ... **should it happen that that very patient has a clot somewhere, now, with exercises you are going to dislodge the clot until it goes up to the main organ ... so, you are a bit fearful to do it knowing that it can happen. So, one doesn't know how far, how frequent should you do the exercises and for how long.**
- Fasiliteerder So you feel that there are dangers to take into consideration?
- Deelnemer Drie Yes.
- Deelnemer Een **Ja-nee, ek voel dat elke pasiënt moet individueel ge-evalueer word voordat jy sê watter tipe oefening ... ek dink nie ... of ek het nie die inligting of die nodige kennis om te weet wat om te doen nie en dit is hoekom ek dink nie een van my pasiënte weet wat om te doen nie, want niemand het dit nog vir ons gesê nie.** En ek het dit nie geweet nie. So, dit is 'n leemte, dink ek.
- Stilte.
- Fasiliteerder Anybody that feels that exercises ... does not have a role to play at all? From what I have gathered up to now, is that "I didn't know that I can prescribe it" but all of you, I get the idea, you think that it might be able to work.
- Almal **Hmm. Dit sal help. Ons moet probeer.**
- Deelnemer Een Ek dink aan pasiënte wat ek het wat 'n omleiding gehad het, of privaat pasiënte, wat ek nou van praat ... hoe gewillig hulle is om te gaan stap en oefening te doen nadat hulle trauma gehad het. **Ek dink 'n mens kan begin met 'n nuwe veldtog met oefeninge om dit te voorkom.** Die wat die probleem het, hulle doen hul oefeninge. Ons is lui ... oor die algemeen lui ... niemand van ons doen oefeninge voordat dit nie eers met jou gebeur nie. **So, goeie voorligting sal dalk help.**
- Fasiliteerder Voorligting en aanmoediging? (Stilte.) So, you all feel positively towards the fact that exercises ... will work for hypertension? ('n Paar deelnemers beaam.) You are also aware of ... have also mentioned blood clots – so, you feel that you lack knowledge in order to know exactly what exercises you must prescribe in what situation. (Ja.) Anybody else that has had similar experiences?
- Deelnemer Vyf No, I can't say ... except that once I say to the doctors – the patient is exercising and the blood pressure is always low.
- Deelnemer Drie **I know, one of the things, that patients with hypertension, some of them, not all, are always not having only hypertension, they are coupled with something like cardiac, like diabetes, like asthma. Now if you advise such a patient to do an exercise unsupervised, the next thing that they can tell you I was too sick, because of aggression ... I feel so what is what ... I rather feel that they must stop exercising!** (Lag.)

Die deelnemers aan fokusgroeponderhoud 1 het rustig voorgekom en het teen hul eie tempo en met vrymoedigheid aan die onderhoud deelgeneem. Vyf van die deelnemers was swart en een wit en die onderhoud is daarom beurtelings in Engels en Afrikaans gehou. Op die fasiliteerder se vraag of sy dele van die onderhoud moes vertaal, het die deelnemers geantwoord dat dit nie nodig was nie, aangesien hulle alles verstaan het, en al die deelnemers was daarmee eens.

Nadat die fasiliteerder al die deelnemers bedank en hulle 'n aangename naweek toegewens het, het die deelnemers vertrek.

## ***FOKUSGROEPONDERHOUD 2***

Fokusgroeponderhoud 2 het op 'n Vrydagmiddag om 13:30 twee weke ná die eerste fokusgroeponderhoud in dieselfde lokaal plaasgevind. Nadat daar 'n kwartier gewag is vir die deelnemers wat moontlik laat kon wees, het net ses van die agt geselekteerde deelnemers opgedaag, ten spyte daarvan dat deelnemers aan die fokusgroeponderhoude herinner is. Daar is geen rede verstrekkend waarom die twee deelnemers nie opgedaag het nie, en hulle is uit die studie gelaat.

Dieselfde fasiliteerder as die vorige keer het die fokusgroeponderhoud gelei en die plasing van die fokusgroeponderdeelnemers was ook dieselfde. Nadat die fasiliteerder die deelnemers welkom geheet het, het sy dieselfde inligtingsprosedure as tydens die eerste fokusgroeponderhoud gevolg. Dieselfde vraag is op skrif aan die deelnemers uitgedeel en hardop voorgelees.

Na 'n aanvanklike stilte het die fasiliteerder gevra wat die deelnemers se mening was en het sy die deelnemers gelei om hul huiwering te oorkom en te begin praat.

Die volledige transkribering van fokusgroeponderhoud 2 is as Bylae G aangeheg.

Hierdie groep deelnemers het net uit swart, oorwegend senior verpleegkundige personeel bestaan en die hele onderhoud is in Engels gevoer. Met die aanvang van die fokusgroeponderhoud was die deelnemers aanvanklik stil, maar die onderhoud het gou

op dreef gekom. Die huiwering het oor die onsekerheid van watter tipe oefening vir hipertensie gegee moet word, gegaan, soos uit deelnemer twee se opmerking geblyk het: *"What type of exercises are they, because this is the first time that I hear you can treat hypertension by giving exercises."*

Behalwe deelnemer vyf het al die deelnemers gereeld aan die gesprek deelgeneem. Hierdie deelnemer het net enkele woorde gesê wat betrekking op die vraag gehad het en het, nadat die fasiliteerder hom direk aangespreek en gevra het of daar iets spesifiek is wat hy in gedagte het, sy gevoel in die volgende woorde uitgedruk: *"I think the management should be brought forward ... they should give the management exercises too. And to teach them about the importance of this so that they know the importance of exercises and the importance of releasing stress of our clients and the staff in general. So, the management should be brought forward to learn about this."*

Hierdie deelnemer was die enigste manlike deelnemer aan die fokusgroeponderhoude en was ook die enigste deelnemer wat 'n ligte vorm van aggressie geopenbaar het.

Hierdie groep het baie klem gelê op sake wat nie met die vraag verband gehou het nie en waarmee hulle in die algemeen ontevrede was. Die onderwerp wat hier ter sprake was, het gehandel oor die geriatrisse klinieke wat deur die bestuur weggeneem is en waarmee die deelnemers nie saamgestem het nie. Al die deelnemers aan fokusgroeponderhoud 2 het hierdie punt ondersteun en het herhaaldelik na die onderwerp teruggekeer. Hulle is telkens deur die fasiliteerder na die vraag van belang teruggebring met *"Let me re-read the question and let's see if something new comes up."* Alhoewel die fasiliteerder, soos uit die transkripsie (sien Bylae G) duidelik blyk, probeer het om die deelnemers by die vraag van belang te hou, het hulle aanhoudend klem lê op sake wat nie van toepassing was nie. 'n Moontlike rede hiervoor is dat die meeste van die deelnemers in bestuurs-/supervisieposte by die klinieke was en dit sake was wat hulle werkverrigtinge en -tevredeheid beïnvloed het.

### **FOKUSGROEPONDERHOUD 3**

Omdat geen vroeër datum die fokusgroeplede gepas het nie, is fokusgroeponderhoud 3 twee weke ná fokusgroeponderhoud 2 in dieselfde lokaal, met dieselfde fasiliteerder gehou. Hierdie fokusgroeponderhoud het die oggend om 8:00 plaasgevind en die deelnemers moes na afloop van die onderhoud na hul werk terugkeer. Alhoewel daar weer agt name aan die hoofde van die klinieke deurgegee is, het net vier deelnemers vir die onderhoud opgedaag, en het hulle gesê dat daar nie meer deelnemers sou opdaag nie. Daar is geen rede hiervoor verskaf nie. Hierdie groep het uit een Kleurling en drie swart verpleegkundiges bestaan en die gesprek is afwisselend in Afrikaans en Engels gevoer.

Die deelnemers is op dieselfde manier as die vorige kere geplaas. Nadat die fasiliteerder die deelnemers welkom geheet het, is dieselfde reëlins as by die twee vorige fokusgroeponderhoude deurgegee. Op die vraag van die fasiliteerder of daar enige iets onduidelik is en of daar enige ander vrae is, het deelnemer 2 gevra hoe lank die onderhoud sou duur, en beskou die navorser dit as 'n moontlike teken dat die spesifieke deelnemer haastig was om te loop.

Die vraag wat deur die groepie deelnemers bespreek moes word, naamlik wat hulle persoonlike houding teenoor oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte is, is daarna aan die groep gevra en het die gesprek onmiddellik gevlot.

'n Volledige transkribering van fokusgroeponderhoud 3 is as Bylae H aangeheg.

Fokusgroeponderhoud 3 se deelnemers was opvallend haastig en nie so ontspanne soos die vorige twee groepe nie. Die deelnemers het ook vinnig ná die onderhoud vertrek, in teenstelling met die ander deelnemers wat nog vertoef en gesels het. 'n Moontlike rede is dat daar dieselfde middag 'n afsluitingsfunksie aan die gang was en daar vóór die tyd nog baie werk by die klinieke gedoen moes word.

**Saturasie** is met fokusgroeponderhoud 3 bereik, aangesien geen nuwe inligting ontvang is nie, en dit was dus nie nodig dat nog 'n fokusgroeponderhoud gereël word nie.

### 3.5.1.6 Basiese beginsels wat bygedra het tot die sukses van die fokusgroeponderhoude

Die volgende basiese beginsels ten opsigte van die deelnemers aan die onderhoud is deurgaans tydens die fokusgroeponderhoude gehandhaaf en het bygedra tot die sukses daarvan (vgl. Mouton, Ferreira, Puth, Schurinck & Shurinck [1988] in Roets 1996).

- **Eerbied en agting** vir die deelnemers is geïllustreer deur die manier waarop die fasiliteerder die deelnemers hanteer en hul aangespreek het: “*So, you feel it is important ...*” en “*Dit is soos sy (deelnemer 6) sê ...*”
- Die fasiliteerder het deurgaans **aanvaarding en begrip** vir elke deelnemer se opinie gehad en niemand is in die rede geval nie. Al het al die deelnemers van fokusgroeponderhoud 2 van die punt afgedwaal, het sy hul steeds toegelaat om klaar te praat. Hulle is deur ‘n neutrale opmerking van “*A lot of work. (Hmm) Satisfaction as well. (Hmm. Hmm) ...*” ondersteun en toe ná nog insette van twee deelnemers gesê: “*Let me re-read the question again and let’s see if something new comes up.*”
- Reeds aan die begin van elke fokusgroeponderhoud is **vertroulikheid** bespreek deurdat die fasiliteerder die deelnemers daarop gewys het dat hulle nie anoniem kan bly nie, maar dat die inligting wel konfidensieel gehou sou word en dat hul name nie op die band of in die navorsing genoem sou word nie.
- Die belang van **eerlikheid** tydens die fokusgroeponderhoude is gehandhaaf deurdat die fasiliteerder nie gepoog het om die onderhoud in ‘n rigting te lei sodat die deelnemers iets sou sê wat sy of die navorser wou hoor nie.
- **Individualisering** is ‘n basiese beginsel van onderhoudvoering wat deur die fasiliteerder in ag geneem is. Elke deelnemer is as persoon erken en toegelaat om sy/haar opinie uit te spreek.

Die algemene beginsels van kommunikasie vorm deel van onderhoudvoering en die fasiliteerder het oop nie-verbale gedrag geopenbaar en aandagtig na alle insette

geluister. Daar is gereeld tydens die onderhoud gevalideer en meesal deur die deelnemers beaam, soos die volgende aanhalings uit die transkribering aandui: "*You feel quite positive towards the fact that exercises should be prescribed? (Ja) But you feel that you need more knowledge ... (Instemming) ... you feel that a specialist ... (Ja ... ja).*"

Die fasiliteerder het deur die fokusgroeponderhoude die aspekte soos deur Katzenellenbogen *et al.*, (1999:178) voorgestel, in gedagte gehou:

- Die groepslede is aanvanklik welkom geheet en aan mekaar voorgestel.
- Die algemene reëls vir die onderhoud is uitgestippel.
- Toestemming vir die gebruik van die bandopnemers is verkry.
- Verduideliking is gegee van die rol van die navorser en die gebruik van die bandopnemer.
- Inligting is aan die deelnemers gegee omtrent die verwerking en implementering van die versamelde data.
- Die groepe is voortdurend gefokus op die vraag wat aan die begin gestel is en ander besprekings is sover moontlik beperk.
- Balans tussen die deelnemers is op 'n natuurlike wyse behou, aangesien daar geen deelnemers was wat die ander oorheers het nie. Dit was slegs een keer gedurende die drie fokusgroeponderhoude nodig om 'n deelnemer aan te moedig om deel te neem en nooit nodig om 'n deelnemer te verhoed om die groep te oorheers nie.
- Die fasiliteerder het die minimum insette gelewer om sodoende te voorkom dat sy 'n magsrol speel en bevooroordeeld mag voorkom.
- Addisionele inligting is deur aanmoediging verkry.

- Met die afsluit van die fokusgroeponderhoude het die fasiliteerder elke keer die deelnemers vir hul deelname bedank.

### **3.5.2 Stap 2 Transkribering van fokusgroeponderhoude**

Om te verseker dat die data wat versamel is, die korrekte verbatim is, is die metode soos deur Polit en Hungler (1999:322) aanbeveel, gevolg. Die onderhoude op oudio-kassette opgeneem en binne 'n dag of twee daarna woordeliks getranskribeer, eerder as om op notas wat tydens die onderhoud geneem is, te vertrou. Notas is tydens die onderhoude en direk daarna van die nie-verbale gedrag, asook die sosiale interaksie van die groepslede, gemaak. Hiermee is die hoogste moontlike betroubaarheid van die data verseker (vgl. Polit & Hungler 1999:333).

Die transkripsies is deur die fasiliteerder gelees om seker te maak dat dit 'n getroue weergawe is van die trant en inhoud van die gesprekke. 'n Kollega van die navorser wat oor goeie navorsingsvaardighede beskik, is ook gevra om na die oudio-kassette te luister en dit woordeliks met die transkripsies te vergelyk.

### **3.5.3 Stap 3 Data-analise van die fokusgroeponderhoude**

Die transkripsies is 'n paar keer deurgelees en deur middel van onderstreping en kantaantekeninge is herhalende opinies en houdings of ingesteldhede in temas gegroepeer (vgl. Polit & Hungler 1999:580). Hierdie groepe het weer natuurlik in verskillende kategorieë geval en val alle sinsnedes wat met vet letters gedruk is, byvoorbeeld in die kategorie positiewe houding en die sinsnedes wat kursief gedruk is, val in die kategorie van onseker of neutrale houding. Die sinsnedes wat met 'n enkellyn onderstreep is, dui die kategorie houding van onkunde aan, terwyl die onderstreping met die stippellyn, die negatiewe houding aandui. Data-analise van die fokusgroeponderhoude is deur die navorser self gedoen en word volledig in Hoofstuk 4 bespreek.

## FASE III

### 3.6 Riglyne vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram

'n Volledige bespreking van die opleidingsprogram sal na afhandeling van die vraelyste en fokusgroeponderhoude in Hoofstuk 5 gedoen word.

### 3.7 SAMEVATTING

Die navorsingsverloop het in drie fases geskied. Tydens Fase I is die kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte deur middel van 'n gestruktureerde vraelyste bepaal. Die houding van verpleegkundiges jeens oefening is deur middel van drie fokusgroeponderhoude (Fase II) vasgestel, terwyl die ontwikkeling van riglyne vir 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges in Fase III uiteengesit word.

# HOOFSTUK 4

## *Bevindinge en interpretasie van data*

---

---

### 4.1 INLEIDING

Die dataversameling vir hierdie studie het gedurende November en Desember 2001 plaasgevind. Data aangaande die kennis van verpleegkundiges teenoor oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte is deur middel van gestruktureerde vraelyste (Fase I) verkry, terwyl hul houding ten opsigte van oefening met die hulp van fokusgroeponderhoude (Fase II) beraam is. Fase I en II word in hierdie hoofstuk volledig bespreek terwyl Fase III, wat die daarstelling van riglyne vir die opstel van 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges behels, in Hoofstuk 5 bespreek sal word.

### 4.2 FASE I

#### 4.2.1 Kennis van verpleegkundiges: Vraelyste

Van die 67 verpleegkundiges werksaam by die klinieke wat by die studie betrokke was, het 43 (64%) die vraelyste voltooi nadat hulle vrywillig toestemmingsbriewe geteken het. Respondente aan die studie het die vraelyste tydens 'n indiensopleidingsessie van die klinieke se verpleegkundige personeel voltooi. In die vraelys is daar van oop en geslote vrae gebruik gemaak om die nodige inligting ten opsigte van die verpleegkundiges se kennis van oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte te bekom.

#### 4.2.1.1 Demografiese data

(Vrae 1-4)

Van die 43 respondente wat vraelyste ingevul het, was 40 vroulik en 3 manlik en almal was ten tyde van die invul van die vraelys by die Mangaung Plaaslike Munisipaliteit werksaam. Die werksondervinding van die verpleegkundiges het tussen drie en 29 jaar gewissel, met 'n gemiddelde ondervinding van sestien jaar.

Vier en twintig respondente het 'n vierjaar-diploma, B.A. Cur. of B.Soc.Sc. (Hon.)-graad behaal terwyl drie respondente graad 12 en nege respondente graad 11 op skool behaal het. (Sewe respondente het nie hul kwalifikasie ingevul nie.) Die kwalifikasies van verpleegkundiges word hieronder in tabel 4.1 aangedui.

**Tabel 4.1 Kwalifikasies van verpleegkundiges werksaam by klinieke (n=36)**

Kwalifikasie	Aantal respondente	%
Vierjaar-diploma	20	20.5
B.A. Cur.	3	7.7
B.Soc.Sc. (Hon.)	1	2.6
Graad 12	3	7.7
Graad 11	9	23.1

Een en veertig respondente het aangedui dat hulle by klinieke in die stad werksaam is terwyl twee respondente aangedui het dat hulle by klinieke op die hoewes werksaam is.

#### 4.2.1.2 Afdelings waar verpleegkundiges werksaam is

(Vrae 5-11)

Al die respondente wat die vraelyste ingevul het, het al voorheen in hul verpleegkundige ervaring hipertensie-pasiënte behandel en 74% van hulle het tydens die invul van die vraelys hipertensieklinieke beman. Sommige verpleegkundiges het egter meer as een afdeling van 'n kliniek hanteer, soos in tabel 4.2 geïllustreer word. Die afdelings waar die meeste verpleegkundiges werksaam is, is die geboortebeperkingskliniek (83,7%), die gesonde-baba ("well baby")-kliniek (74,4%) en die hipertensiekliniek (74%). Van die verpleegkundiges werk in die poli-kliniek

(65,2%) en 41,9% by die geriatriese kliniek. By laasgenoemde twee klinieke is dit veral moontlik om ook hipertensie-pasiënte te behandel, aangesien die voorkomsyfer van hipertensie by bejaardes bo 65 jaar hoog is (Weich *et al.*, 1991:60). Verpleegkundiges se kennis van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte word dus ook hier benodig om die pasiënte optimaal te kan behandel.

**Tabel 4.2 Afdelings in Klinieke waar verpleegkundiges werksaam is (n=43)**

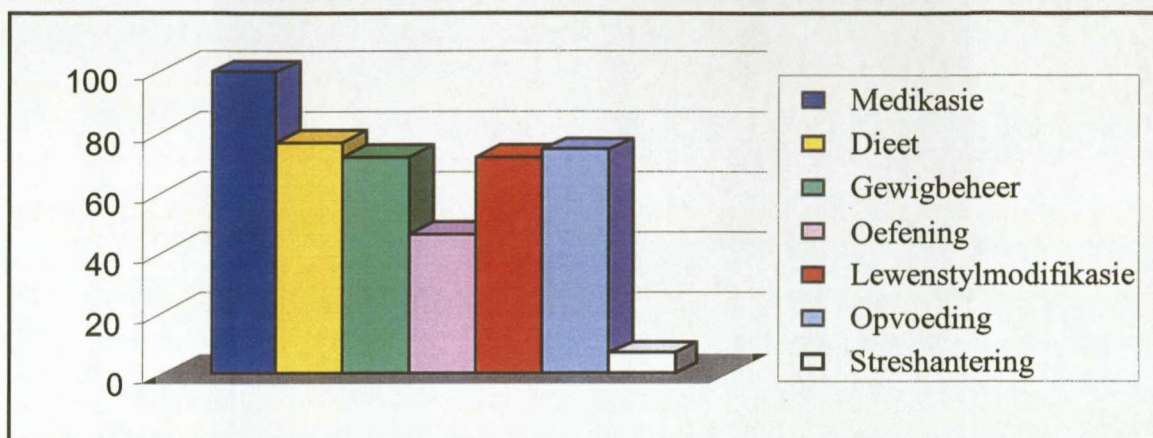
Afdelings	Aantal persone	%
Poli-kliniek	28	65,2
Voorgeboorte	20	46,5
Nageboorte	21	48,8
<b>Hipertensie</b>	<b>32</b>	<b>74,4</b>
Tuberkulose	26	60,5
Geriatric	18	41,9
MIV/VIGS	28	65,1
Psigiatrie	14	32,6
Geboortebeporing	36	83,7
Gesonde baba/"well baby"	32	74,4

Die getal pasiënte wat die respondente per week behandel het, het 'n reikwydte van twee tot 1000 pasiënte gehad met 'n mediaan van 50 pasiënte per week. (Drie respondente het nie hierdie vraag beantwoord nie.) Indien 'n verpleegkundige gemiddeld 50 pasiënte per week behandel, is kennis broodnodig om die behandeling effektief te kan doen. Dit is egter nie moontlik te wees om 1000 pasiënte per week te behandel nie (soos een respondent aangedui het) en die moontlikheid bestaan dat dit nie 'n getroue weergawe is van die aantal hipertensie-pasiënte wat wel deur hierdie een persoon behandel word nie.

#### **4.2.1.3 Behandelingsmetodes vir hipertensie-pasiënte wat by die klinieke gebruik word**

(Vrae 8 en 9)

Die behandelingsmetode wat die respondente die meeste vir hul hipertensie-pasiënte gebruik, bestaan grotendeels uit die voorskryf van medikasie en 100% van die respondente het aangedui dat dit die voorkeur metode van behandeling was. Die mate waartoe ander behandelingsmetodes deur verpleegkundiges gebruik word, word in figuur 4.1 aangedui en daarna kortliks bespreek.



**Figuur 4.1** Behandelingsmetodes vir hipertensie-pasiënte (n=43)

Die meerderheid van verpleegkundiges (72,1%) is deeglik bewus daarvan dat gewigskontrole van die pasiënt baie belangrik is en dat dieet-kontrole, soos byvoorbeeld die inname van sout, belangrik is (76,7%). 74,4% verpleegkundiges is ook daarvan bewus dat hul pasiënte onderrig met betrekking tot lewenstylveranderinge moet ontvang om hul in staat te stel om hul eie hipertensie te hanteer. Alhoewel die meeste verpleegkundiges (72,1%) leefstylmodifikasie voorstaan, is daar slegs 46,5% wat die uitvoer van oefening as deel van die lewenstylverandering onderskryf. Hierdie aspek, wat veral by 'n verlaging van bloeddruk 'n beduidende rol speel (Papadenetriou & Kokkinos, 1996:459), word dus nie noodwendig deur verpleegkundiges as belangrik geag nie.

### **Medikasie**

Alhoewel medikasie 'n belangrike rol in die behandeling van hipertensie-pasiënte speel, is dit nie absoluut nodig in gevalle van ligte hipertensie nie en kan daar hier van verandering in lewenstylgewoontes gebruik gemaak word om die pasiënt se bloeddruk te verlaag. Aanbevelings word deur JNC VI gemaak (JNC VI, 1997:2420) dat 'n hoog-normale bloeddruk van 130-139/85-89 mm Hg in pasiënte, sonder ander risikofaktore, slegs met leefstylveranderings behandel behoort te word, terwyl pasiënte met 'n bloeddruk van 140-159/90-99 mm Hg vir ses tot twaalf maande met leefstylmodifikasie behandel kan word. Indien daar na verloop van hierdie tydperk nie die gewenste resultate verkry is nie, kan medikasie nou voorgeskryf word. Uit die resultate van

hierdie studie blyk dit egter dat slegs 46,5% verpleegkundiges oefening in hul behandelingsregime insluit.

### ***Dieetkontrole***

Dieet-kontrole is baie belangrik, aangesien oormatige sout-inname hipertensie vererger (JNC VI, 1997:24220). Studies het bewys dat 'n matige verlaging in die inname van natrium (soos dit voorkom in tafelsout en verwerkte voedsel) bloeddruk verlaag, wat weer tot die vermindering in die nodigheid van anti-hipertensiewe medikasie lei. 'n Ander gunstige effek van verminderde natrium-inname is die voorkoming van osteoporose en nierstene by pasiënte deur verminderde urinêre kalsium-uitskeiding (JNC VI, 1997:2422). Die oorgrote meerderheid verpleegkundiges (76,7%) is dus bewus daarvan dat dieet 'n belangrike rol in hipertensie-pasiënte se welsyn speel.

### ***Gewigskontrole***

Aangesien 'n geringe gewigsvermindering van 4,5 kilogram reeds 'n invloed op die verlaging van bloeddruk het (JNC VI, 1997:2422), is dit noodsaaklik dat gewigskontrole by oormassa-pasiënte moet plaasvind. 72,1% van die respondente gebruik gewigskontrole as deel van hul behandelingsregime.

### ***Oefeninge***

Alhoewel die verpleegkundiges tydens hul opleiding leer dat gereelde matige oefening hipertensie verlaag (Van Niekerk, 2002; Stander 2001), het net 46,5% respondente aangedui dat dit deel van die behandeling van hul hipertensie-pasiënte uitmaak.

### ***Leefstylmodifikasie***

Leefstylmodifikasie behels die bewusmaking van die pasiënt van ongesonde lewenstylgewoontes, asook die aanmoediging en ondersteuning van pasiënte om dit te verander. Alhoewel 72,1% van die respondente aangedui het dat hulle dit as behandelingsmetode vir hul pasiënte gebruik, blyk dit uit die resultate van die studie dat dieet-kontrole (76,7%) en gewigskontrole (72,1%) voorkeur geniet. Slegs 46,5% van die verpleegkundiges moedig hul pasiënte aan om oefening te doen. Die belangrikheid

die verpleegkundiges moedig hul pasiënte aan om oefening te doen. Die belangrikheid van oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte (Tibblin & Aberg, 1990:50) word dus deur die verpleegkundiges onderskat. Opvoeding van verpleegkundiges is dus baie nodig om die gunstige effek wat aërobiese oefening op die verlaging van bloeddruk het, onder hul aandag te bring.

### ***Pasiënt-opvoeding en -deelname***

Pasiënt-opvoeding en -deelname loop hand aan hand met die aanmoediging tot lewenstylverandering. Definitiewe pogings word deur die respondente (74,4%) aangewend om die pasiënte insig in hul toestand te gee en hulle tot deelname aan die verbetering daarvan aan te moedig. Die korrelasie tussen die aantal verpleegkundiges in die studie wat lewenstylveranderinge aanmoedig (72,1%) en diegene wat aandag aan pasiënt-opvoeding gee (74,4%), is ook baie goed.

### ***Streshantering***

Emosionele stres kan bloeddruk akute verhoog (JNC VI, 1997:2423). In die literatuur is daar egter kontroversie omtrent die effek wat ontspanningsterapie op die verlaging van bloeddruk het en dit word nie as definitiewe terapie vir die beheer of verlaging van hipertensie aanbeveel nie (JNC VI, 1997:2423). Aangesien ontspanningsterapie ook baie tydrowend is en nie regtig binne die bestek van die verpleegkundiges se werk val nie, was dit dus nie vir die navorser verrassend dat slegs 7% van die verpleegkundiges aangedui het dat hulle streshantering as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte gebruik nie.

