

Kwaliteit verpleegsorg: pasiënte se belewensse

deur

HESTER GERTRUIDA GELDENHUYS

**Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad
Magister Societatis Scientae (Verpleegkunde)**

in die

**FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE
SKOOL VIR VERPLEEGKUNDE**

aan die

Universiteit van die Vrystaat

November 2009-

Navorsingleier: Dr D.E. BOTHA

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

HG GELDENHUYS

November 2009

My opregte dank aan:

Die voltooiing van hierdie navorsing sou nie moontlik wees sonder die hulp en bystand van vele individue nie:

- Eerstens teenoor Jesus wat hierdie belofte aan my gegee het : “ Ek is tot alles in staat deur Christus wat my krag gee “
- My navorsingleier, dr D. Botha, vir al jou geduld, professionele leiding en bystand
- Aan al die pasiënte wat gewillig was om deel te neem aan die onderhoude en bereid was om u ervaringe met my te deel
- Mev Gericke vir die taalversorging van die proefskrif en Mev R Groenewald vir die proeflees daarvan
- Die personeel en Bestuur van Hoogland Medi-Clinic
- My oorlede eggenoot, At vir jou ondersteuning en hulp met die verkryging van inligting vir die literatuurnavorsing. Ook nou dra ek hierdie navorsing aan jou op ter nagedagtenis aan jou liefde en ondersteuning in die verband.
- My ouers en familie vir julle bydraes, ondersteuning, aanmoediging en liefde

Hoofstuk 1: Inleiding en Probleemstelling

1.1	Inleiding.....	1
1.2	Probleemstelling	4
1.3	Doel van die navorsing	6
1.4	Operasionele definisies.....	6
1.4.1	Belewenis.....	6
1.4.2	Verpleegsorg.....	7
1.4.3	Kwaliteit van verpleegsorg.....	7
1.5	Navorsingsontwerp	8
1.5.1	Navorsingtegniek	9
1.5.2	Populasie	9
1.5.2.1	Insluitingskriteria	9
1.5.2.2	Uitsluitingskriteria	10
1.5.3	Ontledingseenheid	10
1.5.3.1	Werwing	11
1.6	Verkenningsonderhoud.....	11
1.7	Data-insameling	12
1.8	Geloofwaardigheid.....	13
1.8.1	Waarheidsgetrouheid.....	13
1.8.2	Oordraagbaarheid.....	14
1.8.3	Vertroubaarheid.....	15
1.8.4	Bevestigbaarheid.....	15
1.9	Data-ontleding.....	15
1.10	Etiese aspekte.....	16
1.10.1	Verkryging van toestemming	16
1.10.2	Pasiënt se reg tot selfbeskikking	17
1.10.3	Verkryging van ingeligte toestemming	17
1.10.4	Pasiënt se reg op privaatheid	17
1.10.5	Pasiënt se reg op konfidensialiteit	17

	Bladsy
1.11	Waarde van die navorsing..... 18
1.12	Uiteensetting van die navorsing 19
1.13	Samevatting..... 19
Hoofstuk 2: Navorsingsmetodologie	
2.1	Inleiding..... 20
2.2	Navorsingsontwerp..... 20
2.2.1	Kwalitatiewe navorsing 20
2.2.2	Fenomenologiese benadering 21
2.2.3	Konteks van die navorsing 21
2.3	Navorsingstegniek..... 21
2.3.1	Die in-diepte onderhoud 22
2.3.1.1	Beskrywing..... 22
2.3.1.2	Die doel van 'n in-diepte onderhoud 22
2.3.2	Die voordele van 'n in-diepte onderhoud 23
2.3.2.1	Bekom 'n ryke verskeidenheid van data 23
2.3.2.2	Insig word verkry en inligting gegee 23
2.3.2.3	Die gesprek is nie gestruktureerd nie 23
2.3.2.4	Terugvoer word verskaf 24
2.3.2.5	Nie-verbale gedrag is waarneembaar 24
2.3.3	Nadele van voer van in-diepte onderhoude 24
2.3.3.1	Vooroordeel teenoor die respondente 25
2.3.3.2	Afdwaling van die onderwerp 25
2.3.3.3	Uitputting van respondente 26
2.3.3.4	Beperking van openhartigheid 26
2.3.3.5	Invloed van die navorser 27
2.4	Populasie..... 27
2.4.1	Insluitingskriteria 27
2.4.2	Uitsluitingskriteria..... 28

	Bladsy
2.4.3	Ontledingseenheid 28
2.4.4	Grootte van ontledingseenheid 29
2.5	Verkenningsonderhoud 29
2.5.1	Die voordele 29
2.5.2	Uitvoer van 'n verkenningsonderhoud 30
2.6	Data-insameling..... 31
2.6.1	Toegang tot die navorsingsveld..... 31
2.6.2	Seleksie en nadering van respondente 31
2.6.3	Voer van in-diepte onderhoude 32
2.6.4	Verloop van die in-diepte onderhoude..... 32
	2.6.4.1 Aanvang van die gesprek 33
	2.6.4.2 Verloop van die gesprekke 33
	2.6.4.3 Afsluiting van gesprek 34
2.6.5	Die navorser as onderhoudvoerder 34
2.6.6	Aspekte van belang in onderhoudvoering 35
	2.6.6.1 Kommunikasietegnieke 36
	2.6.6.2 Stel van vrae 37
2.7	Veldnotas..... 38
2.8	Transkribering..... 38
2.9	Geloofwaardigheid van navorsing 39
2.9.1	Waarheidsgetrouheid 39
	2.9.1.1 Neutraliteit..... 40
	2.9.1.2 Vestiging van 'n goeie verhouding..... 40
	2.9.1.3 Egtheid van data 40
	2.9.1.4 Ontleding van data 41
2.9.2	Oordraagbaarheid 41
2.9.3	Vertroubaarheid..... 42
	2.9.3.1 Vertroubaarheid van data-insameling 42
	2.9.3.2 Vertroubaarheid van kodering..... 43
2.9.4	Bevestigbaarheid 43

	Bladsy
2.10 Data-ontleding en interpretasie.....	44
2.10.1 Voorlopige kodering	44
2.10.2 Data-ontleding	44
2.10.2.1 Verkry 'n geheelbeeld	45
2.10.2.2 Identifisering van onderwerpe	45
2.10.2.3 Onderliggende betekenis.....	46
2.10.2.4 Geïdentifiseerde onderwerpe	46
2.10.2.5 Data-analise in kodes.....	46
2.10.2.6 Kategorieë.....	47
2.10.2.7 Kodering	47
2.10.2.8 Voorlegging aan eksterne kodeerder	47
2.11 Etiese beginsels.....	48
2.11.