Alhoewel die bogenoemde behandelingsmetodes nie deur al die verpleegkundiges gebruik word nie, het die uit die vraelys geblyk dat almal wel daarvan bewus is.

#### **4.2.1.4 Kontrole oor voorgeskrewe behandeling**

(Vraag 10 en 11)

69,8% van die respondente het aangedui dat hulle altyd die behandelingsregime wat hulle vir hul pasiënte voorskryf, kontroleer, terwyl 25,6% van die respondente dit dikwels doen en 4,6% van die verpleegkundiges net soms kontroleer of die pasiënte hul voorskrifte uitvoer. Na aanleiding van bogenoemde resultate is die navorser van mening dat, indien oefening deel van die verpleegkundiges se behandelingsvoorskrifte sou uitmaak, kontrole daarvan tot 'n verlaging van hipertensie in die pasiënte kan lei.

#### **4.2.1.5 Bewus van oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte**

(Vraag 12 en 13)

83,7% van die verpleegkundiges het aangedui dat hulle van oefening as behandelingsmetode vir hipertensie bewus is. Van hierdie groep verpleegkundiges het 86,1% aangedui dat dit in hul kurrikulum ingesluit was, terwyl die res hul inligting deur middel van dokters (25%), fisioterapeute (8,3%), ander verpleegkundiges (5,6%), familie (2,8%) en in die literatuur (5,6%) gekry het. (Meer as een opsie kon gemerk word.) Dit is vir die navorser opmerklik dat, alhoewel die inligting ten opsigte van oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte reeds gedurende hul opleiding aan verpleegkundiges verskaf word, net 46,5% van die verpleegkundiges dit as deel van die behandeling van hipertensie-pasiënte gebruik (sien figuur 4.1). Indien die kennis van verpleegkundiges opgeknip en hulle weer opnuut bewus gemaak word daarvan dat oefening 'n waardevolle komponent van enige hipertensie-behandeling is, sal die pasiënte daarby kan baat.

#### **4.2.1.6 Oefening as deel van die hipertensie-behandeling**

(Vraag 14)

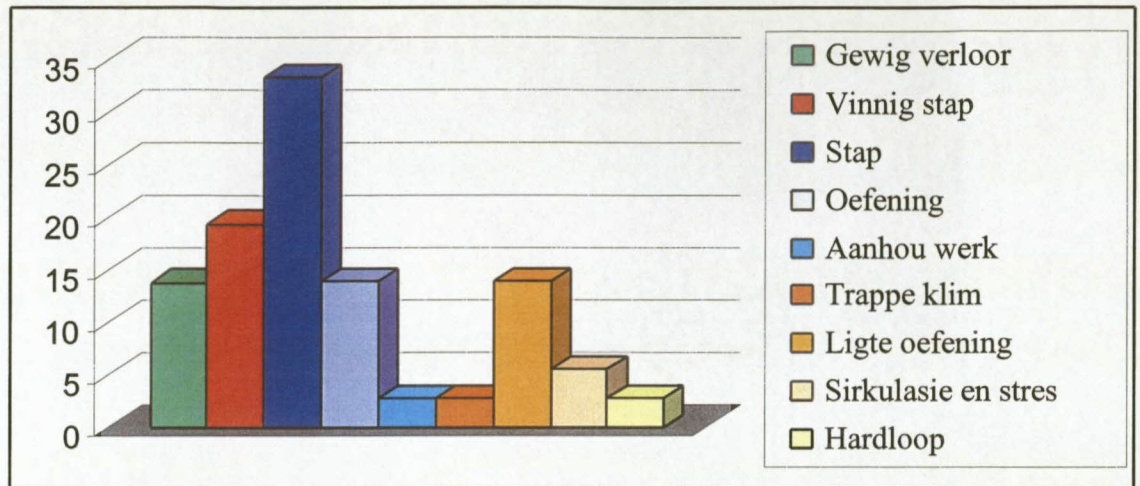
41,7% van die verpleegkundiges stel dit dat hulle altyd oefening as behandeling aanbeveel, terwyl 33,3% aangedui het dat hulle oefening dikwels aanbeveel. Slegs een verpleegkundige (2,8%) het nooit oefening aanbeveel nie, terwyl 22,2% soms oefening vir hul pasiënte aanbeveel het. Indien hierdie syfers met figuur 4.1 vergelyk word, is dit opmerklik dat die verpleegkundiges wat bewus is daarvan dat oefening as 'n behandelingsmetode gebruik kan word (46,5%), goed korreleer met die aantal verpleegkundiges wat dit ook vir hul pasiënte voorskryf (41,7%). Dit dui moontlik daarop dat indien verpleegkundiges bewus is van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie, hulle dit ook sal promoveer. Daarom is dit van die uiterste belang dat alle verpleegkundiges bewus gemaak moet word van die waarde wat oefening vir die hipertensie-pasiënt inhou, sodat dit in hul behandelingsregime ingesluit kan word.

#### **4.2.1.7 Die tipe oefening wat deur verpleegkundiges aanbeveel word**

(Vraag 15)

Die respondente moes op hierdie vraag hul eie inligting oor oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte gee.

Figuur 4.2 toon aan dat die respondente nie presies geweet het watter oefening hulle aan die pasiënte moet voorskryf nie. Slegs die sewe persone wat vinnig stap voorgeskryf het, het die korrekte tipe oefening aanbeveel, terwyl die ander tipes oefening nie pasiënte se hipertensie sou verlaag nie.



Figuur 4.2 Tipe oefening wat deur verpleegkundiges aanbeveel word (n=43)

Hierdie voorskrifte van die verkeerde tipes oefening mag moontlik ook die rede wees waarom sekere verpleegkundiges die effek van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte betwyfel. Alhoewel heelwat respondente (46,5%) bewus is daarvan dat oefening 'n behandelingsmetode vir hipertensie is (sien figuur 4.1), weet hulle nie watter tipe oefening voorgeskryf moet word nie en beskik hulle dus nie oor die nodige kennis nie. Dit sal daarom van groot waarde wees indien 'n opleidingsprogram aan hulle beskikbaar gestel kan word waarin kennis van die korrekte tipe oefening aan hulle gebied word.

#### 4.2.1.8 Verwysing van pasiënte na 'n fisioterapeut

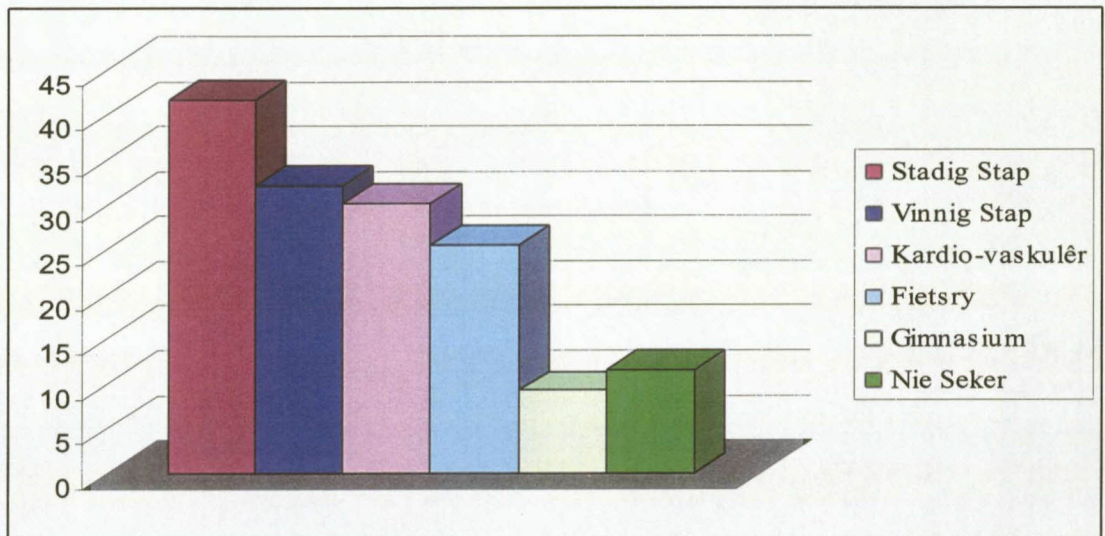
(Vraag 16)

Slegs 11,6% respondente het al hipertensie-pasiënte na fisioterapeute vir oefening verwys. Een rede hiervoor is dat baie verpleegkundiges (53,5%) oefening nie as deel van hipertensiebehandeling beskou nie (sien figuur 4.1), maar moet dit ook in ag geneem word dat fisioterapiedienste nie by die klinieke waar die respondente werksaam is, beskikbaar is nie.

#### 4.2.1.9 Tipe oefening wat hipertensie sal verlaag

(Vraag 17)

Die respondente moes die tipe oefening wat volgens hulle hipertensie sal verlaag, aandui en die response word hieronder in figuur 4.3 skematies weergegee. (Die merk van meer as een opsie was hier toelaatbaar.)



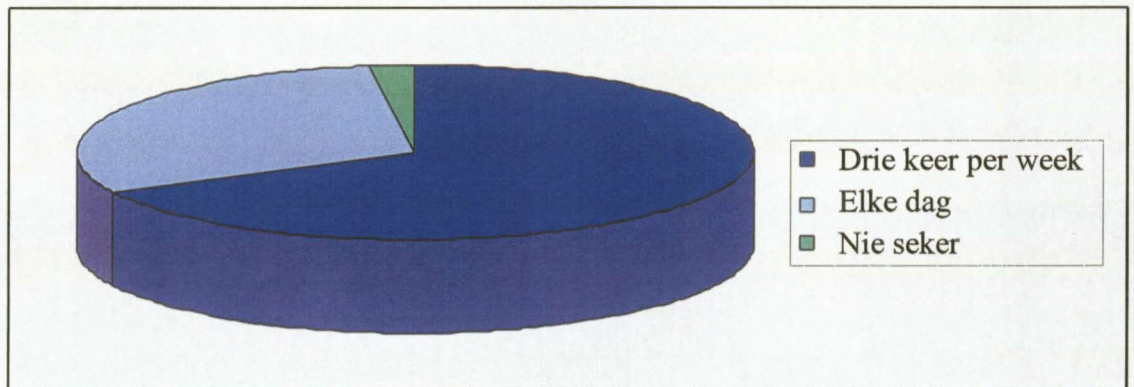
Figuur 4.3 Tipe oefeninge wat hipertensie sal verlaag (n=43)

41,9% van die deelnemende verpleegkundiges het aangedui dat hulle die pasiënte aanbeveel om stadig te stap, 'n tipe oefening wat 'n minimale, indien enige, effek op die verlaging van bloeddruk het en dus geen voordeel vir die hipertensie-pasiënt inhou nie. Tipes oefening wat effektief in die verlaging van hipertensie aangewend kan word, is vinnig stap, kardio-vaskulêre (aërobiese) oefeninge en fietsry (Papadenetriou & Kokkinos, 1996:459). 32,2% van die respondente het vinnige stap aanbeveel, terwyl 30,2% kardio-vaskulêre oefening en 25,6% fietsry as tipe oefening gekies het. 5,8% van die respondente het oefen met gewigte in die gimnasium aangedui. Vyf van die respondente (11,6%) was nie seker watter tipe oefening hipertensie sou verlaag nie en die feit dat hulle dit nie geweet het nie, dui op oneffektiewe behandeling van hipertensie-pasiënte.

#### 4.2.1.10 Hoeveel keer per week behoort hipertensie-pasiënte te oefen?

(Vraag 18)

Op die vraag wat die frekwensie van die oefensessies behoort te wees, het die meeste respondente (67,4%) aangedui dat oefening drie keer per week gedoen moet word, terwyl 30,2% aangedui het dat hipertensie-pasiënte elke dag behoort te oefen (sien figuur 4.4). Albei hierdie frekwensies is ooreenstemmend met aanbevelings uit die literatuur en is dit duidelik dat verpleegkundiges genoegsame kennis ten opsigte van die frekwensie van oefening vir die hipertensie-pasiënte het. Net een respondent (2,4%) was nie seker hoeveel keer per week geoefen moes word nie.

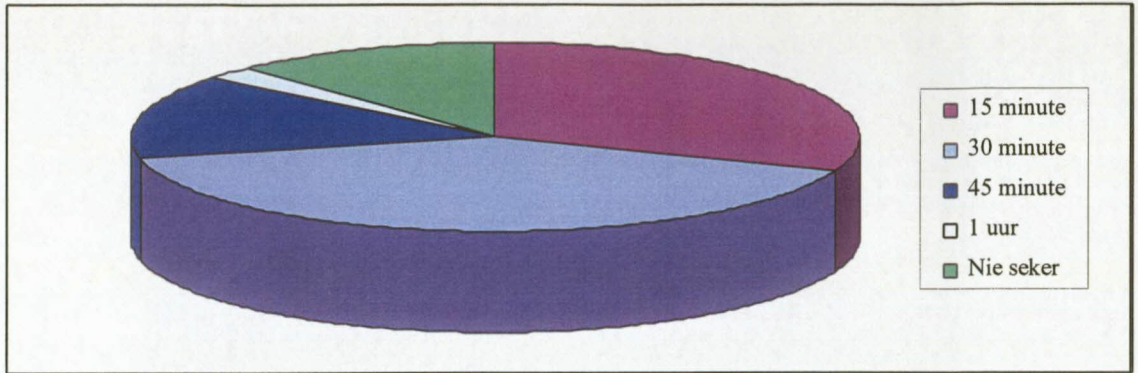


Figuur 4.4 Aantal keer per week wat pasiënte moet oefen (n=43)

#### 4.2.1.11 Die duur van 'n oefensessie

(Vraag 19)

Daar was min konsensus onder die respondente ten opsigte van die tydsduur van 'n oefensessie, soos in figuur 4.5 gesien kan word. Volgens die literatuur behoort 'n sessie ten minste 30 minute te duur.



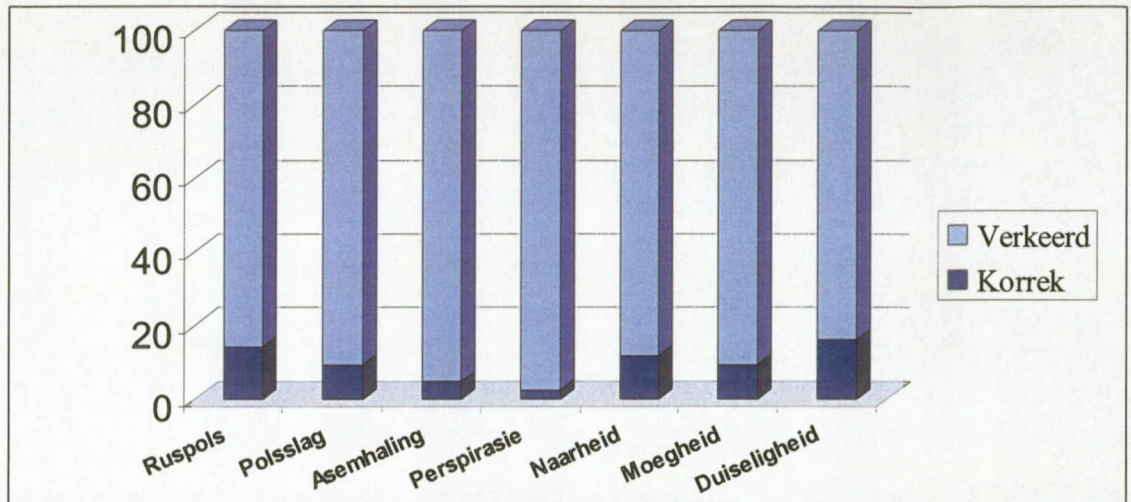
**Figuur 4.5** Duur van 'n oefensessie (n=42)

Sewentien respondente (40,5%) het aangedui dat 'n oefensessie 30 minute behoort te duur, terwyl ses respondente (14,3%) genoem het dat die oefensessies 45 minute behoort te duur. Een respondente (2,4%) het gedink dat die oefensessie een uur behoort te duur (sien figuur 4.5). Al hierdie opsies stem met die literatuur ooreen waar dit duidelik blyk dat 'n oefensessie 30 minute en meer moet duur om effektief op die verlaging van hipertensie in te werk (Goldstein *et al.*, 1988:110). 42,8% van die respondente beskik dus nie oor die kennis om die regte duur van die oefensessie aan die pasiënte voor te skryf nie - 'n situasie wat tot oneffektiewe oefenvoorskrifte lei. Die feit dat respondente nie weet hoe dikwels ge oefen moet word nie, dui op onkunde onder die verpleegkundiges. Dit beïnvloed die behandeling van hul pasiënte nadelig en hierdie leemte in hul kennis behoort aangevul te word.

#### 4.2.1.12 Voorsorgmaatreëls tydens 'n oefensessie

(Vraag 20)

Figuur 4.6 weerspieël die voorsorgmaatreëls wat die respondente ten opsigte van oefening voorgestel het. Die persentasie korrekte en verkeerde antwoorde, soos deur die respondente aangedui, word vir elke voorsorgmaatreël aangetoon, waarna die voorsorgmaatreëls afsonderlik bespreek word.



Figuur 4.6 Voorsorgmaatreëls wat tydens die oefensessies vir hipertensie-pasiënte geld (n=43)

Die verpleegkundiges was oor die algemeen baie onseker oor watter voorsorgmaatreëls vir hipertensie-pasiënte tydens hul oefensessies geld. Tussen 69,7% en 83,7% het geen response op die verskillende voorsorgmaatreëls aangedui nie, wat 'n duidelike aanduiding van onkunde aan die kant van verpleegkundiges was.

**Ruspols.** Die normale ruspols van pasiënte varieer van pasiënt tot pasiënt en dit moet altyd voor 'n oefensessie in ag geneem word (De Man, 2001). Slegs ses respondente (13,9%) het hierdie voorsorgmaatreëls aangedui, terwyl vyf (11,6%) onseker was. 32 respondente (74,5%) het geen antwoord verskaf nie wat op onkunde mag dui.

**Verhoging van polsslag.** Wat die verhoging van polsslag tydens die oefensessie betref, moet dit binne die konteks van elke pasiënt se toestand gesien word (De Man, 2001). Elke pasiënt se maksimale harttempo vir die oefensessie word voor die tyd bereken en die pasiënt word daarop attent gemaak dat hierdie tempo nie gedurende die oefensessie oorskry mag word nie.

Dit is kommerwekkend dat slegs vier van die respondente (9,3%) die vraag korrek beantwoord het. 'n Baie groot persentasie (69,8%) het die vraag onbeantwoord gelaat, wat baie moontlik hul onkunde in die verband weerspieël. Ses respondente (13,9%) het die vraag oor hierdie voorsorgmaatreëls verkeerd beantwoord, terwyl drie respondente (7%) onseker oor die regte antwoord was. Hierdie onsekerheid van die verpleegkundiges ten opsigte van die korrekte voorsorgmaatreëls het ook uit die

fokusgroeponderhoude geblyk en dit verklaar waarskynlik waarom die meeste verpleegkundiges stadig stap, wat in alle gevalle veilig is, as oefening vir hul pasiënte aanbeveel.

**Versnelling van asemhalingstempo.** Slegs twee respondente (4,7%) het geweet dat pasiënte nie tydens oefeninge so moeg mag word dat hulle te uitasem is om te praat nie (De Man, 2001). Twee en dertig respondente (74,4%) het nie die vraag geantwoord nie, vier respondente (9,3%) was onseker terwyl vyf respondente (11,6%) die antwoord verkeerd gehad het. Onkunde bestaan ook in hierdie geval by die verpleegkundiges en verbetering van kennis is in dié verband noodsaaklik.

**Perspirasie in die gesig.** Die aanbieder van 'n oefensessie moet kan onderskei of perspirasie normaal vir die spesifieke persoon is, en of dit 'n koue sweet is wat net op die bo-lip en/of voorkop van die persoon voorkom. Indien laasgenoemde die geval is, moet die persoon tydens die oefensessie deeglik gemonitor word en indien nodig, moet die oefening gestaak word (De Man, 2001). Die respondente was oor die algemeen huiwerig om hierdie vraag te antwoord, en slegs een respondent (2,3%) het die antwoord korrek ingevul. 83,8% van die respondente het nie die antwoord op hierdie vraag geken nie, terwyl twee respondente (4,6%) dit verkeerd beantwoord het. Vier respondente (9,3%) was onseker oor wat om te doen. Hierdie data dui op onstellend min kennis van die verpleegkundiges ten opsigte van hierdie voorsorgmaatreël tydens oefensessies en dit kan vir die pasiënt gevaarlik of noodlottig wees indien daar nie goeie monitering tydens die oefensessies plaasvind nie.

**Naarheid.** Wanneer 'n persoon naar sou wees tydens die oefensessie, moet die oefening onmiddellik gestaak word (De Man, 2001). Ten opsigte van hierdie vraag het die respondente ook 'n groot gebrek aan kennis geopenbaar. Slegs 11,7% van die respondente het die voorsorgmaatreëls oor naarheid tydens 'n oefensessie korrek beantwoord. Drie en dertig respondente (76,7%) het nie die antwoord geken nie, vier respondente (9,3%) was onseker en een respondent (2,3%) het dit verkeerd beantwoord.

**Abnormale moegheid.** Abnormale moegheid tydens 'n oefensessie kan vir die pasiënt gevaarlik wees indien oefening nie onmiddellik gestaak word nie (De Man, 2001) en dit

is noodsaaklik dat verpleegkundiges presies sal weet wat hierdie voorsorgmaatreëls behels. Slegs 9,3% van die respondente het geweet dat oefening onmiddellik gestaak moet word tydens abnormale moegheid by die pasiënt, en is dit weer eens kommerwekkend dat 74,5% die voorsorgmaatreël nie ingevul het nie, 6,9% van die respondente het dit verkeerd ingevul het en 9,3% van die respondente aangedui het dat hulle onseker oor die toepassing van die spesifieke voorsorgmaatreëls was.

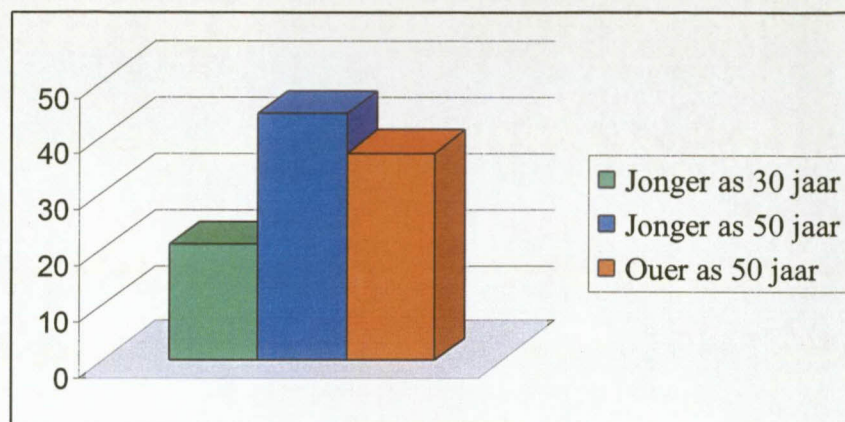
**Duiseligheid.** Net sewe respondente (16,3%) het die korrekte antwoord ten opsigte van hierdie voorsorgmaatreël korrek verskaf en geweet dat die korrekte manier van hantering van die pasiënt sou wees om die oefensessie onmiddellik te staak (De Man, 2001). Die res van die respondente (69,8%) het nie geweet wat die antwoord moes wees nie. 4,6% van die respondente het die voorsorgmaatreëls verkeerd ingevul terwyl 9,3% onseker was oor die hantering van die pasiënt in so 'n situasie.

Die kennis van die verpleegkundiges rakende voorsorgmaatreëls wat tydens 'n oefensessie toegepas moet word, blyk uit die navorsingsresultate as onvoldoende te wees.

#### **4.2.1.13 Klassifikasie van hipertensie**

(Vraag 21)

Die kennis van die verpleegkundiges betreffende die korrekte klassifikasie van hipertensie in die verskillende ouderdomsgroepe is met hierdie vraag getoets en die response word hieronder in figuur 4.7 aangedui.



**Figuur 4.7 Klassifikasie van hipertensie (n=43)**

Dit is 'n kommerwekkende situasie dat slegs 20,9% van die respondente die klassifikasie van hipertensie vir die ouderdomsgroep jonger as 30 jaar korrek gehad het, terwyl 44,2% van die respondente die klassifikasie in die ouderdomsgroep jonger as 50 jaar geken het. Slegs 37,2% respondente het die klassifikasie van hipertensie vir die ouderdomsgroep ouer as 50 jaar korrek beantwoord.

Hipertensie word in die literatuur aangegee as 'n bloeddruklesing van 140/90 mm Hg (JNC VI, 1997:2417) vir persone ouer as 18 jaar. Lesings van >140/90 mm Hg word dus as hipertensief beskou, ongeag die ouderdom van die persoon. Alhoewel verpleegkundiges gedurende hul opleiding leer dat 'n bloeddruk hoër as 140/90 mm Hg as hipertensief beskou moet word en die persoon dan terapie moet ontvang, het hulle onvoldoende kennis in die antwoord op die vraag in die vraelyste geopenbaar.

Uit die literatuuroorsig blyk dit dat daar nie eenvormigheid in die opleiding van verpleegkundiges aangaande die klassifikasie van hipertensie is nie (Reid, 2002; Stander, 2001; The Department of National Health, 1996:44). Hipertensie word in sommige gevalle as 140/90 mm Hg aangegee, in ander gevalle as 145/95 mm Mm Hg, en die ideale bloeddruk word in een bron as 140 - <160/90 – <95 mm Hg aangedui.

Dit kan 'n rede wees waarom verpleegkundiges onkundig is omtrent die korrekte klassifikasie van hipertensie, maar dit is juis daarom dringend noodsaaklik om 'n eenvormige, internasionaal aanvaarbare klassifikasie van hipertensie in die voor- en nagraadse kurrikulum van die verpleegkundiges in te sluit. Verpleegkundiges sal

bewus moet wees van die korrekte klassifikasie van hipertensie om hul pasiënte korrek te diagnoseer en te behandel.

#### **4.2.1.14 Samevatting**

Die respondente beskik, volgens die navorsingsresultate, nie oor voldoende kennis van die tipe oefening, die duur en frekwensie van die oefensessies wat hipertensie kan verlaag, asook die voorsorgmaatreëls wat vir die oefensessies geld nie (sien navorsingresultate pp. 76 – 81). Net so is dit kommerwekkend dat die respondente nie oor voldoende kennis met betrekking tot die klassifikasie van hipertensie beskik nie en die afleiding kan gemaak word dat hulle as gevolg hiervan hipertensie-pasiënte moontlik nie altyd korrek diagnoseer en behandel nie. Die navorser voel sterk daaroor dat daar meer kennis onder verpleegkundiges betreffende hierdie areas opdoen moet word.

### **4.3 FASE II**

#### **4.3.1 Houding van verpleegkundiges: Fokusgroeponderhoude**

Drie fokusgroeponderhoude is gehou ten einde data oor die houding van verpleegkundiges ten opsigte van die gebruik van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte vir fase II in te samel. Saturasie is met die derde fokusgroeponderhoud bereik, aangesien geen nuwe inligting tydens hierdie onderhoud na vore gekom het nie en dit dus onnodig was om verdere onderhoude te voer.

Omdat al die fokusgroeponderhoude op band geneem is, kon dit volledig getranskribeer word. Inligting kon nie maklik verlore gaan nie en daar kon maklik na die transkripsie terugverwys word. (Vir 'n volledige bespreking van die fokusgroeponderhoude sien pp. 46-66 indien nodig.)

### 4.3.2 Metode van analise

Die eerste twee fokusgroeponderhoude is met ses deelnemers elk gevoer terwyl vier deelnemers aan die derde fokusgroeponderhoud deelgeneem het.

Die data is vanuit die getranskribeerde onderhoude in kategorieë geplaas soos dit uit die transkripsies na vore gekom het. Hierdie kategorieë is in groepe verdeel volgens hulle inhoud en mening (vgl. Katzenellenbogen *et al.*, 1999:180) en daarna in toepaslike temas gegroepeer. Dit is gedoen om die groot hoeveelheid data en inligting te reduseer tot selektiewe en eenvoudige inligting wat maklik verstaan kan word (vgl. Katzenellenbogen *et al.*, 1999:180).

Alle versamelde data word ook in tabelle weergegee om die frekwensie waarin die response voorgekom het, aan te toon. 'n Respons wat tydens dieselfde onderhoud herhaal is, is net een keer verreken. Indien dieselfde respons in die opvolgonderhoud herhaal is, is dit weer verreken. Alle response word in die tabelle weergegee, maar net dié wat deur 'n paar respondente geopper is, sal bespreek word.

In figuur 4.8 tot figuur 4.11 word die kategorieë, groepe en temas soos dit gedurende die datareduksie na vore gekom het, weergegee.

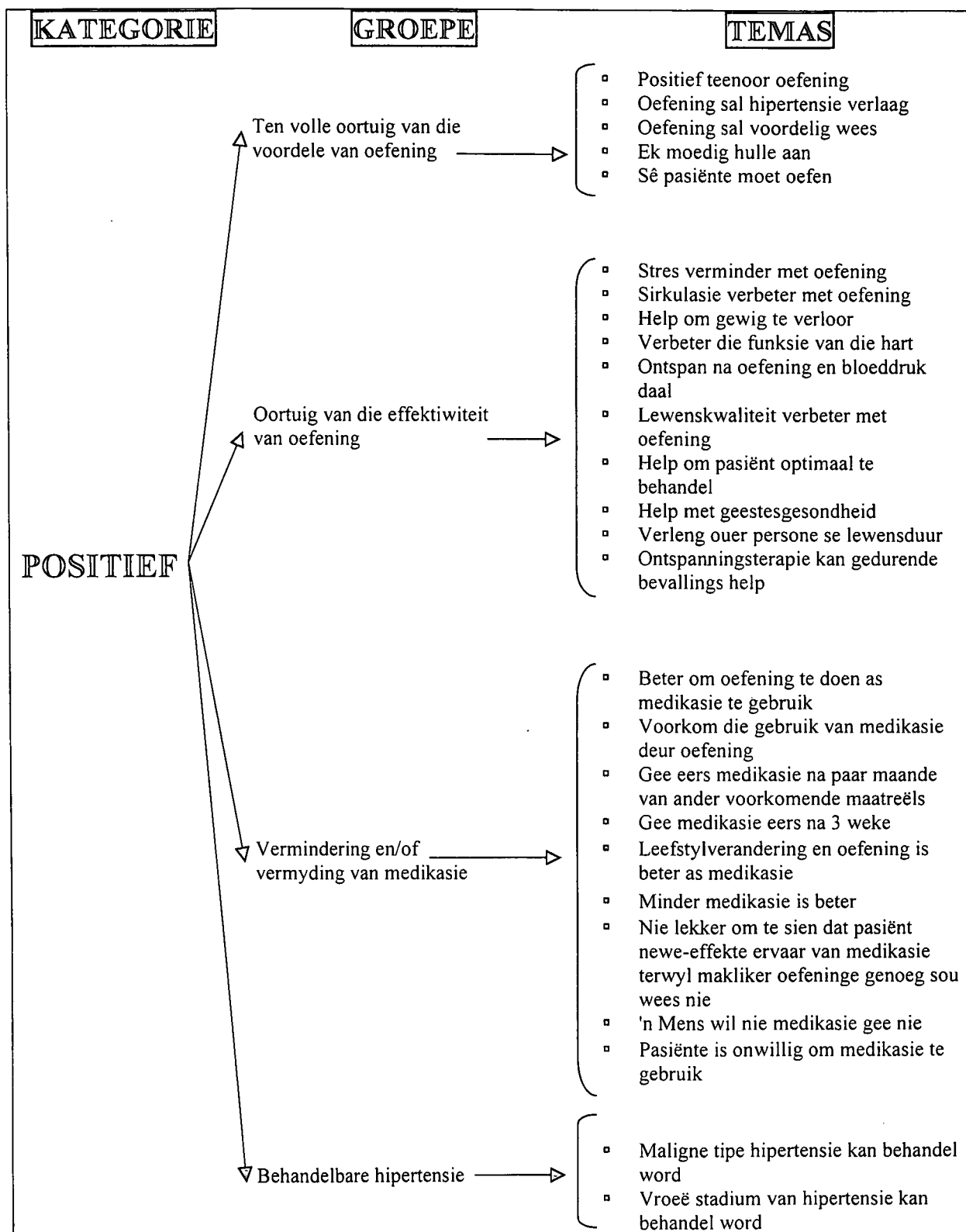
Die vier kategorieë waarin die data geplaas is, was

- Positiewe houding van verpleegkundiges;
- onkunde van verpleegkundiges;
- onseker/neutrale houding van verpleegkundiges, en
- negatiewe houding van verpleegkundiges.

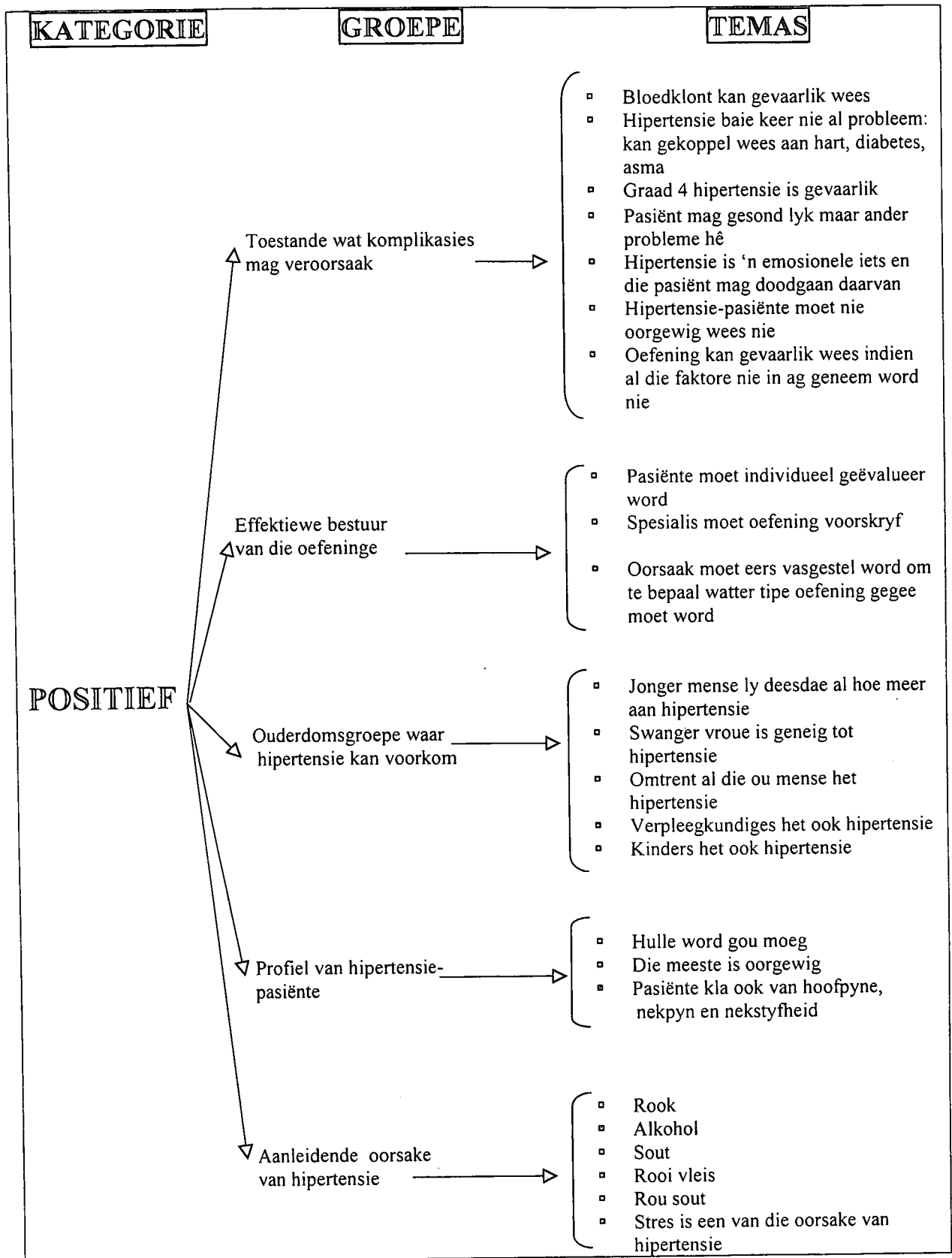
Die eerste kategorie, naamlik die **positiewe houding** van verpleegkundiges, word in figuur 4.8 weerspieël. Daar is gepoog om die temas, waar moontlik, in die presiese woorde van die respondente weer te gee.

### 4.3.3 Positiewe houding van verpleegkundiges

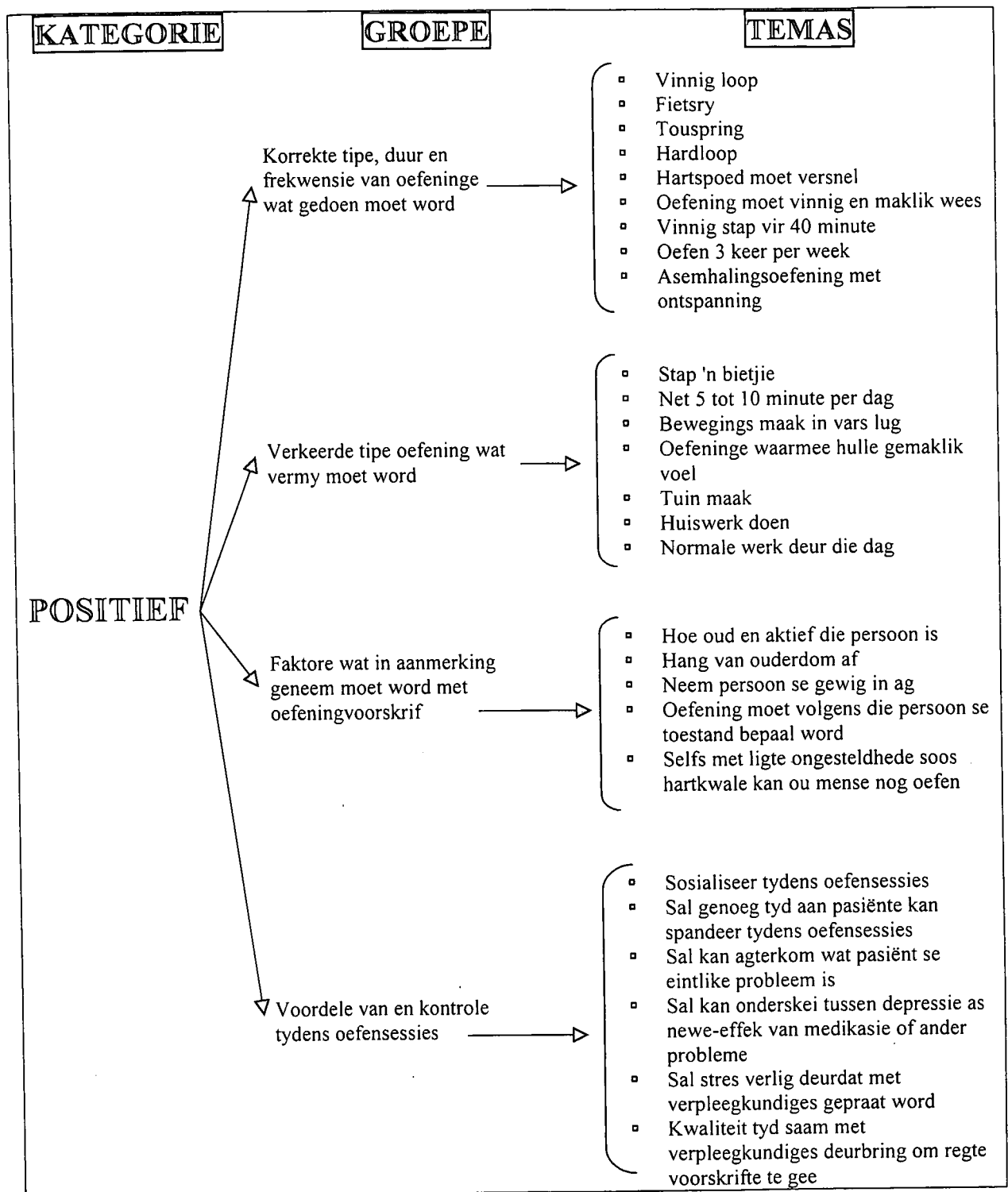
Dit is verblydend dat verpleegkundiges tydens die fokusgroeponderhoude duidelik 'n positiewe houding ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte openbaar het. Figuur 4.8 weerspieël die feit deur die sewentien groepe ten opsigte van wat geïdentifiseer is, terwyl die aantal en frekwensies van die verskillende positiewe response in tabel 4.3 weergegee word. Die bespreking ten opsigte van hul positiewe houding sal vervolgens aan die hand van die groepe wat geïdentifiseer is, bespreek word.



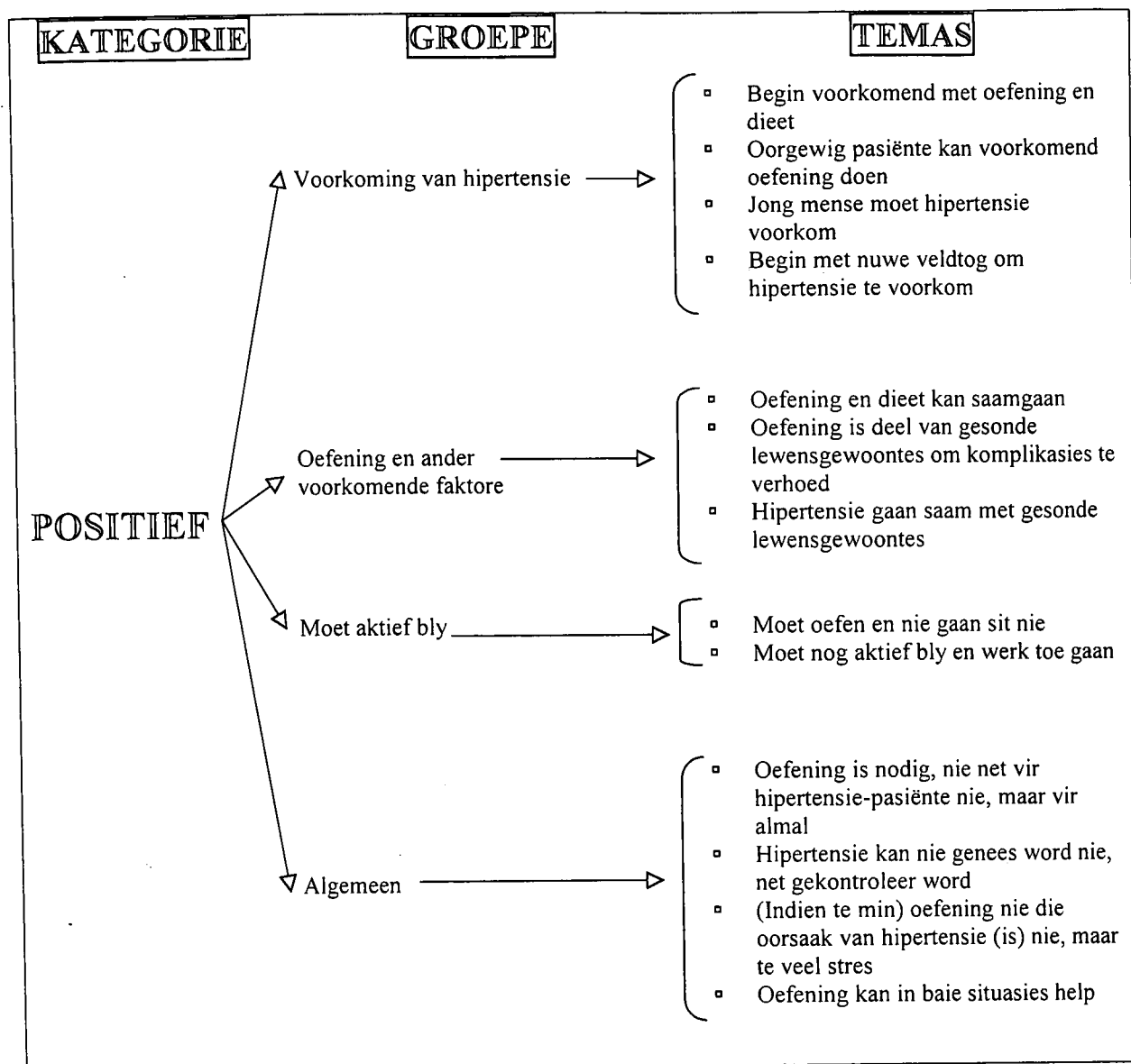
**Figuur 4.8** Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas



**Figuur 4.8** Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)



**Figuur 4.8** Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)



**Figuur 4.8** Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)

Respondente was **ten volle oortuig van die voordele van oefening** en het dit genoem dat hulle die pasiënte aanmoedig om oefening te doen aangesien hul kennis dra daarvan dat dit voordelig gebruik kan word om hipertensie te verlaag.

Die respondente in al drie fokusgroeponderhoude was **oortuig van die effektiwiteit van oefening**. Die drie temas wat die meeste in die response voorgekom het, was die feit dat die uitvoer van oefening stres sal verminder, sirkulasie sal verbeter en die pasiënte sal help om gewig te verloor. Hulle voel ook dat pasiënte ontspan na die uitvoer van oefening en dat hul bloeddruk sodoende daal. Oefening verbeter ook 'n persoon se funksionele gesondheidstatus (vgl. JNC VI, 1997:2422) en hierdie algehele

gevoel van beter gesondheid mag die rede wees waarom pasiënte ook minder depressief voel.

Nie alleen het hulle kennis van die goeie effek van oefening openbaar nie, maar ook voorstelle gemaak dat 'n veldtog ter voorkoming van hipertensie geloods moet word. Een respondent het gevoel dat indien oefeninge by klinieke aangebied kon word, personeel sowel as pasiënte daarby kan baat vind. Van die deelnemers het dit ook genoem dat hulle nie net ten gunste van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie is nie, maar dat hulle self die klasse sou wou aanbied indien die tyd dit sou toelaat. Versoeke vir dienslewering deur fisioterapeute by die verskillende klinieke is ook gemaak.

Tot in hierdie stadium was die response van fokusgroeponderhoud 3 baie goed gewees en het almal aan die onderhoud deelgeneem. Die groep het egter hierna duidelik aangedui dat hulle haastig was en nie veel meer te sê gehad het nie. Alhoewel die fasiliteerder hulle voortdurend aangemoedig het om nog menings te lug, was daar net enkele response vir die res van die onderhoud (sien tabel 4.8).

Die respondente van fokusgroeponderhoude 1 en 2 het sterk gevoelens geopenbaar teenoor die newe-effekte wat die voorgeskrewe medikasie op hul pasiënte het en het verkies dat **vermindering en/of vermyding van medikasie** moet plaasvind. Alhoewel dit net as een respons in tabel 4.8 aangedui word, het die ander respondente hul koppe instemmend geknik en duidelik laat blyk dat hulle dieselfde daarvoor voel. Hulle was dit eens dat medikasie nie dadelik voorgeskryf moet word nie en dat dit baie beter sou wees indien leefstylveranderinge en die aanmoediging tot die doen van oefening eers vir 'n paar weke of 'n paar maande voorgeskryf moet word. Een respondent het dit genoem dat dit nie lekker is om te sien dat pasiënte newe-effekte van hul medikasie ervaar, terwyl makliker oefening voldoende vir hulle sou wees nie. Medikasie soos reserpine kan depressie in pasiënte veroorsaak, terwyl kalsiumkanaalblokkers hoofpyn, warm gloede en edeem van die onderbene kan veroorsaak. Kommer is ook deur respondente uitgespreek dat hulle nie, weens gebrek aan tyd saam met die pasiënte, kan onderskei of die depressie van hul pasiënte dalk aan die medikasie te wyte is of nie.

Die respondente het geweet dat **behandelbare hipertensie** die vroeë stadium van hipertensie, asook die maligne tipe hipertensie, insluit.

Fokusgroeponderhoud 1 se respondente was deeglik daarvan bewus dat daar **siektetoestande is wat komplikasies mag veroorsaak**. Alhoewel net een respons in die tabel aangedui word, het die ander respondente saamgesels en ook gevoel dat oefening gevaarlik kan wees indien al die ander moontlike siektetoestande, soos hartkwale, diabetes, asma en oorgewig nie in ag geneem word nie. Soos uit die literatuuroorsig blyk (De Man, 2001), is dit belangrik dat aanbieders van oefenprogramme deeglik bewus sal wees van die voorsorgmaatreëls wat tydens oefensessies gevolg moet word om pasiënte met bykomende siektetoestande met sorg te hanteer.

Die respondente het dit duidelik gestel dat hulle bang is om oefening vir pasiënte voor te skryf sonder dat die pasiënt deur 'n dokter of spesialis geëvalueer is en 'n oefenvoorskrif aan die pasiënt gegee het. **Effektiewe bestuur van die oefeninge** moet plaasvind en die oorsaak van die pasiënt se hipertensie moet eers vasgestel word om die tipe oefening te bepaal.

**Die ouderdomsgroepe waar hipertensie kan voorkom**, is aan die respondente bekend en hulle het genoem dat swanger vroue, ou mense, asook verpleegkundiges en kinders aan hipertensie kan ly. Dit is ook genoem dat jonger mense deesdae al hoe meer hipertensie ontwikkel. Die **profiel van die hipertensie-pasiënte** is uitgewys as pasiënte wat gou moeg word, oorgewig is en wat van hoofpyne, nekpyne en nekstyfheid kla.

Kennis omtrent die **aanleidende oorsake van hipertensie** was by die respondente van fokusgroeponderhoud 1 baie goed gewees. Behalwe dat die gebrek aan fisiese aktiwiteit nie genoem is nie, het hulle rook, alkohol, sout, rooi vleis en stres as die belangrikste oorsake van hipertensie uitgelig. Slegs een respons is uit fokusgroeponderhoud 2 ontvang en geen uit fokusgroeponderhoud 3.

Die respondente van fokusgroeponderhoud 1 en fokusgroeponderhoud 2 was oor die algemeen nie seker wat die **korrekte tipe, duur en frekwensie van oefening vir die**

**pasiënte moes wees om hipertensie te verlaag nie.** Dit was opvallend dat die respondente van fokusgroeponderhoud 3 almal vinnig loop as die korrekte oefentipe aangedui het en hardloop ook as 'n opsie genoem het, terwyl die minderheid van fokusgroeponderhoude 1 en 2 se respondente daarvan bewus was dat die korrekte tipe oefening die hartspoed en asemhaling moet versnel, soos deur vinnig te loop, te hardloop, fiets te ry en tou te spring (vgl. Goldstein *et al.*, 1988;110). Daar was ook groot onsekerheid omtrent die duur van die oefensessie en hoe gereeld dit gedoen behoort te word en net een respondent in fokusgroeponderhoud 1 het die korrekte antwoord daarvoor gehad.

Die **verkeerde tipe oefening wat vermy moet word** het algemene byval onder lede van fokusgroeponderhoude 1 en 2 gevind. Hulle het genoem dat die oefeninge stadige, ligte oefening moet wees en hulle het ook nie duidelike onderskeid tussen aktiwiteite soos tuinmaak en gewone daaglikse huishouding, en oefening getref nie. Stadig loop het ook byval gevind omdat hulle gevoel dat dit nie gevaarlik vir die pasiënte is nie.

**Faktore wat in aanmerking geneem moet word met oefenvoorskrif** is korrek genoem as hoe oud en aktief die persoon is, die gewig van die persoon, die gesondheidstoestand van die persoon en dat selfs met ligte ongesteldhede, soos hartkwale, ou mense nog kan oefen.

Al die respondente van fokusgroeponderhoud 2 het baie **voordele in die saamkom vir deelname aan 'n oefensessie** gesien. Hulle het gevoel dat daar meer tyd saam met die pasiënte deurgebring kan word, wat die verpleegkundiges en die pasiënte kans sal gee om te sosialiseer. Sodoende sal die verpleegkundiges kan agterkom of die depressie van hul pasiënte 'n nuwe-effek van die medikasie of die gevolg van ander probleme is. Die respondente het ook gevoel dat daar kwaliteit tyd saam met die pasiënte tydens die oefensessies deurgebring kan word en, deur met die pasiënte te sosialiseer, sal die pasiënte hul probleme met die verpleegkundiges bespreek en sodoende van hul stres ontslae raak. Alhoewel hierdie groep respondente herhaaldelik na hierdie onderwerp teruggekeer het, is dit nie in een van die ander fokusgroeponderhoude genoem nie.

Respondente uit al drie fokusgroeponderhoude het gevoel dat daar **voorkomend teen**

**hipertensie** te werk gegaan moet word deur oefening en dieetkontrole aan te beveel. Jong mense kan sodoende ook hipertensie voorkom. Daar is ook aanbeveel dat 'n nuwe veldtog ter voorkoming van hipertensie begin moet word.

Behalwe die **uitvoer van oefeninge**, het die respondente ook gevoel dat daar **ander voorkomende faktore**, soos gesonde lewenstylgewoontes, is wat sal help om komplikasies te verhoed. Hulle het dit genoem dat die hipertensie-pasiënte **aktief moet bly** deur met oefening aan te hou, werk toe te gaan en nie te gaan sit nie.

In die **algemeen** is dit genoem dat oefening nie net vir hipertensie-pasiënte nodig is nie, maar wel vir almal, aangesien dit in baie situasies van hulp is, dat hipertensie nie genees kan word nie, maar net deur medikasie en ander hulpmiddels gekontroleer word en sommige respondente het gevoel dat te min oefening nie die oorsaak van hipertensie is nie, maar wel die feit dat die pasiënt aan te veel stres blootgestel word.

Alhoewel die respondente daarna verwys het dat die voordeel van oefeninge vir hul hipertensie-pasiënte vermindering van medikasie, met die gevolglike vermindering van newe-effekte meebring, is dit nogal opvallend dat geen respondent gedurende die fokusgroeponderhoude na die **koste van medikasie** vir hul hipertensie-pasiënte verwys het nie – 'n faktor wat 'n aansienlike uitgawe vir die staat beteken.

Die algemene positiewe houding van die respondente ten opsigte van oefening vir hipertensie-pasiënte, kan mooi saamgevat word in 'n opmerking wat die fasiliteerder tydens fokusgroeponderhoud 1 gemaak het toe sy die volgende gesê het:

*It makes me wonder why we haven't prescribed exercise to our patients earlier? All people are so positive!"*

Tabel 4.3 Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas

POSITIEWE HOUDING		FOKUSGROEPPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Ten volle oortuig van die voordele van oefening	▫ Positief teenoor oefening	1	16	3	50		
	▫ Oefening sal hipertensie verlaag	6	100	1	16		
	▫ Oefening sal voordelig wees					1	25
	▫ Ek moedig hulle aan			2	33		
	▫ Sê pasiënte moet oefen	1	16			1	25
Oortuig van die effektiwiteit van oefening	▫ Stres verminder met oefening	2	33	2	33	1	25
	▫ Sirkulasie verbeter met oefening	3	50	3	50	2	50
	▫ Help om gewig te verloor	3	50	3	50	2	50
	▫ Verbeter die funksie van die hart					1	25
	▫ Ontspan na oefening en bloeddruk daal	1	16	2	33		
	▫ Lewenskwaliteit verbeter met oefening			1	16	1	25
	▫ Help om pasiënt optimaal te behandel	1	16				
	▫ Help met geestesgesondheid	1	16				
	▫ Verleng ouer persone se lewensduur			1	16		
	▫ Ontspanningsterapie kan gedurende bevallings help	1	16	1	16		

Tabel 4.3 Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)

POSITIEWE HOUDING		FOKUSGROEPPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Vermindering en/of vermyding van medikasie	▫ Beter om oefening te doen as medikasie te gebruik			1	16		
	▫ Voorkom die gebruik van medikasie deur oefening			1	16		
	▫ Gee eers medikasie na paar maande van ander voorkomende maatreëls	1	16				
	▫ Gee medikasie eers na 3 weke	1	16				
	▫ Leefstylverandering en oefening is beter as medikasie	1	16				
	▫ Minder medikasie is beter			1	16		
	▫ Nie lekker om te sien dat pasiënt newe-effekte ervaar van medikasie terwyl makliker oefening genoeg sou wees nie			1	16		
	▫ 'n Mens wil nie medikasie gee nie	1	16				
	▫ Pasiënte is onwillig om medikasie te gebruik			1	16		
Behandelbare hipertensie	Maligne tipe hipertensie kan behandel word	2	33				
	Vroeë stadium van hipertensie kan behandel word	2	33				
Toestande wat komplikasies mag veroorsaak	▫ Bloedklont kan gevaarlik wees	1	16				
	▫ Hipertensie baie keer nie al probleem: kan gekoppel wees aan hartsiektes, diabetes, asma	1	16				
	▫ Graad 4 hipertensie is gevaarlik	1	16				
	▫ Pasiënt mag gesond lyk, maar ander probleme hê	1	16				
	▫ Hipertensie is 'n emosionele iets en die pasiënt mag doodgaan daarvan	1	16				
	▫ Hipertensie-pasiënte moet nie oorgewig wees nie			2	33		
	▫ Oefening kan gevaarlik wees indien al die faktore nie in ag geneem word nie	1	16				

Tabel 4.3

Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)

POSITIEWE HOUDING		FOKUSGROEPPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Effektiewe bestuur van die oefeninge	▫ Pasiënte moet individueel ge-evalueer word	1	16				
	▫ Spesialis moet oefening voorskryf	2	33				
	▫ Oorsaak met eers vasgestel word om te bepaal watter tipe oefening gegee moet word	1					
Prevalensie van hipertensie	▫ Jonger mense ly deesdae al hoe meer aan hipertensie			2	33		
	▫ Swanger vroue is geneig tot hipertensie	1	16				
	▫ Omtrent al die ou mense ly aan hipertensie			2	33		
	▫ Verpleegkundiges het ook hipertensie			2	33		
	▫ Kinders ly ook aan hipertensie			1	16		
Profiel van 'n hipertensie-pasiënt	▫ Hulle word gou moeg	4	66				
	▫ Die meeste is oorgewig	4	66	1	16	1	25
	▫ Pasiënte kla ook van hoofpyne, nekpyne en nekstyfheid			1	16		
Bykomende oorsake tot hipertensie	▫ Rook	6	100				
	▫ Alkohol	6	100				
	▫ Sout	6	100				
	▫ Rooi vleis	6	100				
	▫ Stres is een van die oorsake van hipertensie	2	33	1	16		
	▫ Stres a.g.v. werkloosheid is in baie gevalle die oorsaak			1	16		

Tabel 4.3 Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)

POSITIEWE HOUDING		FOKUSGROEPPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Korrekte tipe, duur en frekwensie oefeninge wat gedoen moet word	▫ Vinnig loop	3	50	2	33	4	100
	▫ Fietsry	1	16	1	16		
	▫ Touspring	1	16				
	▫ Hardloop					1	25
	▫ Hartspoed moet versnel	1	16				
	▫ Oefening moet vinnig en maklik wees	1	16				
	▫ Vinnig stap vir 40 minute	1	16				
	▫ Oefen 3 keer per week			1	16		
	▫ Asemhalingsoefening met ontspanning	2	33	1	16		
Verkeerde tipe en duur van oefening wat vermy moet word	▫ Stap 'n bietjie	1	6	1	16	1	25
	▫ Bewegings maak in vars lug			1	16		
	▫ Oefening waarmee hulle gemaklik voel			1	16		
	▫ Tuin maak	1	16				
	▫ Huiswerk doen	1	16	1	16		
	▫ Normale werk deur die dag			1	16		
	▫ Net 5 tot 10 minute per dag			1	16		
Faktore wat in aanmerking geneem moet word met oefeningvoorskrif	▫ Hoe aktief die persoon is	1	16				
	▫ Hang van ouderdom af	1	16	1	16		
	▫ Neem persoon se gewig in ag				1	16	
	▫ Oefening moet volgens die persoon se toestand bepaal word			1	16		
	▫ Selfs met ligte ongesteldhede soos hartkwale kan ou mense nog oefen			1	16		

Tabel 4.3 Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)

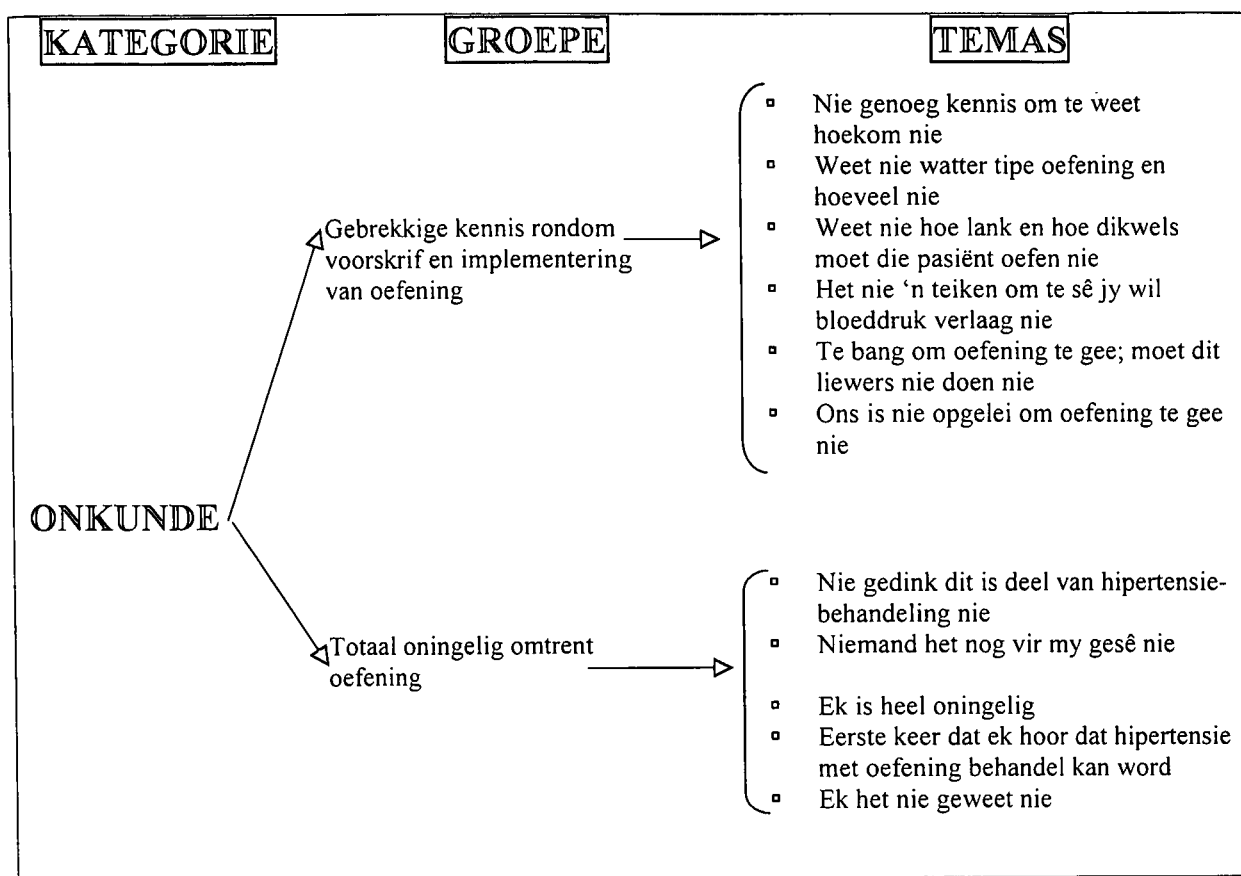
POSITIEWE HOUDING		FOKUSGROEPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
	▫ Sosialiseer tydens oefensessies			2	33		
	▫ Sal genoeg tyd aan pasiënte kan spandeer tydens oefensessies			1	16		
	▫ Sal kan agterkom wat pasiënt se eintlike probleem is			1	16		
Voordele van en kontrole tydens oefensessies	▫ Sal kan onderskei of depressie 'n nuwe-effek van medikasie is of as gevolg van ander probleme			4	66		
	▫ Deur met verpleegkundiges te praat, sal stres verlig word			2	33		
	▫ Kwaliteit tyd saam met verpleegkundiges deurbring wat regte voorskrifte verseker			1	16		
	▫ Oorgewig pasiënte kan voorkomend oefening doen					1	16
Voorkoming van hipertensie	▫ Begin voorkomend met oefening en dieet	2	33				
	▫ Jong mense moet hipertensie voorkom			1	16		
	▫ Begin met nuwe veldtog om hipertensie te voorkom	1	16				
	▫ Oefening en dieet vul mekaar aan	1	16	1	16		
Oefening en ander voorkomende faktore	▫ Oefening is deel van gesonde lewensgewoontes om komplikasies te verhoed	1	16				
	▫ Hipertensie gaan saam met gesonde lewensgewoontes	1	16	1	16		
Moet aktief bly	▫ Moet oefen en nie gaan sit nie			1	16		
	▫ Moet nog aktief bly en werk toe te gaan			1	16		

Tabel 4.3 Positiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas (vervolg)

POSITIEWE HOUDING		FOKUSGROEPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
	▫ Oefening is nodig, nie net vir hipertensie-pasiënte nie, maar vir almal			1	16		
Algemeen	▫ Hipertensie kan nie genees word nie, net gekontroleer word			1	16		
	▫ Min oefening is nie die oorsaak van hipertensie nie, maar te veel stres is	1	16				
	▫ Oefening kan in baie situasies help			1	16		
<b>TOTAAL</b>		<b>95</b>		<b>70</b>		<b>33</b>	

#### 4.3.4 Onkundige houding van verpleegkundiges

Verpleegkundiges het tydens die fokusgroeponderhoude ook 'n onkundige houding ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte openbaar. Hulle het oor geen of minimale kennis van die voordele van oefening beskik en het as gevolg daarvan nie oefening aan pasiënte voorgeskryf nie. Figuur 4.9 weerspieël die feit deur die twee groepe wat geïdentifiseer is. In tabel 4.4 word die aantal en frekwensies van die onkundige response weergegee.



**Figuur 4.9** Onkundige houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas

Die respondente het **gebrekkige kennis rondom die voorskrif en implementering van oefening** getoon aangesien “niemand (dit) nog vir my gesê het nie”. Respondente het dit genoem dat hulle nie weet watter tipe oefening gedoen moet word en hoeveel daarvan nie, en dat daar nie regtig 'n doel is om voor te werk wanneer oefening vir hipertensie-pasiënte voorgeskryf word nie. Een respondent was selfs te bang om oefening voor te skryf en het dit daarom liewers nie gedoen nie. Dieselfde reaksie is van respondente uit fokusgroeponderhoude 2 en 3 verkry en is dit genoem dat hulle nie opgelei is om oefeninge aan te bied nie.

Twee respondente was **totaal oningelig omtrent oefening** as deel van die behandeling van hipertensie-pasiënte en die een respondent het genoem dat dit die eerste keer is dat sy hoor dat hipertensie met oefening behandel kan word en dit nooit as deel van hipertensiebehandeling beskou het nie.

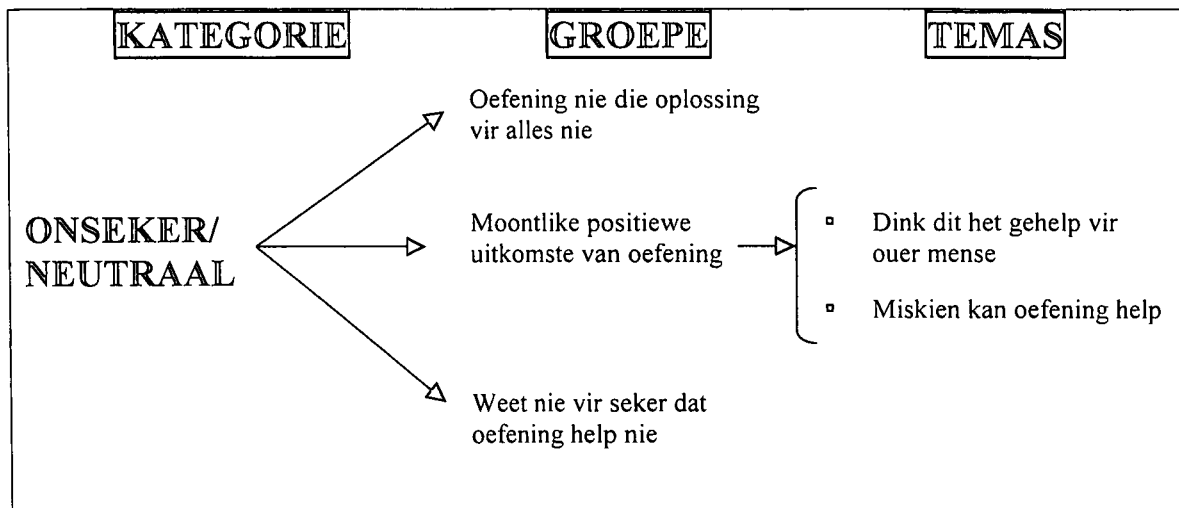
Alhoewel verpleegkundiges in hul huidige voor- en nagraadse kurrikulum opleiding ontvang omtrent die behandeling van hipertensie deur middel van oefening, mag dit wees dat dit voorheen nie in die kurrikulum ingesluit was nie. Dit mag ook wees dat vaslegging by die spesifieke verpleegkundiges nie plaasgevind het nie.

Tabel 4.4 Onkundige houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas

ONKUNDIGE HOUDING		FOKUSGROEPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Gebrekkige kennis rondom voorskrif en implementering van oefening	▫ Nie genoeg kennis om te weet hoekom nie	1	16			1	16
	▫ Weet nie watter tipe oefening en hoeveel nie	1	16		1	16	
	▫ Weet nie hoe lank moet die pasiënt oefen nie	1	16				
	▫ Het nie 'n teiken om te sê jy wil bloeddruk verlaag nie	2	33				
	▫ Te bang om oefening te gee, moet dit liewers nie doen nie	1	16				
	▫ Ons is nie opgelei om oefening te gee nie	1	16	1	16		
Totaal oningelig omtrent oefening	▫ Nie gedink dit is deel van hipertensiebehandeling nie	1	16				
	▫ Niemand het nog vir my gesê nie	1	16				
	▫ Ek is heel oningelig	1	16				
	▫ Eerste keer dat ek hoor dat hipertensie met oefening behandel kan word			1	16		
	▫ Ek het nie geweet	1	16				
<b>TOTAAL</b>		<b>11</b>		<b>2</b>		<b>7</b>	

### 4.3.5 Onseker/neutrale houding van verpleegkundiges

Twee respondente het 'n onseker/neutrale houding teenoor oefening geopenbaar soos in figuur 4.10 weerspieël word. In tabel 4.5 word die aantal en frekwensies van die response weergegee.



**Figuur 4.10** Onseker/neutrale houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas

Een respondent het gevoel dat **oefening nie die oplossing vir alles is nie**. Wanneer 'n hipertensie-pasiënt byvoorbeeld stres ervaar as gevolg van werkloosheid, en daar geen onmiddellike oplossing vir hierdie spesifieke probleem bestaan nie, sal oefening nie die bloeddruk van hierdie pasiënt verlaag nie. Uit die literatuur blyk dit egter dat alhoewel die oefening nie die stres van die persoon permanent kan verlig nie, dit definitief kan bydra tot die vermindering en makliker hantering daarvan (JNC VI, 1997:2422).

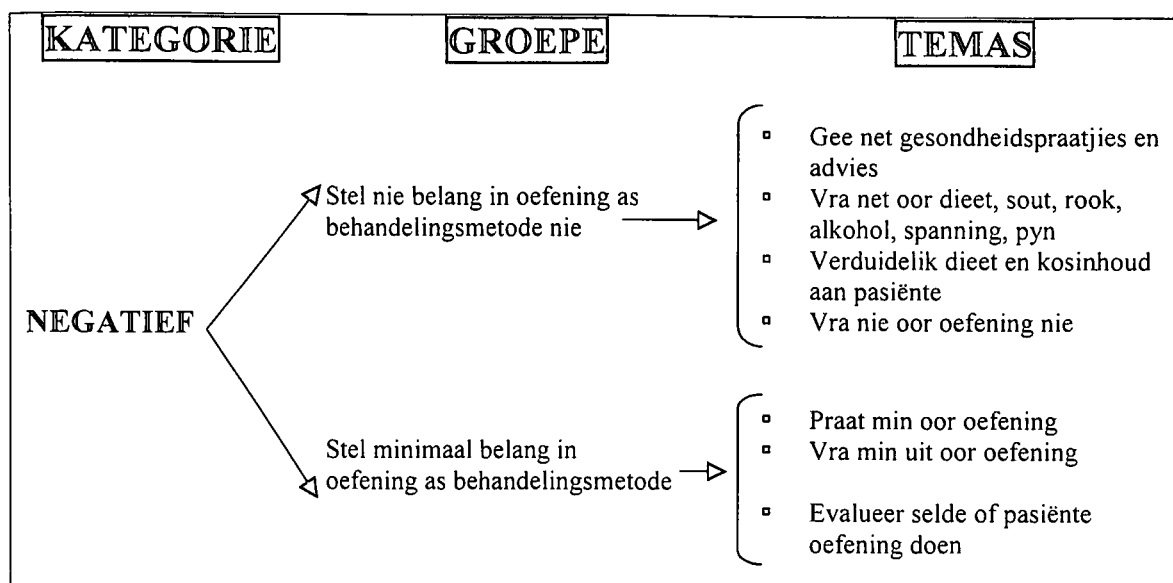
Dieselfde respondent het dit ook genoem dat verpleegkundiges baie van hulle pasiënte nie gereeld sien nie, aangesien die pasiënte die neiging openbaar om tussen die verskillende klinieke te wissel, en sodoende kan die **moontlike positiewe uitkomste van oefening** op hul hipertensie nie nagegaan word nie en weet verpleegkundiges **nie vir seker dat oefening vir hipertensie help nie**.

Tabel 4.5 Onseker/neutrale houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas

ONSEKER/NEUTRALE HOUDING		FOKUSGROEPPONDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Oefening kan ook nie alles regmaak nie				1	16		
Moontlike positiewe uitkomst van oefening	▫ Dink dit het gehelp vir die ouer mense			1	16		
	▫ Miskien kan oefening help	1	16				
Weet nie vir seker dat oefening help nie				1	16		
<b>TOTAAL</b>		<b>1</b>		<b>3</b>		<b>0</b>	

#### 4.3.6 Negatiewe houding van verpleegkundiges

In elke fokusgroeponderhoud was daar respondente wat nie belang gestel het in oefening as 'n behandelingsmetode vir hul pasiënte nie. Alhoewel sommige oor kennis van die tipe oefeninge en die duur van die oefensessies beskik het, het hulle verkies om dit nie in hul behandeling te implementeer nie en is dit as 'n negatiewe houding genoteer.



**Figuur 4.11** Negatiewe houding van verpleegkundiges volgens groepe en temas

Die respondente wat nie in **oefening as 'n behandelingsmetode belang gestel het nie** het genoem dat hulle net gesondheidspraatjies en advies gee en net uitvra oor "*dieet, sout, rook, alkohol, spanning en pyn, maar nie oor oefening nie*".

Nog respondente uit fokusgroeponderhoude 1 en 2 het die indruk gegee dat hulle **minimaal in oefening as 'n behandelingsmetode** vir hipertensie belang stel. Hulle praat min met hul pasiënte oor oefening, vra ook nie daaroor uit nie en evalueer selde of hipertensie-pasiënte oefening doen.

Tabel 4.6 Negatiewe houding van verpleegkundiges volgens goepe en temas

NEGATIEWE HOUDING		FOKUSGROEPOUNDERHOUD					
Groep	Tema	1 N=6		2 N=6		3 N=4	
		F	%	F	%	F	%
Stel nie belang in oefening as behandelingsmetode nie	▫ Gee net gesondheidspraatjies en advies			1	16		
	▫ Vra net oor dieet, sout, rook, alkohol, spanning en pyn	1	16				
	▫ Verduidelik dieet en kosinhoud aan pasiënte					1	25
	▫ Vra nie oor oefening nie	1	16	1	16		
Stel minimaal belang in oefening as behandelingsmetode	▫ Praat min oor oefening	1	16				
	▫ Vra min uit oor oefening	3	50				
	▫ Evalueer selde of pasiënte oefening doen			1	16		
<b>TOTAAL</b>		<b>6</b>		<b>3</b>		<b>1</b>	

#### 4.4 ALGEMENE SAMEVATTING

Uit die bogenoemde bespreking van die data blyk dit duidelik dat die houding van die verpleegkundiges oorwegend positief teenoor oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte is. Alhoewel hulle baie keer verkeerde oefeninge vir hul pasiënte voorskryf, en dus nie oor voldoende kennis beskik nie, het hulle tog 'n positiewe houding geopenbaar en behoort die klem in die opleidingsprogram dus op die kennis van oefening te val. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat hierdie groep verpleegkundiges, indien hulle toegerus sou word met voldoende kennis, 'n positiewe bydrae kan maak om oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te promoveer. Sodoende kan hulle 'n beduidende bydrae tot die beheer en behandeling van hipertensie maak.

Slegs enkele verpleegkundiges het onkundig, onseker/neutral, of negatief teenoor oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie voorgekom. Soos uit die besprekings afgelei kan word, was hulle nie teen die gebruik van oefening as sulks gekant nie, maar

het hulle eerder aangedui dat oefening nie die oplossing in alle situasies is nie en dat hulle uit onkunde nie van oefening as 'n behandelingsmetode gebruik maak nie.

Die inligting vanuit die vraelyste verkry, het getoon dat verpleegkundiges nie oor genoegsame kennis van die korrekte oefentipes, die duur van die oefensessie en die aantal kere wat dit per week gedoen moet word, beskik nie. Tydens die fokusgroeponderhoude het die respondente dit ook pertinent genoem dat, alhoewel hulle 'n positiewe houding teenoor oefening as 'n behandelingsmetode vir hul pasiënte het, hulle nie oor die nodige kennis beskik om oefening met vrymoedigheid te implementeer nie.

Dit mag wees dat onvoldoende kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte hul houding teenoor die voorskryf van oefening negatief kon beïnvloed. 'n Poging moet aangewend word om hulle kennis te verbeter en hulle sodoende in staat sal stel om oefening vir hul pasiënte met insig en vertroue voor te skryf. Dit behoort ook hul houding nog meer positief te beïnvloed en die verpleegkundiges wat aanvanklik onseker of negatief was, kan hierdeur gemotiveer word.

In hoofstuk 5 word aandag gegee aan die ontwikkeling van riglyne vir 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges in 'n poging om hul kennis met betrekking tot oefening vir hipertensie-pasiënte te verbeter.

# HOOFSTUK 5

## *Riglyne vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram*

---

---

### 5.1 INLEIDING

Soos uit die bevindinge van die navorsingstudie in hoofstuk 4 geblyk het, is die kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n metode van behandeling vir hipertensie-pasiënte nie voldoende om hulle in staat te stel om met vertroue oefening vir hul pasiënte voor te skryf nie. Die behoefte aan meer inligting oor die tipe oefening wat vir pasiënte voorgeskryf moet word, is tydens die fokusgroeponderhoude uitgespreek (sien Bylae F, G en H). Van die respondente het genoem dat hulle bereid is om self oefeningklasse vir die hipertensie-pasiënte aan te bied, maar dat hulle as gevolg die hoë werkslading nie die tyd daarvoor het nie. Die behoefte aan fisioterapiedienste by die klinieke is ook uitgespreek en die respondente meen dat 'n spanbenadering hier van toepassing behoort te wees. Een van die respondente in fokusgroeponderhoud 2 het dit saamgevat deur te sê dat "... *physiotherapists need nurses and nurses need physiotherapists*".

Soos reeds genoem, is daar nie genoeg fisioterapeute om diens aan al die klinieke te lewer nie, maar die bemagtiging van verpleegkundiges, deur die verbetering van hul kennis ten opsigte van oefeninge vir hipertensie-pasiënte, kan hulle in staat stel om hulle pasiënte met goeie raad te bedien. 'n Opleidingsprogram wat al die nodige inligting bevat om die verpleegkundiges toe te rus om oefeninge met vertroue aan te beveel, moet dus ontwikkel word.

### 5.2 METODES VAN GESONDHEIDSONDERRIG

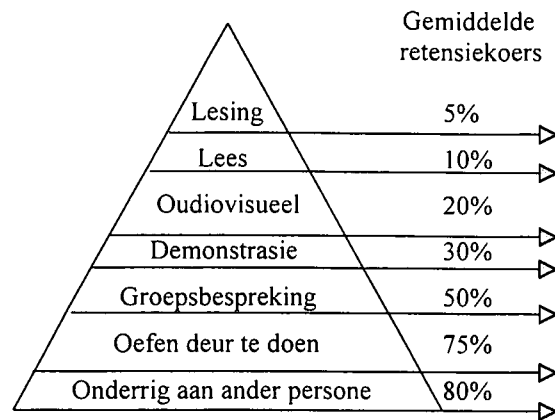
Twee metodes van gesondheidsonderrig is moontlik, naamlik informele en formele onderrig. Informele onderrig word meestal in die praktyk tydens persoonlike kontak met die pasiënt gebruik en vind op 'n ongestruktureerde wyse plaas. Tegnieke wat hier gebruik kan word, sluit die praat-en-luister- en vra-en-antwoord-tegnieke in. Die houding van die gesondheidsorgwerker teenoor siekte en gesondheid beïnvloed die

pasiënt ook bewustelik of onbewustelik (Uys & Mulder [1984] in Steinhöbel, 1998:104).

Formele onderrig word vooraf beplan en word op spesifieke vasgestelde tye en plekke aangebied om die aandag van die leerders op 'n spesifieke onderwerp te vestig (Schwenk & Whitman, 1987:76). 'n Geskikte onderriggids oor die bepaalde onderwerp word gebruik (Uys & Mulder [1984] in Steinhöbel, 1998:105), wat in hierdie geval die opleidingsprogram vir die behandeling van hipertensie-pasiënte sal wees.

Die doel van die opleidingsprogram wat hier bespreek word, is om die kennis van verpleegkundiges by klinieke aangaande oefeninge vir hipertensie-pasiënte te verbeter, en die formele onderrigmetode sal die mees geskikte daarvoor wees. Die lesing- en demonstrasiemetode sal die mees geskikte wees, aangesien die hoeveelheid kennis só beter oorgedra kan word en enige onduidelikhede wat in die lesing mag ontstaan het, sal ook so uit die weg geruim kan word (Uys & Mulder [1984] in Steinhöbel, 1998:105). Indien oudiovisuele middels soos die videoband saam met die lesingmetode gebruik word, sal dit help om die leerders se konsentrasie en belangstelling in die aanbieding te behou (Newbly & Cannon, 1987:9) en leerretensie te verhoog (Van Wyk, 2002). Wanneer leerders 'n demonstrasie tydens die aanbied van 'n lesing ontvang, verhoog die leerretensie na 30% en selfs tot 75% indien die leerder die demonstrasie self sou herhaal (Van Wyk, 2002). (Sien figuur 5.1.)

Aangesien dit nodig is om die maksimum leerretensie by die verpleegkundiges te bewerkstellig, kan daar na afloop van die formele lesing ook 'n praktiese demonstrasie van 'n oefenklas vir hipertensie-pasiënte aan die verpleegkundiges gegee word om hulle aan die vaardighede en tegnieke wat die aanbied van 'n oefensessie vereis, bloot te stel. Die praktiese uitvoering van die oefeninge sal hierna deur die verpleegkundiges self gedoen word om maksimum leerretensie van die inhoud van die inligtingstuk en videoband te verseker (Van Wyk, 2002). (Sien figuur 5.1.)



Figuur 5.1 Die leerpiramide

### 5.3 DIE OPLEIDINGSPROGRAM

'n Opleidingsprogram moet aan sekere vereistes en standaarde voldoen en belangrike metodes van gesondheidonderrig moet ook in gedagte gehou word. **Riglyne** vir 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges is na 'n literatuursoektog saamgestel en indien 'n opleidingsprogram hiervolgens ontwikkel word, sal dit die verpleegkundiges in staat stel om ingeligte aanbevelings ten opsigte van oefening aan hipertensie-pasiënte te maak.

Die opleidingsprogram bestaan uit twee dele, naamlik

- 'n maklik hanteerbare **inligtingstuk** waarin aandag geskenk word aan die verbetering van verpleegkundiges se kennis ten opsigte van die oefeninge wat hulle vir hul hipertensie-pasiënte kan aanbeveel, en
- 'n **videoband** waar 'n oefenklas vir hipertensie-pasiënte gedemonstreer word en die belangrikste kennis waarvoor die aanbieder van die klas moet beskik, weer herhaal word.

#### 5.3.1 Samestelling en uitleg van die inligtingstuk

'n Komplekse interaksie bestaan tussen die student, die teks, die student se akademiese ingesteldheid en -vaardighede asook sy/haar agtergrond en leeromgewing (Greyling, 1999,8). Volgens Bergh *et al.* in Greyling (1999:8) is dit hierdie faktore

wat die manier waarop die leerder die teks benader, beïnvloed en die leeruitkomste gedeeltelik bepaal.

Voorafbeplanning vir 'n inligtingstuk is dus noodsaaklik en die volgende inligting moet vooraf ingewin word om seker te maak dat die inligtingstuk doeltreffend sal wees:

- Die teikengroep (Freeman & Lewis, 1995:9) en die gesondheidsboodskap (Simply Put, 1999:3) moet geïdentifiseer word.
- Aandag moet aan belangrike eienskappe van die lede van die teikengroep gegee word, naamlik hul geslag, ras, geloof, gewoontes, voor- en afkeure asook hul taalkeuse, lees- en taalvaardighede (Freeman & Lewis, 1995:9; Simply Put, 1999:3).
- Die sleutelboodskappe moet bepaal word (Simply Put, 1999:3).
- Die beste manier om die boodskap oor te dra moet as keuse van onderrig gekies word (Van Wyk, 2002).

'n Gesondheidsboodskap word hier aan 'n groot verskeidenheid van persone gekommunikeer en die opvoedingspeil van die persone varieer vanaf graad agt tot 'n nagraadse kwalifikasie. Dit sal dus nodig wees om die dokument vir almal toeganklik te maak. Daar is bevind dat selfs vaardige lesers al hoe minder gedrukte materiaal gebruik om inligting te bekom en dat hulle eerder staat maak op inligting wat vinnig via die televisie, radio en internet bekom kan word (Simply Put, 1999:2). Dit is dus noodsaaklik dat, indien 'n persoon wil hê dat die lesers die gedrukte materiaal van die inligtingstuk moet gebruik, dit in 'n maklik leesbare en aantreklike vorm sal verskyn. Die skryfstyl moet eenvoudig wees, die taal en visuele hulpmiddels moet sodanig wees dat die teikengehoor daarmee kan identifiseer, en die teks moet op so 'n wyse georganiseer word dat dit maklik is om daarop te reageer en dit te herroep (Simply Put, 1999:2). 'n Inligtingstuk in die vorm van 'n A5-grootte boekie kan tot beskikking van die verpleegkundiges gestel word, aangesien dit 'n gerieflike formaat en nie te groot is om te hanteer nie.

Dit is ook nodig dat daar wetenskaplik na die samestelling en uitleg van 'n inligtingstuk gekyk moet word om dit so gebruikersvriendelik as moontlik te maak sodat die verpleegkundiges dit sal wil lees en ook in hul werk sal wil gebruik.

Die wetenskaplike riglyne waaraan die inligtingstuk behoort te voldoen, word vervolgens onder ses aspekte bespreek.

(Alhoewel die inligtingstuk vir verpleegkundiges saamgestel word, sal dit ook geskik wees om aan hul pasiënte uit te deel en sal daar dus voortaan in die teks net na *die leser* verwys word.)

### **5.3.1.1 Inhoud van die boodskap**

Aangesien inligting oorgedra word met die doel om die leser se kennis te vermeerder en hom/haar te inspireer om lewenstylverandering aan te bring ten einde sy/haar bloeddruk self te beheer, moet dit op so 'n wyse gedoen word dat die leser dit sal verstaan, onthou en op die boodskap sal reageer (Simply Put, 1999:5). Min woorde en kort beskrywings behoort gebruik te word (Greyling, 1998:8). H.G. Wells in Greyling (1998:8) het dit as volg gestel: "*I write as I walk, because I want to get somewhere. And I write as straight as I can, because that is the shortest way of getting there.*"

Die volgende beginsels moet daarom in gedagte gehou word:

#### **1. *Beperk die aantal boodskappe***

- Vertel die leser net dit wat hulle behoort te weet (Greyling, 1998:8) en vermy detail wat net lekker is om te weet (Simply Put, 1999:5).
- Bly beperk tot een idee op 'n slag.
- Vermy lang lyste. (Simply Put, 1999:5)

In die geval van 'n program vir die behandeling van hipertensie-pasiënte sal dus net op die kennis van die korrekte uitvoer van oefening gekonsentreer word.

## 2. *Vertel die leser wat hulle moet doen*

- Sê duidelik watter aksies die leser moet uitvoer/doen, en
- beklemtoon die positiewe (Simply Put, 1999:6).

Die oefeninge sal goed verduidelik moet word en die voordele, wat dit vir die hipertensie-pasiënt inhou, sal beklemtoon word.

## 3. *Vertel die leser wat hulle sal wen deur die lees van die stuk*

Lesers wil weet hoe hulle sal baat deur die inligtingstuk te lees en dit moet aan die begin prominent genoem word. Die feit dat oefening hipertensie kan verlaag, sal dus prominent aan die begin van die inligtingstuk gemeld word (Simply Put, 1999:6).

## 4. *Kies die woorde versigtig*

- Kies monosillabiese woorde waar moontlik.
- Skryf asof daar met 'n vriend gepraat word.
- Moenie taal gebruik wat die lesers se intelligensie onderskat nie.
- Gebruik toepaslike wetenskaplike terminologie.
- Bly by die gebruik van dieselfde woorde.
- Gebruik voorbeelde bekend aan die leser.
- Vermyn afkortings en akronieme.
- Vermyn statistieke en gebruik algemene beskrywende woorde.
- Vermyn die gebruik van simbole. (Simply Put, 1999:6-7)

Woorde met geskikte terminologie wat die inligting omtrent oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte duidelik oordra, sal in die inligtingstuk gebruik word.

## 5. *Wees sensitief ten opsigte van kultuurverskille*

In enige situasie waar mense van verskillende kulture vergader, is dit nodig dat hul normes, houding en waardes tydens interkulturele kommunikasie in ag geneem sal word (Adey & Andrew, 1990:42).

- Gebruik terme waarmee die leser bekend en gemaklik is.
- Indien dit nodig is om 'n groep persone te identifiseer, gebruik terme wat deur hulle verkies word.
- Beplan die boodskap vir elke kultuur- of etniese groep. (Simply Put, 1999:8)

Aangesien die inligtingstuk vir verskillende kulture beskikbaar gestel gaan word, moet daar baie sensitief te werk gegaan word sodat geen aanstoot gegee word en die boodskap ook só sal wees dat elke groep daarmee sal kan identifiseer.

### 5.3.1.2 Voorkoms van die teks

'n Gebrek aan eenvormigheid in die uitleg en voorkoms van die teks het 'n negatiewe ervaring van die teks tot gevolg (Greyling, 1999:8). Die volgende faktore behoort aandag te geniet om die leesbaarheid en gebruik van die teks te verhoog:

- Kies 'n lettergrootte tussen 12 en 14 om die teks maklik leesbaar te maak.
- Kies 'n skrif tipe met “voetjies” aangesien dit makliker lees (byvoorbeeld Times New Roman in plaas van Arial).
- Moenie sierskrif gebruik nie.
- Gebruik hoofletters sowel as kleinletters.
- Gebruik vetdrukletters of onderstreping om woorde te beklemtoon.
- Vermyn skuinsgedrukte letters.
- Gebruik donker letters op 'n ligte agtergrond. (Simply Put, 1999:9)

Deur bogenoemde riglyne te volg, sal die inligtingstuk duidelik leesbaar en aantreklik vir die leser wees.

### 5.3.1.3 Visuele materiaal

Die korrekte gebruik van visuele materiaal kan die program baie verbeter.

#### 1. *Gebruik visuele materiaal om die boodskap te kommunikeer*

- Gebruik net een visuele voorstelling per boodskap.
- Skep visuele voorstellings wat die teks sal verduidelik of beklemtoon, en
- die aksies, wat die leser moet uitvoer, illustreer. (Simply Put, 1999:11)

Daar sal duidelik in die inligtingstuk met visuele voorstellings aangetoon word dat oefening hipertensie kan verlaag. Die oefening wat uitgevoer moet word, sal ook deur middel van visuele voorstellings beklemtoon word.

#### 2. *Kies die mees geskikte visuele voorstelling vir die materiaal*

- Foto's mag die beste werk indien reële lewensituasies of emosies uitgebeeld word.
- Eenvoudige illustrasies of lynsketse mag die doeltreffendste wees wanneer 'n moeilike begrip oorgedra word.
- Karikature mag humor oordra of 'n meer gemaklike atmosfeer skep, alhoewel nie alle lesers dit mag verstaan of belangrik ag nie. (Simply Put, 1999:12)

Daar sal van eenvoudige lynsketse gebruik gemaak word om die beginsel dat oefening hipertensie verlaag oor te dra, sodat die verskillende kultuurgroepe dit maklik sal verstaan. In hierdie geval sal geen karikature gebruik word nie, aangesien die humor van die verskillende kultuurgroepe so wyd verskil.

#### 3. *Sorg dat visuele materiaal kultuur-relevant en -sensitief is*

*"Intercultural effectiveness is a skill and it is desirable"* (Afd. Onderwysontwikkeling, 1999). Daarom is dit nodig dat op die volgende aspekte gelet moet word:

- Gebruik simbole en voorstellings wat bekend aan die leser is, en
- indien persone in die visuele voorstellings gebruik word, moet dit van dieselfde ras of etniese groep as die leser wees. (Simply Put, 1999:13)

Aangesien persone in die visuele voorstellings gebruik moet word (om die uitvoering van die oefening te illustreer), sal sorg gedra word dat dit op geen spesifieke ras of etniese groep konsentreer nie, maar eerder non-spesifiek uitgebeeld word.

#### **4. *Sorg dat visuele voorstellings maklik gevolg en verstaan word***

- Plaas illustrasies naby aan die teks waarna dit verwys.
- Gebruik kort byskrifte wat die kernboodskap oordra.
- Nommer die voorstellings indien dit in volgorde vertoon word.
- Maak gebruik van pyle en sirkels om die sleutelinligting in die visuele voorstellings aan te dui. (Simply Put, 1999:13)

In die opleidingsprogram sal die tipe oefening wat gedoen moet word, genommer en die verduideliking daarvan naby die illustrasie geplaas word.

#### **5. *Maak van realistiese voorstellings gebruik en plaas dit in konteks***

Wanneer interne organe van die liggaam byvoorbeeld gewys word, is dit die beste om die buitekant van die liggaam ook aan te toon. Vermy dit om liggaamsdele in die illustrasie af te sny.

- Vermy dit om karikatuuragtige tekeninge van liggaamsdele of gesondheidsverwante voorstellings te maak. (Simply Put, 1999:15)

Wanneer die begrip “hipertensie” aan die leser van die inligtingstuk verduidelik word, sal die hart en bloedvate eers binne 'n lynskets van die liggaam geplaas en daarna in 'n aparte voorstelling realisties geïllustreer word.

## 6. *Gebruik slegs professionele visuele vertellings op volwassenes gerig*

Volwasse lesers mag dalk nie eens die opleidingsprogram wil lees indien die materiaal daarin kinderagtige voorstellings gebruik nie (Simply Put, 1999:16). Vermy die gebruik van swak kwaliteit voorstellings aangesien dit die boodskap minder geloofwaardig laat vertoon.

Aangesien die opleidingsprogram deur verpleegkundiges/pasiënte gebruik gaan word, sal goeie kwaliteit voorstellings gebruik word wat by hul vlak van opleiding pas.

### 4.3.1.4 Uitleg en ontwerp

Inligting en visuele materiaal moet op 'n wyse aangebied word wat dit vir die leser maklik leesbaar maak en aantreklik voorkom. Toepassing van die volgende idees maak dit wel moontlik:

#### 1. *Ontwerp 'n effektiewe omslag*

- Maak die omslag aantreklik vir die teikengehoor deur die voorstellings en kleur toepaslik vir hul belangstellingsveld te maak, en
- dui die hoofboodskap en die teikengehoor op die omslag aan. (Simply Put, 1999:17)

Op die kleurvolle voorblad van die inligtingstuk sal die woorde “hipertensie”, “verlaag”, “oefening” en “verpleegkundiges” in 'n toepaslike opskrif gebruik word.

#### 2. *Organiseer boodskappe sodat dit maklik uitvoerbaar is en ook maklik is om te onthou*

- Bied 'n idee op een bladsy, of twee aangrensende bladsye, aan.
- Plaas die belangrikste inligting aan die begin en einde van die dokument.
- Organiseer die idees in die volgorde wat die teikengehoor dit moet gebruik.

- Gebruik opskrifte wat 'n hele idee uitdruk, eerder as net 'n woord of twee. (Simply Put, 1999:18)

In hierdie geval, waar die leser kennis in verband met die tipe oefening wat hipertensie kan verlaag, moet opdoen, sal die literatuurbevindinge ter staving daarvan aan die begin van die dokument geplaas word. Die tipe oefening, met die spesifieke voorsorgmaatreëls wat tydens 'n oefensessie vir die pasiënte geld, sal aan die einde van die inligtingstuk geplaas word.

### 3. *Laat baie wit spasies*

- Laat ten minste 1,5 tot 2,5 cm wit spasie as kantlyne en tussen kolomme, en
- beperk die aantal teks en visuele voorstellings op die bladsy (Simply Put, 1999:19).

Die uiteensetting van die inligtingstuk sal sodanig wees dat dit maklik leesbaar lyk deurdat 'n beperkte hoeveelheid teks en visuele materiaal per bladsy gebruik sal word (Simply Put, 1999:19). Die bladsy sal ook nie oorvol vertoon nie, aangesien daar genoeg oop spasies op die bladsye gelaat sal word.

### 4. *Maak die teks maklik vir die oog om te volg*

- Breek die teks met merkers (*bullets*) op;
- Moenie die regterkantlyn wysig nie aangesien dit oneweredige spasies tussen woorde laat. Oneweredige spasies verwar die persoon wat nie baie leesvaardig is nie.
- Maak van kolomme gebruik.
- Plaas sleutelinligting in 'n raampie. (Simply Put, 1999:19)

Die inligtingstuk sal met eweredig gespaseerde woorde en kort sinne (wat met merkers aangedui word) aangebied word. Sleutelinligting, soos byvoorbeeld die

formule waarvolgens die maksimale harttempo uitgewerk word, sal in 'n raampie verskyn om dit duidelik te laat uitstaan.

### **5.3.1.5 Wenke vir vertaling**

Alhoewel dit verkieslik is om die inligting in die taal van die teikengehoor oor te dra, is dit nie altyd moontlik nie. Navolging van die volgende wenke sal help om die inligting kultureel, sowel as taalkundig, toepaslik te maak (Simply Put, 1999:21).

- Boodskappe wat in een taal duidelik is, is nie noodwendig in 'n ander taal ewe duidelik nie. Bepaal dus eers die teikengehoor se waardes, gesondheidsdoelwitte asook hul kulturele perspektiewe (Simply Put, 1999:21).
- Kry vooraf inligting en advies van gemeenskapsorganisasies en gemeenskapslede deur middel van persoonlike gesprekke of fokusgroeponderhoude (Simply Put, 1999:21).
- Kies die vertaler versigtig en gee duidelike opdragte aan die persoon.
- Vermoed letterlike vertalings (Simply Put, 1999:21).
- Gebruik die terug-vertaalmetode.
- Gebruik lede van die teikengehoor om eers 'n proeflopie met die voorlopige dokument uit te voer. Bring dan die nodige veranderings aan.
- Vermoed die volgende algemene foute (Simply Put, 1999:22):
  - Moet nie groeptaal en idioome uit die oorspronklike taal letterlik vertaal nie.
  - Vertaal slegs na 'n dialek indien die teikengehoor dit praat.
  - Maak seker dat die vertaling al die aksente gebruik wat in die nuwe taal van toepassing is.

### **5.3.1.6 Voer 'n leesbaarheidstoets uit**

Die leesbaarheid van die inligtingstuk moet geëvalueer word om seker te maak dat die teikenleser dit maklik sal kan lees. 'n Leesbaarheidstoets kan per hand of deur middel van rekenarsagteware uitgevoer word (Simply Put, 1999:23). Alhoewel daar

verskillende skale is wat vir die leesbaarheidstoetse gebruik kan word, is die Fry-metode relatief eenvoudig en lewer akkurate resultate (Simply Put, 1999:23).

Sodra 'n prototipe van die dokument ontwikkel is, is dit nodig om dit vooraf op die teikengroep uit te toets. Dit verseker dat die boodskap wat oorgedra word, dieselfde is as wat die teikengroep ontvang. Die resultate van die vooraftoetsing word dan gebruik om die dokument, indien nodig, te hersien of aan te pas.

Voordat die dokument versprei word, is dit nodig om toestemming daarvoor te verkry. In hierdie geval sal dit van die Vrystaatse afdeling van die Departement van Gesondheid verkry moet word.

#### **5.4 DIE INHOUD VAN DIE INLIGTINGSTUK EN VIDEOBAND**

Na aanleiding van die navorsingsresultate van hierdie studie behoort die volgende aspekte rakende die kennis van verpleegkundiges in die opleidingsprogram aangespreek te word (sien breedvoerige bespreking in Hoofstuk 2, pp. 17-31), en moet inligting hieroor in die program vervat word:

##### **5.4.1 Algemene inligting**

- Statistieke moet aangehaal word om die omvang van hipertensie as 'n gesondheidsprobleem te beklemtoon.
- Oorsaaklike faktore van hipertensie moet uitgelig word.
- Die verandering van verkeerde leefstylgewoontes moet aangespreek word.
- Die maatreëls wat getref kan word om hipertensie te voorkom of te behandel, moet genoem word.
- Voorbeelde van studies wat gedoen is, moet uit die literatuur aangehaal word om die positiewe effek van die uitvoer van aërobieëse oefeninge op die verlaging van die bloeddruk van die persone het, aan te dui.
- Die belangrikheid van die gebruik van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte by klinieke, moet beklemtoon word.

#### **5.4.2 Die tipe oefening wat hipertensie sal verlaag**

- Dit moet baie duidelik gestel word dat nie alle tipe oefening 'n vermindering van hipertensie meebring nie.
- Stadig stap en ligte of algemene werkies sal byvoorbeeld nie 'n verlagende effek op die persoon se bloeddruk hê nie.
- Die tipe oefening wat gedoen moet word, is aërobiese oefeninge wat die hartklop en asemhalingstempo konstant sal verhoog, soos byvoorbeeld vinnig stap, fietsry en trappiesklim.

#### **5.4.3 Frekwensie van die oefensessies**

- Dit is noodsaaklik dat die hipertensiewe persoon ten minste drie keer per week moet oefen om die effek van die verlaging in hipertensie waar te neem.
- Die persone moet aangemoedig word om gereeld vier tot vyf keer per week te oefen om seker te maak dat wanneer 'n oefensessie nie moontlik is nie, die oorblywende sessies nogtans voldoende sal wees.

#### **5.4.4 Die duur van 'n oefensessie**

- Een oefensessie behoort ten minste 30 minute te duur, maar
- oefensessies mag ook langer wees.
- Dit moet hier beklemtoon word dat dit die tydperk moet wees wat die hart- en asemhalingstempo konstant verhoog moet bly. Rusposes mag nie normaalweg geneem word nie.

#### **5.4.5 Voorsorgmaatreëls tydens oefensessies**

Dit is van uiterste belang dat die verpleegkundiges oor genoegsame kennis moet beskik om die hipertensie-pasiënt veilig te laat oefen. Inligting aangaande die volgende aspekte tydens die uitvoer van 'n oefensessie, moet in die inligtingstuk vervat word:

- Die normale ruspol van die persoon;
- verhoging in polsslag;
- versnelling van asemhalingstempo;
- perspirasie in die gesig;
- naarheid;
- abnormale moegheid;
- duiseligheid.

#### **5.4.6 Die klassifikasie van hipertensie**

- Aandag moet daarop gevestig word dat die klassifikasie van hipertensie effens verander het.
- Die internasionaal erkende klassifikasie van hipertensie moet verskaf word.

### **5.5 DIE VIDEOBAND**

Videobande kan effektief gebruik word om te demonstree hoe iets gedoen moet word (Freeman & Lewis, 1995:99). So ook kan dit as studiemateriaal en motivering vir leerders gebruik word (Freeman & Lewis, 1995:99).

Daar moet egter aandag geskenk word dat die nie-verbale kommunikasie en simbole wat uniek aan die verskillende kulture is, korrek verstaan en geïnterpreteer word om potensiële probleme te vermy (Van der Linde, 1997:218).

Afgesien daarvan dat die uitdra van die boodskap deur die videoband duidelik en maklik verstaanbaar moet wees, is dit ook nodig dat dit 'n professionele produk moet wees wat aan die volgende vereistes moet voldoen (Van den Berg, 2001):

- Die beeld moet skerp en duidelik wees.
- Die kleur moet akkuraat wees.
- Die klank moet duidelik wees.
- Die kamerawerk moet stabiel, egalig en in fokus wees.

- Die beste toerusting wat beskikbaar is, moet in die vervaardigingsproses gebruik word.
- Wanneer musiek gebruik word, moet dit nie die kyker se aandag aflei nie (Freeman & Lewis, 1995:99).
- Die spelers moet deurentyd op die skerm verskyn (Freeman & Lewis, 1995:100).
- Die videoband moet geredigeer wees.

## 5.6 SAMEVATTING

Soos uit die studie geblyk het, is die kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte nie voldoende om met vertrouwe oefenvoorskrifte vir hul pasiënte te kan gee nie. Hierdie leemtes in hul kennis word duidelik in die vraelys en onderhoude weerspieël en dit is dus hierdie kennisaspekte wat in 'n opleidingsprogram aangespreek moet word. Na 'n literatuurstudie is duidelike riglyne vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges saamgestel. Indien die riglyne gevolg sou word, sal 'n effektiewe opleidingsprogram beskikbaar wees om die teikengehoor in staat te stel om ten volle ingeligte besluite te neem en aanbeveling te maak wanneer hulle hipertensie-pasiënte deur middel van oefening wil behandel.

# HOOFSTUK 6

## *Aanbevelings en samevatting*

---

---

### 6.1 INLEIDING

Hipertensie is 'n gesondheidsprobleem wat wêreldwyd voorkom en dit is nodig dat die gesondheid van 'n persoon bevorder en beskerm moet word. Al hoe meer klem word daarop gelê dat die hipertensie-pasiënt self verantwoordelikheid vir sy/haar eie gesondheid moet neem, en die suksesvolle verandering van verkeerde lewenstylpatrone speel dus hier 'n belangrike rol. Dit is nodig dat die gesondheidswerker die pasiënt met ingeligte raad moet bedien ten einde van hulp te kan wees. Areas van onkunde moet geïdentifiseer word en die nodige opleiding moet beskikbaar gestel word.

In die studie is die kennis van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte bepaal en het dit geblyk dat hulle oor 'n gebrekkige kennis beskik ten opsigte van die tipe oefening wat aanbeveel behoort te word en wat die oefenregime behels. Onkunde ten opsigte van die voorsorgmaatreëls wat tydens 'n oefensessie geld, is ook opgemerk. Verpleegkundiges se kennis kan dus aangevul word om hulle in staat te stel om ingeligte aanbevelings aan pasiënte te maak.

Die houding van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n bykomende metode van die behandeling van hipertensie, is ook bepaal. Alhoewel die meerderheid verpleegkundiges positief ingestel is teenoor oefening, was daar diegene wat, by 'n gebrek aan kennis, 'n houding van onkunde en onsekerheid/neutraliteit geopenbaar het. 'n Paar verpleegkundiges het ook 'n negatiewe houding geopenbaar. Dit is nogtans moontlik om hierdie negatiewe houding van die verpleegkundiges ten opsigte van oefening te verbeter indien hulle meer kennis omtrent die onderwerp sou opdoen.

Die studie het ook aangetoon dat die oorgrote meerderheid verpleegkundiges (65%) se kennis van die **klassifikasie van hipertensie** nie ooreenstem met die aanvaarde nasionale en internasionale waardes nie. Kennis omtrent die korrekte klassifikasie sal daartoe lei dat pasiënte wat voorheen verkeerd geklassifiseer is, of glad nie as hipertensief beskou is nie, nou die regte behandeling sal kry.

Die verpleegkundiges het weer opnuut daarvan bewus geword dat **oefening** as 'n effektiewe behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte gebruik kan word en die navorser is van mening dat hulle sodoende in die toekoms meer daarop ingestel sal wees om oefening as 'n behandelingsmetode vir hul hipertensie-pasiënte te gebruik.

Terselfdertyd het die verpleegkundiges kennis gemaak met die werk van die fisioterapeut en die moontlikheid van **multi-dissiplinêre samewerking** op die terrein van hipertensie.

## 6.2 AANBEVELINGS

Nadat die navorsingresultate bestudeer en die studie afgehandel is, sal die navorser graag die volgende aanbevelings wil maak:

- 1 **Kennis** van die verpleegkundiges moet verbreed en daarom moet die riglyne wat in hoofstuk 5 voorgestel is, gebruik word ten einde 'n opleidingsprogram vir verpleegkundiges te ontwikkel. Daarna kan dit op die volgende moontlike maniere geïmplementeer word:
  - Dit kan as 'n artikel in 'n verpleegkundige tydskrif verskyn.
  - Dit kan tydens indiensopleidingsessies van die verpleegkundiges gebruik word.
  - Dit kan aan die Fakulteit Gesondheidswetenskappe beskikbaar gestel word vir moontlike insluiting in die voorgraadse kurrikula vir verpleegkundiges, mediese en fisioterapiestudente.

Wat die navorser tydens haar literatuursoektog opgeval het, was die verskillende menings wat aan verpleegkundiges voorgehou word ten opsigte van hipertensie en korrelerende bloeddruklesings. Volgens die *Standard Treatment Guidelines and Essential Drugs List for South Africa* (The Department of National Health, 1996:44), 'n gids wat deur die Departement van Nasionale Gesondheid aan verpleegkundiges verskaf word vir gebruik in pasiëntesorg, word verpleegkundiges aanbeveel om die **doelwit van die ideale bloeddruk van 140- $<$ 160/90- $<$ 95 mm Hg te bereik**. In die verpleegkundiges se voorgraadse opleiding (Stander, 2001; Dippenaar, 2001) word geleer dat **hipertensie 'n volgehoue bloeddruk van 140-160/90-95 mm Hg is** en in hul nagraadse voortgesette professionele opleiding (Reid, 2002) word hul geleer dat **hipertensievlakke in volwasse persone vanaf 145-169/95-99 mm Hg is**.

Hieruit kan afgelei word dat daar nie ooreenstemmende menings onder verpleegkundiges bestaan oor wat die ideale bloeddruk is en wat as hipertensie beskou word nie. Die navorser is van mening dat dit 'n rede is waarom net gemiddeld 34,1% van die respondente weet watter bloeddruklesings op hipertensie in die verskillende ouderdomsgroepe dui.

Soos vroeër in Hoofstuk 2 aangedui is, verskaf *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VI, 1997:2417), 'n liggaam wat internasionale erkenning geniet, 'n klassifikasie van bloeddruk vir volwasse persone van 18 jaar en ouer. Die navorser beveel aan dat hierdie klassifikasie deur die verpleegkundiges as riglyn in die behandeling van hul hipertensie-pasiënte gebruik moet word en hierdie klassifikasie behoort in die opleidingsprogram vir verpleegkundiges ingesluit word.

- 2 Pogings moet aangewend word om die **houding** van verpleegkundiges ten opsigte van oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte meer positief te beïnvloed. Vermeerdering van kennis ten opsigte van oefening as 'n effektiewe metode om hipertensie-pasiënte te behandel, kan hier van hulp wees. Verpleegkundiges kan op 'n sistematiese wyse aan hierdie kennis

bootgestel word deur een tot twee keer per jaar tydens indiensopleidingsgeleenthede lesings of demonstrasies te ontvang.

### 6.3 LEEMTES IN DIE STUDIE

Aangesien die studieleier nie van die begin by die studie betrokke was nie, het verpleegkundiges wat oor die nodige kennis beskik nie insae in die vraelys vóór die uitvoering van die loodsstudie gehad nie.

### 6.4 SAMEVATTING

Die aanbevelings dra soveel meer krag as die belewenis van die respondente in die studie in ag geneem word, naamlik dat hulle voel dat hulle 'n gebrek aan kennis aangaande oefening as 'n behandelingsmetode vir hul hipertensie-pasiënte het, alhoewel hul houding daarteenoor baie positief is. Een respondent het dit opgesom toe sy die volgende gesê het:

*"I also think exercise is a good thing to be part of treating hypertension. But I have a problem ... to tell a patient to exercise, but not tell them how, how often and what type of exercises. I don't think we have the knowledge."*

## VERWYSINGS

Adey, A.D. & Andrew, M.G. 1990. *Getting it right: The manager's guide to business communication*. Cape Town. Credo Press.

Afdeling Onderwysontwikkeling. 1999. Kommunikasie en multikulturaliteit. Saamgestelde, ongepubliseerde notas. Fakulteit van Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Arakwa, K. 1996. Effect of exercise on hypertension and associated complications. *Hypertension Research* 19 Supplement 1: S87-S91.

Bachmann, O.M. 2002. Persoonlike onderhoud. Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Bloch, Deborah P. 1992. The application of group interviews to the planning and evaluation of career development programs. *Career Development Quarterly* 40(4): 19.

Bradshaw, Debbie. 1997. *South African Health Review 1997*. Durban: Health Systems Trust.

Burns, Nancy & Grove, Susan K. 2001. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: WB Saunders Co.

Collins, Lucinda & Agnes, Ivey. 1999. Pearls for practice: The relationship of patient education and hypertension treatment compliance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 11(8): 331-4.

De Man, L. 2001. Pulmonologie. Saamgestelde, ongepubliseerde notas. Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Dippenaar, H. 2001. Hipertensie. Ongepubliseerde notas. Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Du Rand, P.P. & Vermaak, M.V. 1995. Houding, kennis en geluk van verpleegpersoneel wat in tehuise van bejaardes werksaam is. *Curationis*, 18(1): 26.

Durstine, Larry J., King, Abby C., Painter, L., Roitman, Jeffrey L. & Zwiren, Linda D. 1993. *ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.

Eaton, Leann E., Buck, Elizabeth A. & Catanzaro, Jeanne E. 1996. The nurse's role in facilitating compliance in clients with hypertension. *MEDSURG Nursing*. 5(5): 339-345, 359.

Engelbrecht, K. 1998. Die lekeversorging van die verswakte bejaarde in 'n informele woongebied – 'n gemeenskapsgebaseerde benadering. M.A.-skripsie, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Fourie, Jean & Steyn, Krisela (Eds.). 1995. *Chronic diseases of lifestyle in South Africa: Review of research and identification of essential health research priorities*. Cape Town: MRC Technical Report.

Freeman, Richard & Lewis, Roger. 1995. *Writing open learning materials: Staff development activities for FE and HE*. Lancaster: Framework Press.

Goldstein, A.P., Krasner, L, Garfield, S.L., Blanchard, E.B., Martin, J.E. & Dubbert, P.M. 1988. *Non-drug treatments for essential hypertension: Psychology practitioner guidebook*. New York: Pergamon Press.

Greyling, E.S.G. 1998. *A reduced contact teaching model for institutions of higher learning: Guidelines for lecturers*. Johannesburg: Bureau for University Education, Rand Afrikaans University: Internal publication.

Greyling, E.S.G. 1999. *Guidelines for outcomes-based study guide design*. Johannesburg: Bureau for University Education, Rand Afrikaans University: Internal publication

Hamilton, Glenys A., Roberts, Susan J., Johnson, Johanna M., Tropp, Jessica R., Anthony-Odgren, Dorothy & Johnson, Brian F. 1993. Increasing adherence in patients with primary hypertension: An intervention. *Health Values* 17(1): 3-11.

Hardman, A.E. 1996. Exercise in the prevention of atherosclerotic, metabolic and hypertensive diseases: A review. *Journal of Sports Sciences* 14(3): 201-18.

Herselman, Stephné. 1994. Towards more effective patient care: The role of the nurse as cultural broker. *South African Journal of Ethnology* 17(3): 83-7.

HPCSA, 1999. *Education and training of doctors in South Africa: Undergraduate medical education and training*. Pretoria: Health Professions Council of South Africa.

JNC VI. 1997. The Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Medicine* 157: 2413-2446.

Katzenellenbogen, J.M., Joubert, G. & Abdool Karim, S.S. (Eds.). 1999. *Epidemiology: A manual for South Africa*. Cape Town: Oxford University Press.

Kidd, Pamela S. & Parshall, Mark B. 2000. Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research* 10(3): 293-309.

Kyne-Grzebalski, D. 1999. Education, education and more education! *Practical Diabetes International* 16(5): 149-151.

Maynard-Tucker, Gisele. 2000. Conducting focus groups in developing countries: Skills training for local bilingual facilitators. *Qualitative Health Research* 10(3): 396-411.

Metz, J.C.M., Stoelinga, G.B.A., Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip, E.H. & van den Brand-Valkenburg, B.W.M. 1994. *Training of doctors in the Netherlands: Objectives of undergraduate medical education*. Nijmegen: University of Nijmegen.

Milne, F.J. 2001. Hypertension clinical guideline. *South African Medical Journal* 91(2) Part 2: 161-172.

Mouton, Johann. 2001. *How to succeed in your Master's and Doctoral studies: A South African guide and resource book*. Pretoria: Van Schaik.

Newble, David & Cannon, Robert. 1987. *A handbook for medical teachers* (2<sup>nd</sup> ed.). Lancaster: MTP Press Ltd.

Nurses Association of New Brunswick. 1995. Valuing partnerships: For the health of it. Shared competence – a stepping stone to the 21st century: Discussion Paper. s.l. Nurses Association of New Brunswick.

Odendal, F.F., Schonees, P.C., Swanepoel, C.J., du Toit, S.J. & Booyesen, C.M. 1981. Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal (2<sup>e</sup> uitgawe). Johannesburg: Perskor Uitgewery.

Papademitriou, V. & Kokkinos, P.F. 1996. The role of exercise in the control of hypertension and cardiovascular risk. *Current Opinion in Nephrology & Hypertension* 5(5): 459-62.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. 1999. *Nursing research: Principles and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: JB Lippincott Co.

Primary Health Care. 1996. *Standard treatment guidelines and essential drugs list for South Africa*. Cape Town: CTP Book Printers.

Reid, M. 2002. Persoonlike onderhoud. Senior Verpleegkundige: Opleiding Mangaung-munisipaliteit. Bloemfontein.

Roets, Lizeth. 1996. Die bestek van praktyk van die kliniese verpleegspesialis in verloskunde en neonatologie. Ph.D.-verhandeling, Fakulteit Sosiale Wetenskappe, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.

Schwenk, Thomas L. & Whitman, Neal A. 1987. *The physician as teacher* (1<sup>st</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

*Simply Put: Scientific and technical information simply put* (2<sup>nd</sup> ed.). 1999. Atlanta, Georgia: Office of Communication, Centers for Disease Control and Prevention.

Stander, D.C.H. 2001. Hipertensie. Ongepubliseerde lesings. Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Steinhöbel, Annelize. 1998. 'n Onderrigprogram oor die voeding van premature babas. M.Soc.Sc.-skripsie. Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Stewart, A.V., Eales, C.J. & Shepard, K. 1999. The health behaviour of black hypertensive patients at a chronic diseases clinic in a depressed socio-economic area of Johannesburg, South Africa. *South African Journal of Physiotherapy* 55(1): 11-17.

Steyn, K., Levitt, N., Fourie, J., Rossouw, K., Martell, R. & Stander, I. 1999. Treatment status and experience of hypertension patients at a large health centre in the metropolitan region of the Western Cape. *Cardiovascular Journal of South Africa* 19 SAMJ Supplement 2: C106.

Strydom, L. 2001. Persoonlike onderhoud. Suid-Afrikaanse Mediese Geneeskunidge Dienste, 3 Militêre Hospitaal, Bloemfontein.

Tempelhoff, Michelle. 1996. Die kennis en houding van gevangenes teenoor VIGS. M.A. (Voorligtingsielkunde)-skripsie. Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.

The Department of National Health. 1996. *Standard Treatment Guidelines and Essential Drugs List for South Africa: Primary health care*. Cape Town: CTP Book Printers.

Tibblin, G. & Aberg, H. 1990. Non-pharmacological treatment of hypertension: differences between health centres in patient's blood pressure and success at withdrawal from drugs. *Family Practice* 7(1): 47-51.

Tigar, Fiona. 1995. Patients prefer to discuss anti-hypertensive care with practice nurses. *Professional Nurse* 10(7): 413.

Van den Berg, C. 2001. Saamgestelde, ongepubliseerde notas. Dept. Kommunikasiewetenskappe, Technicon Vrystaat, Bloemfontein.

Van der Linde, Nelia. 1997. Promoting cultural tolerance through intercultural communication: A challenge to educational managers on South African campuses. Multicultural Conference. University of the Free State, Bloemfontein.

Van Niekerk, F.R. 2002. Assistent bestuurder: Free State School of Nursing, Bloemfontein.

Van Wyk, J. 2002. Staff development in curriculum 2001 at the Nelson R. Mandela School of Medicine. Health Professions Education International Congress. Bloemfontein,

Weich, D.J.V., Nienkemper, M.J. & Bester, F.C.J. 1991. Hipertensie by die bejaarde. *VMO.CME* 9(1): 60-9.

WHO. 1996. *Doctors for health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all*. Geneva: World Health Organization.

Zellner, C. & Sudhir, K. 1996. Lifestyle modifications for hypertension: the many benefits are worth the effort. *Postgraduate Medicine* 100(4): 75-9,83.

## OPSOMMING

**Verpleegkundiges by klinieke in die Vrystaat se kennis van en houding  
jeens oefening as behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte met die  
doel om riglyne vir 'n opleidingsprogram daar te stel**

**Lorraine Grobler**

**STUDIELEIER: Dr. L. Roets**  
**MEDE-STUDIELEIER: Prof. M.M. Nel**

Hipertensie is 'n algemene probleem wat wêreldwyd voorkom by wit sowel as swart persone en dit is 'n risikofaktor vir verskeie siektetoestande. So is beroerte byvoorbeeld die tweede hoofsaak van dood in Suid-Afrika.

Lewenstylveranderinge is 'n belangrike komponent van die voorkoming en behandeling van hipertensie en fisioterapeute kan 'n beduidende bydrae in dié verband lewer deur oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te implementeer. Aangesien daar te min fisioterapeute in die Vrystaat is om hierdie diens te lewer, is dit 'n logiese oplossing om persone met die meeste pasiëntekontak, naamlik die verpleegkundiges hierby te betrek.

Voordat verpleegkundiges egter by pasiënteonderrig betrek word, dit nodig om hul kennis van en houding jeens oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte te bepaal.

'n Beskrywende navorsingsontwerp is in die navorsing gebruik en die inligting is deur middel van vraelyste en fokusgroeponderhoude ingesamel. Die data van die fokusgroeponderhoude is gekategoriseer en volgens inhoud in groepe en temas onderverdeel, afhangende van die response van die respondente.

Die meeste verpleegkundiges het 'n positiewe houding teenoor oefening getoon. Sommige verpleegkundiges het egter 'n onkundige of neutrale houding geopenbaar met onsekerheid betreffende die voorskryf en aanbieding van oefeninge. Die navorsingsresultate toon dat verpleegkundiges oor gebrekkige kennis van die tipe oefening wat aangebied moet word, asook die voorsorgmaatreëls wat tydens oefenklasse getref moet word, beskik.

'n Opleidingsprogram omtrent oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte, is dus 'n noodsaaklikheid. Vir hierdie doel is riglyne vir 'n opleidingsprogram ten opsigte van oefening aan hipertensie-pasiënte saamgestel.

## SUMMARY

**The knowledge of and attitude towards exercise as treatment method for hypertensive patients of nurses at clinics in the Free State, with a view to the establishment of guidelines for a training programme**

**Lorraine Grobler**

**STUDY LEADER: Dr. L. Roets**  
**CO-STUDY-LEADER: Prof. M.M. Nel**

Hypertension is a common problem occurring worldwide in white as well as black persons, and it is a risk factor for various disease conditions such as apoplexy (stroke), which is the second primary cause of death in South Africa.

Lifestyle changes are an important component of the prevention and treatment of hypertension, and physiotherapists could make a significant contribution in this regard by implementing exercise as treatment method for hypertensive patients. Due to an insufficient number of physiotherapists in the Free State to render this service, it would be the logical solution to involve persons who have the most patient contact.

However, before persons should become involved in patient education, it is necessary to determine their knowledge of and attitude towards exercise as a treatment method for hypertensive patients.

A descriptive research design was used in the research and the information was gathered by means of questionnaires and focus group interviews. The data of the focus group interviews were categorised and subdivided into groups and themes according to content, determined by the responses of the respondents.

Most nurses displayed a positive attitude towards exercise. Some nurses, however, displayed an uninformed or neutral attitude with uncertainty regarding the prescription and presentation of exercises. The research results demonstrated that nurses are lacking in knowledge regarding the type of exercise to be presented as well as the precautionary measures to be taken during exercise classes.

A training programme containing all the necessary information regarding exercise as treatment method for hypertensive patients, is therefore essential. For this purpose guidelines with regard to exercise for hypertensive patients were drawn up.

# BYLAES

TOESTEMMINGSBRIEF: VRAELYS

Hiermee verklaar ek,

..... ,  
dat ek gewillig is om aan die navorsing van mev. Lorraine Grobler deel te  
neem.

Ek is ten volle ingelig aangaande die doel en metode van die studie. Ek  
verstaan dat ek die vraelys anoniem sal invul en dat enige inligting deur  
die vraelys bekom as vertroulik beskou sal word. Ek verstaan verder dat  
ek onder geen verpligting is om die vraelys te voltooi nie en dat ek enige  
tyd aan die navorsing kan onttrek. Ek verstaan ook dat ek geen  
vergoeding vir die deelname aan die studie sal ontvang nie.

Ek gee hiermee my toestemming dat data uit die vraelys verkry,  
gepubliseer mag word.

Geteken op die ..... dag van ..... 2001.

Handtekening: .....

Naam (in drukskrif): .....

~~.....~~

QUESTIONNAIRE: LETTER OF CONSENT

I hereby declare that I, ..... ,  
am willing to partake in the study of mrs. Lorraine Grobler.

I am fully informed concerning the aim and method of the study. I understand that I will complete the questionnaire anonymously and that any information gathered from the questionnaire will be viewed upon as confidential. I also understand that I am under no obligation to complete the questionnaire and that I can withdraw from the research at any time. I also understand that I will receive no remuneration for partaking in this study.

I give my consent that data obtained from my questionnaire may be published.

Signed on this ..... day of ..... 2001.

Signature: .....

Name (in block letters): .....

**KENNIS VAN VERPLEEGKUNDIGES BY KLINIEKE IN  
DIE VRYSTAAT TEN OPSIGTE VAN OEFENING AS  
BEHANDELINGSMETODE VIR HIPERTENSIE-PASIENTE**

**VRAELYS**

**AAN: VERPLEEGKUNDIGES BY KLINIEKE IN DIE VRYSTAAT**

**Slegs vir kantoor gebruik**

Merk asseblief die toepaslike antwoorde met 'n kruisie, of vul die korrekte antwoord in.

1 Geslag  Manlik  Vroulik

2 Noem hoogste kwalifikasies behaal

3 Die aantal jare wat u as verpleegkundige werk

jare

4 Die kliniek waar u werk

- dorp
- stad
- hoewes
- plaas
- ander

Indien ander, spesifiseer asseblief \_\_\_\_\_

5 Watter afdeling van die kliniek behartig u nou?

- poli-kliniek
- voorgeboorte
- nageboorte
- hipertensie
- tuberkulose
- geriatric
- MIV/VIGS
- psigiatrie
- geboortebepanking
- "well baby"

6 Het u al hipertensie-pasiënte by die kliniek behandel?

Ja  Nee

7 Hoeveel hipertensie-pasiënte word gemiddeld per week deur u behandel?

pasiënte

1-2

3

4-5  
  6-7  
  8-9

10-11

12  
 13  
 14  
 15  
 16

17-18

19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28

29

30-32

**Slegs vir kantoor gebruik**

8 Watter behandelingsmetodes vir hipertensie word by die kliniek gebruik?

- medikasie
- dieëtkontrole
- gewigskontrole
- oefening
- lewenstylverandering protokol
- pasiënt-opvoeding en -deelname
- ander

Indien ander, spesifiseer asseblief \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39

- 40-41
- 42-43
- 44-45
- 46-47

9 Watter van die bogenoemde metodes wat nie by die kliniek gebruik word nie, is wel aan u bekend?

- medikasie
- dieëtkontrole
- gewigskontrole
- oefening
- lewenstylverandering protokol
- pasiënt-opvoeding en -deelname
- ander

Indien ander, spesifiseer asseblief \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54

- 55-56
- 57-58
- 59-60
- 61-62

10 Kontroleer u die behandelingsregime wat u voorskryf met opvolgbesoeke om te sien of die pasiënt u voorskrifte uitvoer?

- nooit
- soms
- dikwels
- altyd

63

11 Hoe gereeld bring u die belangrikheid van lewenstylverandering onder hipertensie-pasiënte se aandag?

- nooit
- soms
- dikwels
- altyd

64

12 Is u bewus daarvan dat oefening as 'n behandelingsmetode vir hipertensie-pasiënte gebruik kan word?

- Ja       Nee

65

**Slegs vir kantoor gebruik**

13 Indien **JA**, waar het u daarvan gehoor?

- opleiding
- dokter
- verpleegster
- fisioterapeut
- familie
- vriende
- ander

Indien ander, spesifiseer asseblief \_\_\_\_\_

- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72

73-74

14 Gee u vir die pasiënte inligting oor oefeninge as metode van behandeling?

- nooit
- soms
- dikwels
- altyd

75

15 Indien **JA**, watter inligting gee u aan hulle?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

76-77

78-79

1-2

Indien **NEE**, motiveer waarom nie. \_\_\_\_\_

16 Het u al pasiënte vir oefeninge na 'n fisioterapeut verwys?

Ja     Nee

3

17 Watter tipe oefeninge dink u sal hipertensie verlaag?

- stadig stap
- vinnig stap
- kardiovaskulêre oefeninge
- fietsry
- oefen in 'n gimnasium
- nie seker nie

- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

18 Hoeveel keer per week dink u behoort hipertensie-pasiënte te oefen?

- een keer per week
- drie keer per week
- elke dag
- nie seker nie

10

**Slegs vir kantoor gebruik**

19 Hoe lank behoort die oefeningesessie te duur?

- 15 minute
- 30 minute
- 45 minute
- 1 uur
- langer
- nie seker nie

11

20 Wat is volgens u, die voorsorgmaatreëls wat in ag geneem behoort te word tydens 'n oefensessie ten opsigte van die volgende?  
(Noem kortliks wat u oordeel sal wees)

Ruspols:

12

Verhoging van polsslag:

13

Versnelling van asemhalingstempo:

14

Perspirasie in die gesig:

15

Naarheid:

16

Abnormale moegheid:

17

Duiseligheid:

18

21 Hipertensie is 'n volgehoue bloeddruk van ...  
(Vul die korrekte lesings in)

Jonger as 30 jaar	mm Hg
Jonger as 50 jaar	mm Hg
Ouer as 50 jaar	mm Hg

19

20

21

Dankie vir u tyd en samewerking

**KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF PROFESSIONAL NURSES AT CLINICS IN THE FREE STATE WITH REGARD TO EXERCISES AS TREATMENT METHOD FOR HYPERTENSION PATIENTS WITH THE AIM OF ESTABLISHING GUIDELINES FOR A TRAINING PROGRAM**

**QUESTIONNAIRE**

**TO: PROFESSIONAL NURSES AT CLINICS IN THE FREE STATE**

**For office use only**

Please mark the applicable answers with a cross, or fill in the correct answer.

1 Sex  Male  Female

1-2

2 Your highest qualification?  
\_\_\_\_\_

3

4-5  
  6-7  
  8-9

3 Number of years' experience as professional nurse

years

10-11

4 The clinic where you are working

- town
- city
- smallholding
- farm
- other

- 12
- 13
- 14
- 15
- 16

If other, please specify \_\_\_\_\_

17-18

5 Which section of the clinic are you working in at the moment?

- poly-clinic
- ante natal
- post natal
- hypertension
- tuberculosis
- geriatrics
- HIV/AIDS
- psychiatry
- family planning
- "well baby"

- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28

6 Have you ever treated hypertension patients at the clinic?

Yes  No

29

7 On average, how many hypertension patients do you treat per week?

patients

30-32

**For office use only**

8 Which treatment methods for hypertension are used at the clinic?

- medication
- diet control
- weight control
- exercises
- protocol for lifestyle changes
- patient education and participation
- other

If other, please specify \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39

- 40-41
- 42-43
- 44-45
- 46-47

9 Which of the above-mentioned methods not in use at your clinic are known to you?

- medication
- diet control
- weight control
- exercises
- protocol for lifestyle changes
- patient education and participation
- other

If other, please specify \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54

- 55-56
- 57-58
- 59-60
- 61-62

10 Do you check your prescribed treatment regime when the patient visits you again to see whether he complies with your treatment?

- never
- sometimes
- regularly
- always

63

11 How often do you stress the importance of changing lifestyle?

- never
- sometimes
- regularly
- always

64

12 Prior to this day, were you aware that exercises could be used as a method of treating hypertension patients?

Yes  No

65

**For office use only**

13 If **YES**, where did you hear of this?

- training
- doctor
- nurse
- physiotherapist
- family
- friends
- other

If other, please specify \_\_\_\_\_

- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72

73-74

14 Do you advise your patients to do exercises for hypertension?

- never
- sometimes
- regularly
- always

75

15 If **YES**, what do you advise them?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

76-77

78-79

1-2

16 Have you ever referred patients to a physiotherapist for exercises?

Yes  No

3

17 What type of exercises do you think will lower hypertension?

- walking slowly
- walking fast
- cardiovascular exercises
- cycling
- weight exercising in a gymnasium
- not sure

- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

18 How many times per week should hypertension patients exercise?

- once a week
- three times a week
- daily
- not sure

10

For office use only

19 How long should the training session last?

- 15 minutes
- 30 minutes
- 45 minutes
- 1 hour
- longer
- not sure

11

20 According to you, what precautionary measures should be taken into account while exercising? (Give a brief opinion.)

Pulse at rest:

12

Increase in pulse rate:

13

Increase in breathing rate:

14

Perspiration on the face:

15

Nausea:

16

Excessive tiredness:

17

Dizziness:

18

21 Hypertension is a maintained blood pressure of...  
(Fill in the correct reading)

Younger than 30 years	mm Hg
Younger than 50 years	mm Hg
Older than 50 years	mm Hg

19

20

21

Thank you for your time and co-operation

**TOESTEMMINGSBRIEF: FOKUSGROEPONDERHOUD**

Hiermee verklaar ek,

..... ,  
dat ek gewillig is om aan die navorsing van mev. Lorraine Grobler deel te neem.

Ek is ten volle ingelig aangaande die doel en metode van die studie. Ek onderneem om aan 'n fokusgroeponderhoud deel te neem en dat enige inligting deur die fokusgroeponderhoud bekom as vertroulik beskou sal word. Ek verstaan verder dat ek onder geen verpligting is om aan die fokusgroeponderhoud del te neem nie en dat ek enige tyd aan die fokusgroeponderhoude mag onttrek. Ek verstaan ook dat ek geen vergoeding vir die deelname aan die fokusgroeponderhoud sal ontvang nie.

Ek gee hiermee my toestemming dat data uit die fokusgroeponderhoud verkry, gepubliseer mag word.

Geteken op die ..... dag van ..... 2001.

Handtekening: ..... Naam (in drukskrif): .....

**LETTER OF CONSENT: FOCUS GROUP INTERVIEW**

I hereby declare that I,  
..... ,  
am willing to partake in the study of mrs. Lorraine Grobler.

I am fully informed concerning the aim and method of the study. I am willing to partake in a focus group interview and understand that any information gathered from the focus group interview will be viewed upon as confidential. I also understand that I am under no obligation to partake in the focus group interview and that I can withdraw from the focus group interview at any time. I also understand that I wil receive no remuneration for partaking in the focus group interview.

I give my consent that data obtained from the focus group interview may be published.

Signed on this ..... day of ..... 2001.

Signature: ..... Name (in block letters): .....

FOKUSGROEPPONDERHOUD 1

- F I am sure all of you have a patient with hypertension at the clinics. How do you feel about exercises as treatment modality ... or part of the treatment modality?
- Een **Ek dink dit sal goed wees.** Ek het nog net nooit daaraan gedink as deel van hipertensie nie, **maar ek dink dit sal help vir sirkulasie vermoë en gewig bietjie verloor.**
- Twee I don't know how it helps. **I think exercises will help a lot with one's mental state and then if you doing them the hypertension will be decreased.**
- Stilte.
- F O.K.
- Drie I didn't know that hypertension can be reduced by exercises ... I thought ... maybe ... but I didn't think that hypertension can be reduced ...
- Ses I have learnt from a course in Primary Health that exercises can be prescribed ... ee ... just like when you prescribe - the patient looks at the daily stance so, ... so, I know ... I have learnt from them that hypertension can be reduced ... but how it works, is a long story.
- F Thank you. But we learn about a lot of things and you don't always apply what you have learnt because you don't believe in it. But how do you feel about it ... do you think it will work ... or I'm not sure ... I don't believe that the value is such that it will work definitely. Your own attitudes? Leave the academic things - let's talk about how you feel about it.
- Vyf No, I don't have a problem with it and, actually, **I encourage the clients to do exercises.**
- Drie Though they are reluctant to do the exercises. They will always complain and say they don't want to do it.
- F So, you think they're a little bit lazy at times?
- Drie Yes, they're lazy.
- Twee I think that even though one has got a positive attitude towards exercises I don't think one doesn't really have a turn to make a fall out from those patients who have been encouraged to do exercises - *you are never really sure that it works because you are not going to see that patient after a long time again - if it happens that that patient is with you again. So one doesn't have the total proof of it working on them.*
- Stilte.
- Een Ek, ek was heel on ... onbewus eintlik, regtig, van dit. Ek het hulle nooit gemotiveer nie. As ons 'n bietjie meer inligting kan kry oor watter tipe oefeninge ons vir hulle moet gee, kan 'n mens hulle meer toelig.
- F So, some of you feel it is a lack of knowledge at your training schools? (Lag.) O.K. So a few of you have already mentioned a few things: some say it will help to relax, some say they weren't aware of the fact that it helps ... anything else?

Stilte.

Drie I don't know that the point that I have in mind is really related or has any effect towards hypertension, but at times one wonders whether when you do exercises for a patient who already has problems ... a woman ... **should it happen that that very patient has a clot somewhere, now, with exercises you are going to dislodge the clot until it goes up to the main organ** ... so, you are a bit fearful to do it knowing that it can happen. So, one doesn't know how far, how frequent should you do the exercises and for how long.

F So you feel that there are dangers to take into consideration?

Drie Yes.

Een Ja-nee, **ek voel dat elke pasiënt moet individueel geëvalueer word voordat jy sê watter tipe oefening** ... ek dink nie ... of ek het nie die inligting of die nodige kennis om te weet wat om te doen nie en dit is hoekom ek dink nie een van my pasiënte weet wat om te doen nie, want niemand het dit nog vir ons gesê nie. En ek het dit nie geweet nie. So, dit is 'n leemte, dink ek.

(Stilte.)

F Anybody that feels that exercises ... does not have a role to play at all? From what I have gathered up to now, is that "I didn't know that I can prescribe it" but all of you, I get the idea, you think that it might be able to work.

Groep: Hmm. **Dit sal help. Ons moet probeer.**

Een Ek dink aan pasiënte wat ek het wat 'n omleiding gehad het, of privaat pasiënte, wat ek nou van praat ... hoe gewillig hulle is om te gaan stap en oefening te doen nadat hulle trauma gehad het. **Ek dink 'n mens kan begin met 'n nuwe veldtog met oefeninge om dit te voorkom.** Die wat die probleem het, hulle doen hul oefeninge. Ons is lui ... oor die algemeen lui ... niemand van ons doen oefeninge voordat dit nie eers met jou gebeur nie. So, goeie voorligting sal dalk help.

F Voorligting en aanmoediging? (Stilte.) So, you all feel positively towards the fact that exercises ... will work for hypertension? ('n Paar deelnemers beaam.) You are also aware of ... have also mentioned blood clots – so, you feel that you lack knowledge in order to know exactly what exercises you must prescribe in what situation. (Ja.) Anybody else that has had similar experiences?

Vyf No, I can't say ... except that once I say to the doctors – the patient is exercising and the blood pressure is always low.

Drie I know, one of the things, that patients with hypertension, some of them, not all, are always not having only hypertension, **they are coupled with something like cardiac, like diabetes, like asthma.** Now if you advise such a patient to do an exercise unsupervised, the next thing that they can tell you I was too sick, because of aggression ... I feel so what is what ... I rather feel that they must stop exercising! (Lag.)

F So, you don't want complications?

Een Ek voel baie van die pasiënte, saam met die hipertensie, is heel besige mense wat dalk min tyd het om te oefen nie en bietjie oorgewig is, en as 'n mens hier voorligting kan gee, kan dit dalk baie help. Maar, soos ek sê, mens weet nie watter tipe oefeninge, vir hoe lank nie - en vir wie kan ons dit gee nie.

- Vyf **Usually I just advise them to walk**, because that is the only exercises I can think of. **Just walking ... walking, gardening ... I think gardening is a good exercise.**  
(Lag.)
- F Gardening ... (Lag.)
- Een Dit hang af - wat vir my oefeninge is ... vinnig stap vir 40 minute, of ... **gardening is nie vir my oefening nie. Een kan oefening doen en nog lekker rustig sit, en 'n ander een kan jy kry sirkulasie-oefeninge doen wat ...**
- F It seems that there is uncertainty what is activity and what is considered exercise. What do you consider exercise?
- Ses **Doing some household chores ... that is exercise ...**
- Een **Maar jou harstspoed moet vinniger gaan ...** (Almal praat gelyk)
- Drie The most of them tell you (when you say they must do some exercises) the patients tell you "I'm exercising a lot where I work!" (Lag) "There are miles that I walk up and down, (Lag) from the township to" ... **they are exercising on their way but they are not aware of it.**
- Stilte.
- F Other exercises?
- Ses **Breathing exercises. I think breathing exercises can help.** In which case your concentration will be focused on the lungs. **They just do breathing exercises now to relax and think about something far away, nice things – you start now of doing the relaxation exercises that can also help.**
- F It sounds like relaxation therapy. More exercises related to that?
- Stilte.
- Een **Ek voel hulle moet geleidelik begin stap ... eers stadig stap, dan vinniger stap, fiets ry, tou spring vir die wat kan.**
- Vier **Dit hang af van hoe oud die persoon is en hoe aktief hy nog is.**
- F Goed kom weer terug: dit is reg, ons moet oefeninge gee, maar dit moet individueel wees. Elke persoon moet individueel geëvalueer word: wie gee ons wat voor?
- Een **Dan is hipertensie-pasiënte maar gewoonlik oorgewig volwassenes en bejaardes wat oorgewig persone is. My ervaring is dat dié persone raak gou moeg as gevolg van oorgewig.** (Hmm. Instemmende tekens van die ander deelnemers)
- Een En die eetpatroon – dit wat jy eet ook. As jy die verkeerde kos eet gaan jy gouer moeg en pap voel. **Met die regte dieët en oefeninge behoort die persoon goed te voel - wat ook die stres kan verminder en wat ook hipertensie kan verminder.**
- Stilte.
- F We have the effect of diet and exercises. Is there another combination that you can think of maybe that you think that will work in combination with exercises for hypertension?

- Twee **Smoking.** (Hmm. Hmm)
- Almal ... **alcohol** ... I also want to hear what you say ... I am just asking whether ... is it also playing a role ... a habit ... **change your lifestyle ... change the lifestyle** ... ja ...
- F O.K. That's our lifestyle – leave certain things and do other things.
- Een **Alkohol is ook 'n oorsaak.**
- F Reduce alcohol, reduce smoking ...
- Een **Stop smoking**
- F Stop smoking ...
- Een **Salt in the diet, ... en rooi vleis.**
- Ses ... **especially raw salt. Now, when it comes to hypertension in pregnancy, there are those women who are inclined to get hypertension all during their pregnancy.** You cannot say "Now you stop having babies." (Lag.) You would rather say start at the clinic early and ...
- Drie "Try to space your babies so that at least you should be healthy before you get to the next baby." **That person must be under the proper care of a professional person where evaluation or investigation will be done regularly.**
- F Do you think exercises have a role to play there?
- Drie **Yes, it does. It is going to help that lady during labour.** The different types of exercises ... do them more frequently during labour ... (steurings wat stemme op band onhoorbaar maak) ... I think the main point of all that I have just said, it boils down to **relaxing one's mind as well as the muscles who also relax while doing the exercises.**
- F O.K. So you say exercises will have an effect of mental relaxation, making you more comfortable, less anxious - to reduce the hypertension, that effect?
- Stilte.
- Een Kyk, **spanning, of stres, is een van die hoofoorsake, volgens my, van hipertensie. 'n Mens moet die oorsaak van jou hipertensie kry. As dit nie maligne hipertensie is nie, moet dit nie net oefeninge soos in sirkulasie wees nie, maar ook ontspanningsoefeninge om mens se stresvlakke af te bring van hipertensie.**
- Stilte.
- F Jy't gesê van maligne tipe hipertensie. Dink jy met maligne tipe hipertensie – do you think there will be a difference in exercise prescribed for malignant type hypertension or the ones you would use for stress?
- Drie **Ja, it will have a positive effect on both types of exercises even if they do it for hypertension. Exercises will definitely help.**
- Stilte.

- F You all feel quite positive towards the fact that there can ... or might give exercises to out patients.
- Een Veral as ...as ... as 'n mens die vroeë opsporing van hipertensie - as dit in die begin stadium is, want niemand wil eintlik bloeddrukpille drink, van die mense nie. Almal is eintlik baie bang om te begin met 'n bloeddrukpil – en hulle sal hulle medikasie los net sodra hulle beter voel want hulle wil nie bloeddrukpille drink nie. So, ek dink hoe vroeër 'n mens begin met die afbring van hipertensievlakke - voor mens begin met die medikasie. Laat mens nie sommer net, as iemand hipertensie het of medikasie vra, begin en eers as voorkoming probeer met oefeninge en dieët en so aan en dit dan te voorkom. om medikasie te gebruik,
- F Dit is vir jou 'n alternatief in die begin stadium ...
- Een ... in die begin stadium voor 'n mens hulle op bloeddruk medikasie plaas. Ek voel hulle word te vinnig op medikasie geplaas ... in die privaat praktyk. Jy gaan dokter toe, jy't hipertensie en jy is op 'n bloeddrukpil. Daar word nie gekyk na die oorsaak of om eers te sê gaan oefen of kry jou dieët reg of hou op met rook en kom elke week of twee of maand terug en oor 'n paar maande begin ons met bloeddrukmedikasie soos by ons nie. Ons het 'n tydperk, ons gee nie sommer dadelik ... by 'n privaat praktyk ... die dokter ... (Lag.) hulle "start" sommer dadelik met medikasie. (Lag.)
- F You've got more a opportunity for preventative work ... and health promotion.
- Stilte.
- Een **Oefeninge en ... en dieët kan dalk saamgaan – ek meen, ons dieët is verkeerd ... iemand se leefwyse ... jy gan vroeg werk toe en kom laat by die huis. Jy het nie baie tyd om te gaan stap of oefeninge te doen nie. So, die oefeninge wat gegee moet word, moet gemaklike oefening wees wat 'n mens by die huis ... ek meen baie bly in woonstelle ... en kan nie ver loop nie ... dit moet 'n tipe oefening wees wat maklik gedoen kan word.**
- F Ek dink die meeste mense vandag ... most of the people look for a quick solution. (Instemming.) They don't want to spend hours in doing things.
- F And it is better to exercises ... like in private ... doctors ... as she has just said, like in private doctors, they just go there and are put on treatment for hypertension and then they start to hide. When they are coming to a clinic for another treatment ... it happens frequently ... to control ... you don't know what to do ... so, it is better to give lifestyle modification and exercises and then you must check them at the clinic for 3 weeks before they start their treatment.
- Stilte.
- F So, you feel that assesment is quite important for your treatment? (Stilte.) During your assessment for treatment , what do you include in your assessment? (Stilte.) Do you take into consideration whether the person exercise? Something that you evaluate during your assessment?
- Een Very seldom. Very seldom. Maybe when you identify something that needs any exercise, only then can you talk about it to the same patient that comes for hypertension treatment - then can you include it, but it is not something that you talk about regularly.

- F But during your assessment of a hypertension patient, you don't routinely ask whether they exercise? (Praat deurmekaar) No ... no ...
- Een Jy vra wat eet hy, ek vra omtrent sy dieët, van sout en so aan, rook hy en so aan, gebruik hy alkohol, van spanning en so aan. Baie min van oefeninge.
- Drie The family history ... (Hmm)
- Een En ander toestande. Jy weet, jy vra oor enige ander siektetoestande, of hy pyn het of enige toestand wat die bloeddruk ... wat hipertensie nou kan gee nie, maar vra eintlik min of iemand oefen.
- F So, it is easy for exercises to fall through because you don't expect it? (Hmm)
- Ses They will tell you that they exercise the whole day. (Lag.)
- F So, it is only selectively that you would think to ask about exercises?
- Stilte. Die fasiliteerder kyk na elke deelnemer afsonderlik om hulle aan te moedig.
- F Anything else?
- Een **Ek voel dit is ook nie enige iemand wat oefeninge kan voorskryf nie. Want, ek meen, jy moet die pasiënt se algehele siektetoestand in ag neem. As hy 'n kardiaale probleem het, of hy't 'n asma probleem ... dan sal iemand met 'n spesifieke oefening en ... en ... hoeveelheid en so aan voorskryf om te sê jy het hierdie probleme en jy kan hierdie en hierdie oefeninge doen. Ek dink nie dit is enige verpleegkundige se taak om oefeninge voor te skryf nie. Om te sê jy moet gaan stap of draf of swem, ... iemand sal ... **iemand sal hierdie pasiënt eers moet evalueer** voor jy regtig kan sê watter tipe oefeninge hierdie pasiënt moet doen.**
- F You feel quite positive towards the fact that exercises should be prescribed?
- Een Ja.
- F But you feel that you need more knowledge ... (Instemming) you feel that a specialist ... (Ja. Ja)
- Een Ja, ek voel dat 'n spesialis sal hierdie oefeninge met elke pasiënt ... **ek praat nie hier van "mild" hipertensie nie, ek praat hier van hipertensie het met komplikasies, sal eers deur 'n gespesialiseerde mens ondersoek moet word om te sê "Kyk hier, jy mag hierdie en hierdie oefeninge doen of jy mag hierdie oefeninge nie doen nie. Ons kan vir die voorkomende, kan ons sê ... met 'n ligte hipertensie of aan die begin van hipertensie ... probeer oefen of probeer stap of probeer jou ander gewoontes afkry met ... met matige oefeninge. Maar enige iemand wat enige bykomende siektetoestand het, sal ek voel moet eers geëvalueer word deur 'n professionele ou.**
- F Must I translate?
- Almal No.
- Een **Enige kardiaale pasiënt ... dink ek nie enige verpleegkundige kan enige oefeninge vir daardie pasiënt voorskryf nie. Nee wat, die pasiënt mag vir jou blakend gesond lyk ... en ... en dan het hulle 'n ander probleem ... hulle sal eers geëvalueer moet word. Ek gee nie om vir iemand die wat neig na hipertensie gewone**

oefeninge voor te skryf nie, maar enige iemand wat 'n bykomende siekte of hipertensie self het, moet dalk deur 'n professionele ou geëvalueer word.

F How do the rest of you people feel about that?

Twee **Hypertension is complicated ...**

Vyf No, like she say, you want to make sure that the heart is in order ... you cannot do that ... **like the specialist must look at the heart, at the whole cardio-vascular system, the eyes, the kidneys, so that they can prescribe the exercises.**

Stilte.

Een Dit is vir my moeilik om te sê van die oefeninge want ek het geen agtergrond nie en ek het geen kennis wat se oefeninge ek moet gee nie en ons sal ingelig moet word wat se oefeninge ons vir die hipertensie-pasiënt moet gee en sal ons dalk meer insette kan lewer. Ek het niks kennis van oefeninge nie. So, al wat ek vir 'n pasiënt sal kan sê is hy moet stap, begin stadig vir 5 minute, of dan 10 minute en dan elke dag 'n bietjie stap en dis my oefening – en dit hang af van die pasiënt. As ons meer kennis het watter tipe oefeninge, wanneer moet jy stop en wanneer moet jy ..., sal ons dalk meer insette kan lewer om te sê hoe voel 'n mens oor oefeninge. Want nou het ek geen kennis nie.

F So, we come back to the lack of knowledge.

Drie When you are doing the ante-natal clinic there are different exercises that you should show the mother to do and you are trying to target something and you are trying to achieve something. *With hypertension you don't really have a goal to say "O.K. I want to do this because I want the blood pressure down, nè."* And then you will see where it takes the patient. But now you say, come in, even if you don't come in for your medication, come in after a certain period just for your exercises You only need them when they come in for their medication. But maybe if we had something drawn up to say "O.K., at home you must do this and this and this – and come back and then we can see if you're blood pressure is lowered. Then we can say so. We don't really have a clear picture to know what to do how.

Stilte.

F All of you feel "Yes, you must give them exercises that will work" but you don't know what, you don't know exactly when ... depending on the situation or the condition of the patient ...

Twee I don't know which ... what is it that have grades? Daphne help.

Een Grade 1, 2? No, O.K. **The grade 4 is a dangerous grade so this person is expected to walk this far.** I think with hipertension, even if you know ... O.K, the blood pressure is this and this person is not allowed to do certain exercises then, in that instance you can try them gradually untill you see the improvement in your patient.

Een Ek ... ek is heel oningelig ... ek ... ek sal vir 'n pasiënt sê ... **of hoe sê jy vir hom wanneer jy begin sleg voel, stop jou oefening ... of as jy begin sweet, stop ... of duiselig voel ... ek meen, dit kan iemand wees wat oorgewig is en begin sweet.** (Hmm) Ek het geen kennis, as ons net kan inligting ontvang oor watter tipe oefeninge en ... so aan dan kan 'n mens dalk meer insae hê om te kan sê ... Gaan die "survey" oor 'n ... 'n... moet ons oefeninge motiveer in die kliniek of moet ons oefeninge aanbied? Of gaan dit net oor voorligting aan die pasiënt?

- F Vir vandag? Today it is what you feel, what is your attitude towards exercises for a hypertension patient. And what is your opinion and ...
- Een Ek meen ... **ek voel definitief positief daaroor.**
- F You want to be aware of what to look for and what exercises to prescribe to whom.
- Vyf ... because **hypertension can be an emotional thing** and you give exercises and something comes up and the patient dies. Then they tell you you could die of exercises. (Lag) There is relaxation techniques – **they must do relaxation exercises in combination in order to learn to relax.**
- F Mental exercises and specific physical exercises? O.K.
- Een En ... en baie maal is **die oorsaak van hipertensie ... dink ek moet eerste vasgestel word, omdat baie mense kan fiks wees en elke dag oefen ... alles, en kan nog steeds hipertensie hê, maar dis nie as gevolg van te min oefeninge wat die persoon hipertensie het nie, dis as gevolg van stres, wat sy oorsaak is van hipertensie** al is hy hoe fiks en al doen hy elke dag watter oefeninge – **so die oorsaak van sy hipertensie moet eers vasgestel word voordat 'n mens kan bepaal watter oefeninge en moet die pasiënt oefeninge kry.**
- F Dit is soos sy (deelnemer 6) sê, if the patient is overweight you must ask about exercises otherwise with a normal weight person or a skinny patient you won't ask about exercises. It is with the overweight person that you would enquire little more about exercises and promote it.
- Stilte.
- F It makes me wonder why we haven't prescribed exercises to our patients earlier? (Lag.) All people are so positive!
- Drie No, the thing is, once you want to prescribe something that is not routinely done ... ee ... you have to get enough chance to show that person how to do it. So the need is there that there have to be a session for exercises for 20 minutes and do it with all the patients – then afterwards you can prescribe to them. Because otherwise they won't do exercises because they don't even know what we say they must do. They will think of the exercises that they were doing at school. So, they must have the proper knowledge of what is to be done, for how long and then for which hypertensive cases. And then you do it with them once or twice and then from there one you can tell one.
- F O.K. So, you feel it is important not just to tell them how or what to do but to demonstrate to them as well?
- Drie You have to demonstrate to them.
- F Do you think they will be more inclined to do it if they have been shown and not just told?
- Twee No, they will be inclined to do it. You can see, there has been an old age session at the clinic, called the geriatric session. – they like exercise. When they arrive there they already start by themselves, they will do little songs and they exercise while they are singing.

F So, if they enjoy it ... it will work for the rest of our patients as well? (Ja ... Hmm.)  
If we can kick start it. Ja, it is difficult to get patients sometimes to do things. (Hm.)

Een Om te oefen – baie moeilik!

Twee Maybe if they can have sessions at the clinic to motivate them to do it.

Lang stilte. Fasiliteerder kyk na elke deelnemer afsonderlik.

F Anybody anything else? So, let me summarize. You are welcome to add to my summarization, O.K.? (Yes.)

So, all of you feel “Yes, exercises is important.” You haven’t prescribed up to now because you either you were ignorant about the length or the advantages of exercises, but you feel that as exercises has a positive effect there is also disadvantages to exercises especially with our high risk patients and that you feel that for high risk patients you won’t be able to give advice or you feel they need special advice. Well you are of the opinion and you feel that you can add value to your patient who just is in the beginning stage of hypertension, as a preventative measure or our hypertensive patient that is still “mild” (Hmm.) – but you feel that you must also be aware of giving medication too soon and you would rather see that lifestyle changes happen in our patients with exercises be included as well as diet that you have mentioned. What have I left out?

Vyf The types of exercises.

F O.K. You want to know specifically about the different types of exercises that are valueable – we have mentioned the physical exercises but one’s also got to say that housework can be exercises, gardening can be exercises as well as our relaxation therapy which is considered as exercises, as well as walking. Brisk walking was mentioned. And other activities. But this brings us to the fact that you feel it doesn’t matter what you do, you must do something. (Yes) Just increase your activity level.

And you also mentioned that maybe when you want to include exercises in your patient’s treatment regime you feel you must demonstrate what they must do, how they must do it and you feel through that they will be more inclined to practice what you have preached. (Hmm)

Is there anything else?

Een You have said it all.

F Thank you very much for your input. And if there is anything else that you think that we have left out or didn’t say, maybe you can ... send a note through. (Lag.) O.K. Thank you very much for your time and enjoy your weekend.

## FOKUSGROEPONDERHOUD 2

- F O.K. How do you feel about that?
- Een What type of exercises are they because this is the first time that I hear you can treat hypertension by giving exercises.
- F I am not going to answer that, we are going to discuss that. (Vriendelijke lag) How does the rest of you feel?
- Ses I was thinking that maybe **hypertension relates to healthy living habits, like for instance exercises part of treatment to prevent complications - that you don't complicate by being obese because obesity pre-dispose to hypertension.**
- F Ja ...
- Een **I am thinking of it as not physical exercises as such – working, making the movements ... fresh air ...**
- F If I understand you correctly, you say not vigorous exercises. (Hmm) More ... what do you have in mind?
- Een **Mild ...**
- F What do you consider as mild exercises?
- Een **Walking. As I have just said, walking in the early hours of the morning in fresh air.**
- Twee **Or late in the evening ... fresh air ...**
- Ses Apparently I happen to have worked with the elderly for more than 10 years, so I was just thinking that **doing less strenuous exercises will help them a great deal of prolonging life span. Even if they do have some conditions, for instance hypertension or heart failure, but they can still continue doing less strenuous exercises – the one that they feel comfortable.**
- F You do feel that exercises have a role to play?
- Ses Yes.
- Vier But, as good as it is, **you don't have to do it habhazardously, and you have to consider the person's age and ...**
- Drie **...and the condition.**
- Vier **Age, weight, and ... keep the routine ... if you don't consider those ones it can be hazardous.**
- F O.K., we need to do it but we need to be careful about certain things. (Hmm)
- Vier Yes, hypertension is, as it is, a condition which I think, according to the way I saw my clients in that situation, **is not to say one has hypertension and you are scraping that one off the working manpower, you still need to have them there.**

So, for them to be active will not relate to hypertension – we need to tell them that you are still or a bit if you are working. Those who are not working, we should encourage them to work and that they should not be stiff – as with the elderly, as she said, the elderly are always encouraged to exercise. You will find that some of them, as they have hypertension perhaps they have arthritis, or they develop arthritis during the course of their disease, **then that exercises is going to help them not to ... they won't be crocked before time ... they won't ... age before their time.** And they gonna give their medication chance to, to, to circulate and that's going to give **their hearts time to pump better**, I should think. **That's why we need to give them exercises according to that person's condition, the way that exercises focus ... its going to be shaped for that patient. When the patient feels discomfort, that's when we are going to stop.** That is according the way we discussed it with doctor ... doctor Stander at Pelonomi when we were doing this primary health care.

F O.K.

Vier **She told us that we must tell them that they need to do exercises, they don't need to go and sit at home just because they have got hypertension.**

F O.K.

Vier **Another thing is a way of promoting life by way of preventing occurrence of complications**, as she earlier mentioned, like patients with arthritis, hypertension and all that, just to promote circulation ... and on the other hand, especially with our black patients, **is the way of utilizing their leisure time efficiently by doing exercises because by doing exercises they come in a group, they socialize and all that and by so doing we are promoting health, trying to promote mental, physical well being of everybody.**

Vier I think ... I see the chance of the client's have some viscosities ... it helps with the ...

F Sorry, they have some ...?

Vyf Viscosity.

F O.K.

Vier It helps with the free flowing of puss in some of the clients, it helps with the condition of the puss.

F So, according to you there is physiological also a reason why they should do exercises.

Vier Yes.

Een We used to have geriatric classes. They used to sing and dance, sort of slight, mild exercises – singing and doing at the same time. They used to be very comfortable. I think it helped.

F Again, as she said, socialization – and they get exercises at the same time.  
(Hmm)

Vyf And now that stress being the name of the day, the order of the day, and **stress being the continuator effect of hypertension, I think you can really reduce, can have**

less hypertensions by doing exercises, you can reduce hypertension by exercises. I don't know if anybody has mentioned weight control which contributes to hypertension (Hmm) and if you can encourage our patients to exercise then really we will maintain... we could reach our optimal with our clients.

- F You've just said "We could ..." which means you don't do it at present?
- Vier It doesn't mean that we don't do it, we can do it more and more (Lag) it doesn't mean that ... (Lag)
- F No, I was just wondering ...
- Vier But I think we as health workers, we have to be more empowered as to how to go about it, because really we don't ... I for one, I just virtually give a health talk and advise them how to do it but I ... I feel I need some empowerment. And maybe equipment ... if we could have some equipment at the clinic. Not expensive ones, but some little ones that we can use in the mean time.
- F Something specific that you have in mind?
- Twee Maybe something like that bicycle (Ja) you see, because the most of our clients don't have them at home, they don't have that either **so the most easy way of exercises for them that they can find easier is just that walking.** But maybe if we could have those at the clinics that will be much easier, they can use it ... as well as for us. (Lag en praat deur-mekaar) I was just going to say that us ...
- Ses Seeing that she has just mentioned that stress is the order of the day, **even we as health personnel, we do have a lot of stress** – just now from the doctor, I am on anti-depressants. Perhaps if ever we have problems in our work situations we can alleviate a lot of stress, really. (Instemming van 'n paar lede)
- Vier Now, it calls for more space and more personnel and someone should go and ... and ... somebody should go in and guide those people on how to ...
- F Do you think it is necessary to make the clinic a gym? All the stuff that you want to put in now and make it larger. (Lag)
- Drie Not necessarily making it a gym. They are exercising. That is going to be tailored for certain conditions. In the hospitals there are physiotherapy departments. They just target for certain conditions and then we are targeting a certain goal. We want to reach that and immediately when we have reached that we know that we have reached our goal. They go free willed, they get used to doing it, even at home.
- Een And then again we had geriatric clubs in the clinics ... for them to exercise during the day.
- F Were there geriatric clubs in the past? ('n Koor van "Yes!")
- Een And it used to motivate the elderly. (Hmm) We used to travel in to Cape Town with them ... (praat onduidelik) ... stress ...
- Vier And they used to come to the clinics regularly on the particular days. And they used to enjoy it so much because, staying at home they feel sort of useless, you know, (Hmm) and discarded. But when there were still those geriatric clubs they knew that on such and such a day they were going to the clubs ... and I know it was so, so very nice. (Hmm) And thereafter they would have lunch together, they would have those trips that they have at the end of the year and the sisters would accompany them on

those trips. So, really, I also feel that that should be brought back – that is one thing that should not have been taken away from them. That was the only thing they were looking forward to.

F So, the geriatric clubs was not for exercises only but for socialization as well. (Hmm Yes)

Ses In fact, the promotion of health in a broader level because we use to do screening test like monitoring their blood pressure, supervising their treatment that they are getting because you can see that at the hospital everything is done in rush-rush. They don't even understand how should I take this medication. So we used to render one to one relationship whereby you explain to her the side effects of drugs and the importance of taking medication regularly and then when and all that. And in the case of side effects, what to do and all that. So, it was so nice that even people at the hospital used to say that we can see a difference that the elderly who are attending the clubs, they know everything. Even we used to invite other members, for instance police force to address them on safety measures when they are staying alone at home. It was, you know, a multi-disciplinary approach, it was not based on health aspect and all that.

Een And they also used to bring their home problems which were used to be solved there ... "You know a child took my money after pension ... (Hmm) and what, what, what" ... you know ... we used to at the same time solve their problems.

F You mean the stress ... (Koor van instemming)

Twee They were treated holistically ...(Koor) physically, emotionally, mentally. (Koor)

Drie That is a point that is very important to me, that one she has just mentioned, because you find that what we are doing right now, we trying our very best trying to reduce the hypertension, but we find that we can not reach a patient in a short space of time (Hmm) because we have not yet formed that rapport and (Hmm) she's worried about the blood pressure and (Hmm) I am worried because she is tensed, and even if I want to reach her to form that link and that, she is able to open up and tell me that she has social problems – you'll find that she cannot relax. **But if we go into a gym and she does some exercises we are going informal and then we are going to begin and get to know each other and just there we are going to talk about different problems.** They will come up one by one. (Hmm) I don't think you are going to find a person being on tryptanol and reserpine and others, **even the side effects of these medications you are able to see this is side effects (Ja) this is not due to the social problems.** (Koor) Right now, we are just treating everything they get and then we are going to be in a better position to try to rectify some prescriptions which we think they are wrongly given to the people. If only we can have quality time with our patients. Right now we are trying, we are just pushing – we find here and there their problems but a bigger number of patients we are not able to pull out. **So, I think the exercises can,** if ever we had enough manpower. The only thing right now is, I don't know how I am going to do it, we have got pressure ... and when we say "exercise" they say "I am working. Ek werk elke dag in die huis, ek maak die hele huis skoon en was die klere en kook vir hulle" but now she forgets that she never rests. (Hmm) With that exercises one needs a rest and **then you start with exercises after work – a normal day's work.** So that is the other thing that I hear when I am talking to them. They tend to say that they are working, and I believe that I am working, **but I think I still need some exercises just to relax myself. I will be relaxed after the exercises.**

- F O.K. You feel that through exercises it will be better means for you to get to know your patients in the first place, and in the second place you feel that the work that they do during the day is not exercises. (Yes)
- Drie Because in psychiatry our specific patients, we ... we do work, routine work in hospital and after that we go and do our relax ... **relaxation therapy which is an exercise** ... and then there we really relax. After that she or he is a different person and then we can start with our routine again and that is where we can start again, giving our treatments and change some of the things.
- Twee And seeing that it is impossible for each and every sister at the clinics to conduct exercises, and you were talking of maybe converting clinics into gyms, I think (Lag) ... I think something that will work even better: if each and every clinic can have a physiotherapist and maybe one consulting room can be used by the physiotherapist to conduct the exercises for the patients. I think that might work much better because then the sisters can concentrate on treating and giving out medications and the physiotherapist then can concentrate on the exercises part of it. Then you can be sure that the patient gets total treatment.
- F So, do you think it is not the sister's role to do that?
- Twee It is, but now unfortunately there is not enough time for the sisters to do that, because now the clinics are so full.
- Vyf Pressure ...
- Twee There are so much pressure, so, the sisters would like to do it but they haven't got enough time to do it. So, if each clinic could be provided with a physiotherapist and then maybe one consulting room can be allocated to that physiotherapist then the patient will be getting exercises and medication and as well. Sort of off-loading some work of the sister's list.
- Vier **Hmm. To add on this, just like TB patients - they use to send us physiotherapists every Monday. They were coming, group them and make them exercises just for 30 minutes, every Monday for lung exercises.**
- F **So, you feel the same must be done for the hypertension patients?**
- Vier **Yes.**
- Ses With the previous social geriatric clubs that we had, we used to incorporate occupational therapists, physiotherapists and then they would have a program for all of them with different disabilities. And actually teach us which muscles to exercises when the patient or client is having this deformity and all that. So, we used to gain a lot because we used to invite expertise to come and assist us trying to promote the holistic wellbeing of all our clients.
- F So, specialists and professionals in that areas taught the patients and you learned while they made them do it. (Koor van bevestiging) And you could apply that in your own situation ...
- Ses ... in my own situation. Even the simple relaxation therapy, she would demonstrate to you which muscles to relax, you should be doing this and this and this. It was quite interesting because everybody has some problems whatever kind of problems you have. (Hmm)

- Twee Because even the **nursing staff are suffering from hypertension and stress**, (Hmm) so, it will be more beneficial to everybody. (Hmm)
- F Patients and staff?
- Een Patients and staff.
- Twee And even for the physiotherapist as well. (Sy lag)
- Vier **So, I really think we have to change our attitudes. Hmm, our patients should also have a positive attitude towards exercises**, because now they will not only have to do it at the clinic but also at home because they only come once a month. So it means, we usually say at least if exercises are being done, **about three times a week**. So, really, if a patient has a positive attitude he'll continue even if he is at home.
- Drie I was going to say just what she has just said about having a physiotherapist. It is not even supposed to be a suggestion because it is appearing there in the ... it is a health plan for the primary health. There is a whole list of people who form a team in the primary health center. So, if each and every clinic who is supposed to be having a pharmacist, a doctor, a nurse, a physiotherapist, somebody who is doing laboratory work – there are so many people who are lacking in the clinic that a nurse is suppose to stand in for all those persons. So, if the Department of Health could have seen to it, that perhaps in one year they put in one person in there, this job could have been done a long time ago. Some of the things could have been ...
- Vier ... prevented.
- Drie Ja, some problems could have been addressed a long time ago. Our health plan is so nice in the book, and I think it could be so nice if they put it nice in practice (Hmm) and then there won't be pressure and stress on the nurses and we will end up going forwards, without depression tablets ourselves. (Hmm) And then you ask me of depression. How am I going to talk to a patient who has depression because of reserpine I am just going to think "She is under pressure like myself" and then I start giving her tryptanol.
- F Kyk na die ander deelnemers.
- Drie **But we still have to have exercises. We have to push and have them, because it is not nice to see people having side effects from the medication when you could have done those easier exercises.**
- F Easier exercises. Do you mean that they could get less medication and so have less side effects? I didn't understand exactly what you were saying now.
- Drie We can treat them so that they can take medication easily. And I don't think that we will have to add something more because **they're going open up and then they're going to talk. And then you will be able to see whether this is due to pressure in life situation or is this a side effect of the medicine.**
- Twee And I think I concur with what she says, because maybe the poor person's blood pressure is so high because of stress and other things and **due to exercises she will be more relaxed and you will find that the blood pressure will definitely go down. So, less medication is much better** because really, swallowing so many tablets but ... (praat onduidelik) ... so, really, it is necessary at the clinics. But the physiotherapist should be there because she is a professional in that field and she

knows what type of exercises should be done for what conditions, whereas the nurse don't have that much knowledge to give the exercises. So, a physio is a necessity at the clinic.

Een They must also help us to loose some weight or what ... (Lag)

F Personnel can also loose weight then?

Twee Ja, and stop us using anti-depressants as well. (Lag) **Yes, it will be exercises here and hypertension medication as well ... so, it will be beneficial to everybody.**

F O.K. Let's just see. So, what came round is that you say nurses lack the knowledge, we are not trained in that specialist area of exercises.

Een Yes, we are not trained in that special area.

F That's why you want the physiotherapist. (Hmm) O.K. To individualize each patient's treatment and the exercises that they have. (Hmm) You said "They must be there" because the health plan says they are included. (Hmm)

Twee I was suggesting, the health plan says they must be there ...

Drie So, they must be there. (Ander beaam dit ook)

Een At least let there be one circulating the clinics. Even if she can visit this clinic today, the following clinic ... circulating ... if they can do assessment ...

Drie But now, the clinics are so many, she won't be able to round them up on the same way - there are so many, about 23 of them.

F O.K. You wanted to say ...?

Ses Yes, I am very concerned, because I was actually rendering geriatric care for the past ten years. So, it was irradiated, it was said to be "a nice to have clinic", they don't see the importance of bringing the old people from different areas rendering holistic care to them. All that we are saying now, being doing that for the last past ten years, but it was now policed, it was said it was "a nice to have service" because sisters were travelling all over the place, they were ...

Een Because it is true, we used to travel as far as Cape Town and from Cape Town ... It was so nice. Really, it was so nice, very interesting. And they used to enjoy it. (Hmm)

Ses And we were not concerned about social aspects, even if she finds financial problems at home, we advised her to go to the different institutions for help, and all that, and then we will accompany her, offer transport and do every thing for her. (Hmm)

F You are now talking about geriatric patients, are they the only ones with high blood pressure?

Koor: No, most ... **the nurses too have hypertension ... even young people ...**

Drie **Almost all of the geriatric patients are hypertensive. But really, truly, almost all of them are hypertensive.**

- Een Almost always.
- Drie **Almost all of them are hypertensive, that's why every body is talking about geriatrics, because they are the most people, and who knows that they are hypertensive** and who are prepared to take their medication? Because most young people don't bother, they just check, just take their blood pressure. They are used to come to the clinics and that's why we are talking about them so much. We are not excluding other younger patients, **we are talking about everybody's hypertension and who is under stress.** (Lag. Daar word verwys na die personeel wat ook aan stres onderworpe is)
- Vyf I think that management is to be blamed for the high rising of stress and hypertension in most of the patients because of them removing all these important tasks that have been done by nurses. I think it must be returned back to them to lessen stress and hypertension.
- F On your clients?
- Vyf Yes.
- Twee And the sisters who used to do geriatrics, they never used to have any stress because they would exercises with their clients you know ... (Sy lag self)
- Ses And it was quite wonderful because you used to feel happy, exited every day. You had something to say, to do with them and all that.
- F O.K. A lot of work. (Hmm) Satisfaction as well.(Hmm)
- Vier Looking forward to your work. (Hmm) Because it is so interesting to be with them. You don't know what to expect.
- Twee They are full of surprises. (Lag)
- F Let me re-read the question again and let's see if something new comes up. (O.K.) What is your personal opinion and attitude concerning the value of exercises as treatment method for hypertension patients?
- Twee It is still the same.
- F It is still the same, but have you got new lights that go on in your heads?
- Lang stilte. Kyk na elke deelnemer afsonderlik.
- F O.K. Let me just summarize again. So, you say most of your patients with high blood pressure is elderly. Exercises ... you used to do it with them. Just for interest sake, can you say that it reduced their hypertension?
- Ses Hmm.
- F Can you visibly see that? (Hmm. Yes)
- Ses **Because you, as a health care giver, you educate your client about the importance of taking medication but you don't just jump into curative use – first of all give health advice to your clients, causes, pre-disposing factors and all that. By so doing you are trying to curb the complications that may occur from suffering hypertension, isn't it?** So, if ever you have a positive attitude and you believe in yourself that whatever you are doing to a patient the main aim is to

promote health and to prevent the occurrence of disease and the complications thereof. So, if you have a positive attitude, you are going to instill that to your client and after that you would also insure that he or she, even if she is suffering from hypertension, **she must know that it is not going to be cured, but it is just going to be controlled.** If ever she understand that quite well as a client, then you are working hand in hand with her to **promote health, to prevent occurrence of any complications.**

Twee And then another advantage was that the sisters were able to monitor their patient's reading and then they would see that their patient's condition was stable.

F So, they were much more hands on. (Hmm) They knew their patients better. (Hmm)

Twee Yes.

Drie Another advantage of exercises is that after exercises, one gets thirsty. **And with the majority of my patients with hypertension they complain of headaches, of neck pain, of neck stiffness.** And then it is said, we nurses say, **that headache is a symptom, it is not a disease.** So, I heard somebody saying that "Just drinking enough water can relieve that" and ... only to find that we, myself and the majority of my patients, we are not drinking enough water, 8 litres a day. And hypertension can have ... so, **if we exercises with them,** they are going to drink water and then we are going perhaps to relieve those headaches with them and then we are going to clean these kidneys, the urinary bladder, complications of renal, eh, damage to the kidneys. (Hmm) and then we are going stop having people who says "I have got a burning urine" - but when you test, you don't find any abnormalities, but the urine is burning. It's because there is too much salt in the diminished water in the body. So, we can help them, the exercises can help them in lots of ways. Some of them complains of skins, they've got rough skins. And once one is going to drink enough water, that skin is going to be O.K. It's going to be nice again and then is going to be nicely elastic.

Stilte.

F Another input? (Iemand sug)

Drie There is something that came to my mind, but then I was asking myself whether it was relevant. People like you, (verwys na die fasiliteerder) **younger people, turn to have high blood lately.** I noticed the younger group coming in, **that is the middle aged, they come in with high blood** (klap haar vinger) all of a sudden, just like that. And when you inquire at times, **you find that this crisis of joblessness is one thing, is the real cause of her or him going to be called a hypertensive patient for life.** Now, one tends to ask oneself: "How am I going to manoeuvre myself out of this one?" If now a patient comes and ask me "Will I be oraait sister?", I just tell him that we are **just going to control him** with this tablets but deep down I've got this thing which says **"Perhaps if we have some work and send him for a job, perhaps that type of hypertension can be removed."** Because this person does not rest. He makes if he is sleeping, just as a psychiatric patient at times, they make as if they're sleeping and yet, that person just close their eyes but their mind is running. So, that person becomes awake, almost 24 hours - they are exhausted at times. If you say "Why can't you sleep?" they say "Ek kan nie aan die slaap val nie. I cannot sleep. I'm just sleeping for 2 hours." So, you send them in for tryptanol, that is something I don't know. (Lag verleë.) So, some things are really out of the necessary. *Even if you can do exercises, some things are really out of our hands.* And we cannot even send them out for social care, for really, what will the social worker do in this case,

**the cause of the high blood, it is the stress that we cannot release.**  
(Samestemming)

Twee **Stress due to joblessness.**

F So, the cycle needs to be broken somewhere. (Somewhere. Hmm) But you say that exercises will not reduce the hypertension in such a case necessarily because there is another stressor.

Twee The root of the problem, the cause.

F So, it brings us back to what we said earlier: every treatment must be individualized. And you have to look at the patient holistically. (Hmm)

Drie And you need all the professionals. Perhaps if you have got all the persons, the social worker here will be able to try to do the job creations, there ... the, the ... what do you call these teams?

Twee The occupational therapists.

Drie Those small jobs ... they make them to do something which ...

Twee ... beads and then sell ... The physiotherapist with the exercises, the sister with the medication ... so, it seems to me we need each other. Nurses can't do without physiotherapists, physiotherapists can't do without nurses. And pharmacists, and doctors ...

Vier And social workers.

Twee And social workers.

Stilte. Kyk aanmoedigend na almal.

F Who would like to summarize for us the main aspects?

Twee **We feel that exercise is important for our patients - not just hypertension patients but all the patients.** And we feel that at clinics we should have physiotherapists. If he or she can come once a week, as long as the patients can be exposed to a physiotherapist, because now the physiotherapist will be able to deal with these patients according to his or her needs as far as the exercises are concerned. And it will also be beneficial to the nurses. And then we also feel that that geriatric program should be brought back for our geriatrics because really, it was a very special service, it was not only "a good to have service" you know. And then, like she said, we also need to have doctors at the clinics, pharmacists and laboratory technicians to make up the whole health team.

Drie A multi-disciplinary approach.

(Deelnemer twee vra vir die res van die span of sy iets uitgelaat het en dat hulle haar moet help indien sy iets uitgelaat het.)

F (Praat met deelnemer 5) You were very quiet this afternoon. (Hmm) Something specific that comes to your mind?

Vyf I think the management should be brought forward and, ... eh, are requested to do this, ... eh, this multi-disciplinary program to us yet. They should give the

management this exercises too. And to teach them about the importance of this so that they know the importance of exercises and the importance of releasing stress of our clients and the staff in general. (Hmm) So, the management should be brought forward to learn about this.

F So, you mean this was a service that was delivered and now stopped and they must make management aware again of the value it had.

Vyf Yes.

Vier **I think we should start with the young people, that is actually where we should start, to try to advise them to start to engage in exercises programs to prevent them from getting hypertension in later years. They must not wait until they are old now and have hypertension already, but they must start when they are still young.**

F You feel that prevention is better than cure.

Vier **Ja, prevention is better than cure, really.**

F If there is nothing else, thank you very much for your time. Thank you very much for your inputs and everybody's participation. We really appreciate it. Any questions that you would like to ask us before we close down?

Twee Are you going to inform us of the outcome of the research?

F Not my research.

Navorsers Yes if you would like to have it, definitely. Through sr. Reid we can let you know what the outcomes are and how we are going to go about it. Definitely through sr. Reid, who can give you information in your general meetings.

Twee Yes, on behalf of everybody, we would like to know what is the outcome.

Navorsers Ja, with pleasure. You did help us and on my behalf I would like to thank you very much. Without you I wouldn't have been able to do this research. So, thank you for your time, thank you for coming in. I think I owe it to you, so that you will know the results.

Ses And just a comment: this abolishing of essential services like geriatric clinics, school health nursing really, really they have crippled our society.

Vyf A lot.

FOKUSGROEPONDERHOUD 3

- F Any questions before we start further?
- Twee How long is it going to take?
- F About an hour. It depends on the group usually. It usually is about an hour, not more than an hour. I just want to close the door. (Maak deur toe.) O.K. And here I have a question for you. You can read it but I am also going to read it for you. O.K. The question is:
- “What is your personal opinion and attitude concerning the value of exercises as treatment method for hypertension patients?”
- So, what is your personal opinion and attitude concerning the value of exercises as treatment method for hypertension patients?
- Vier **I think with exercises, number one it will also help a patient to reduce weight. If the patient is obese or too fat, the high blood is also not right, so by exercising she is going to reduce weight, their stress levels will go down and you know that that is going to do good to hypertension.**
- F So you feel it is appropriate to do exercises.
- Een Ja, I also support her with this. **It makes the heart function ... it is a cardiac exercise, so it increases the function of the heart which causes increase of the low flow of the blood so that the hypertension can be reduced – the blood is not stagnant.**
- F O.K. So, it will improve your circulation ...
- Een ... improves your circulation ...
- F ... and your heart strength (Ja) because it is a cardiac exercise.
- Drie Ek voel dat dit baie **belangrik vir jongmense** is omdat stres so hoog is en om **gesonde leefwyse te kan handhaaf is oefeninge baie nodig ... en dit kan sekere siektes ook makliker ... die komplikasies daarvoor is minder. Stap maar so ‘n bietjie ... (praat onduidelik) ... val seker maar daarby in, jou sirkulasie is beter, jou hart is beter en dit verminder stres.**
- F Did everybody understand? Must I translate?
- Een No, we did understand.
- F So up to now we said circulation ... eh, cardiac exercise ... is good because it reduces stress ...
- Een ... and weight.
- F And weight.
- Twee I also think **exercises is a good thing to be a part of treating hypertension. But I have a problem of do ... to tell a patient to exercises, but not tell them how, how often and what type of exercises. I don't think we have the knowledge.**

- Drie **Ek dink stap is belangrik. Maar jy moet nie stadig stap nie, jy moet vinnig stap.**
- F Vinnige passies.
- Drie **Ja, ek meen jou spoed moet darem ook so wees dat jy darem jou sirkulasie moet verbeter. Dit baat ook nou nie om rustig te stap nie.**
- Vier Concerning this patient walking, this patient is going to put more pressure on the joints and get ... (praat onduidelik) ... and then you going to be free to walk because some other people can become embarrassed because they are too fat and they must walk, exercise.
- F You think walking is a very good thing.
- Een **Yes, fast walking. It does not necessarily mean that one should go the gym, or something like that, if it is not possible for them. (Die navorser versoek deelnemers om harder te praat aangesien die band die gesprek nie kan opneem indien hulle te sag praat nie.) Fast walking does the thing.**
- F So, you don't think that they need a lot of money to exercise.
- Vier The other thing to explain to them, you know, **with walking, especially when they do brisk walking, and even if you are jogging, the chances is that you are going to take a little more time with walking and short time jogging but at the end the energy that you are going to use, it stays the same.**
- F O.K. So, they don't need to do this high impact stuff to exercise. Long enough brisk walking, according to you, is enough.
- Vier **I am saying that in the end it is going to be the same. It is just with walking you are going to spend more time than with jogging.**
- Stilte.
- F Hoe voel julle pasiënte as julle dit vir hulle sê? How do your patients feel when you tell them that brisk walking is enough?
- Een I think they understand because the majority of our people, especially the urban blacks, they don't know anything about exercises. So imagining that you expect a thing about **this brisk walking** they realize that, oh, there are other methods that I can loose weight. Most of them, they don't have that knowledge.
- F O.K. Your patients, how do they feel? (Kyk na deelnemer vier.)
- Vier Sometimes they do tell us that they don't have time, but after we have explained to them they don't have ... because most of our blacks, we don't have our own transport because ... (praat onduidelik)
- F So, they are walking anyway. (Instemming van meer as een deelnemer)
- Een **But they must just increase their rate, they must walk faster, not just walking carefully.**
- Drie **Maar baie van hulle sê hulle doen hulle eie huiswerk.**

- F So hulle moet die aktiwiteitsvlak oor die algemeen 'n bietjie ophig? You said previously, you don't have the knowledge with regard to exercises. You think it is good, but you don't have the knowledge.
- Twee According to me, **you must actually tell them what to do, how often.**
- F All right. So, you feel the knowledge that you have is not scientific, you cannot be specific.
- Drie Ja.
- F And the rest of you? Where did you hear of the exercise and the walking, brisk walking.
- Vier Where we heard about ...?
- F That brisk walking is good for cardiac patients.
- Vier From the literature.
- F O.K.
- Vier **Most of our patients are overweight.** So, we can't do other exercises, go to the gym, go somewhere else. (Praat te sag)
- Vier Now, the other thing, when **I tell them about exercises, I actually tell them that they must eat a balanced diet** because they will have to look what they eat, not too much hydrates ... and most of the time they ... because what is going to discourage them is exercising and if they eat wrong. **I mean, if they loose weight with exercises they are going to replace it** and (Hmm) it is very important also to ... (Praat te sag)
- ~~Een~~ Een As she said, from literature we get the knowledge that **brisk walking improves the situation, you know that it is important.**
- F So, you feel that you look broader at hypertension patients, not just exercises, but you look at other aspects as well, for example their diet. (Hmm) Are there other aspects that you also consider?
- Twee (Praat te sag) **If the patient is already hypertensive, they must take their treatment regularly, and their diet and their exercise.**
- F So, it is more realistic to look holistic at your patients when you are treating patients with hypertension. (Hmm)
- Stilte. Die fasiliteerder kyk na elkeen afsonderlik. (Iemand sê iets onduideliks.)
- F (Lag) What now?
- Twee I say that we are finish.
- F Sometimes one thinks that one is finish and then new things come up. You must start talking and express your personal ideas and something that is in the mind at the back comes forward just by a trigger. O.K. So let me just quickly look: what came out, is that, according to you, there is a value in exercise. With regard to stress management, weight reduction ... hmm ...

Een ... **circulation improvement.**

F It improves the circulation, the strength of the cardiac muscle. So, you feel they must exercise, because the value is definitely there. (Yes) And I picked up that you are all positive with regard to exercises. You feel that, yes, even if they are very overweight, they must adapt their activity level and that they must increase their activity level because you said that even if they are overweight, they can walk. O.K. ... hmm ... it seems to me that the exercise you prescribe mostly to your clients is exercises, brisk walking. You said also that they must do their own housework, ... and they must get their activity levels a bit higher. And you said they must not stroll, they must not walk slow, they must ... really go for it! O.K. But I also picked up that you feel ... it is not scientific, you don't exactly know how much, how long and how many times a week should you prescribe. You know it is good, but you also lack knowledge with regard to the specifics, (Iemand sug) but that you are doing the best according to your knowledge to promote exercise. (Stilte) Anything else? Something that I left out? Oh, yes, you also said that you look at the patient holistically, that you don't just look at their hypertension but also at the medication, the diet and their activity levels. (Stilte) Anything that you can add to anything of those?

Lang stilte. Die fasiliteerder kyk na elkeen afsonderlik.

Vier And another thing: at the clinics most of the clients with high blood pressure, it is not well controlled and you ask the person whether it is O.K. and they will say it is O.K. and they will also **tell you that they are having stress. But it is better also to encourage them that the other method to prevent stress is that you must have a confidant.** I usually tell them that you must have a confidant, you ought to talk about it to someone. You know someone that will listen to you and you know, most of the time, even if they are at the clinic. And when I try to talk to them, you know, if you have time to talk to them, after a while they will say "Oh, I am feeling better". It is very important to them.

F O.K. So ... sharing your problems with other people.

Vier Yes, yes. Because they are people, who usually, they are on pre-medication but because of their ... you know ... **social and other problems, their blood pressure does not become relieved, they ...** (Praat te sag)

F So, it is just a further aspect of your treatment of the person as a whole. (Yes)  
Looking at all these aspects. (Yes)

You have now touched on the biological, the psychological and the social aspects of the patient.

Een Yes, it is very important.

Twee I also think that we as nurses must be realistic ... concerning their **diet**, what is in their diet. For someone who stays at a squatter camp, what is the correct diet for them. I also think that it is very important to tell them if they have only pap and marog ... and then if they can't afford other foods, maybe they can exercise a lot ... because pap has lots of carbohydrates.

Stilte.

F Fortunately it is low in fat.

Vier Yes.

Lang stilte.

F I think that it is very positive that one looks at all aspects of the client, and not just at one, as you have mentioned. (Stilte) It seems as if I have pulled everything out of you. (Een lag)

Vier You know, about the conduct, as she has said, about the **diet**, if you look at the social aspect of the person it is very important because some of our people - they don't understand when you are talking about proteins, that is even talking from beans. You know it is a high class protein, so you ought also to explain to them that proteins you can get from the beans, from the soya ... you get it from peanut butter.

F O.K. So, you say we must individualize. (Meer as een beaam) We must look at what the circumstance of the patient is and adapt to what the patient is having and use that. (Yes)

Vier Yes.

F The same as what she has said, if the patient is very overweight you must adapt and individualize it. There isn't a hard and fast rule of everybody must do the same. You have to assess your patient to see what he has and what he can accomplish.

Lang stilte. Die fasiliteerder kyk na elkeen afsonderlik.

F O.K. If there is no more ... if there is nothing more, thank you very much. We really appreciate it - we really appreciate it on this Friday morning so early.

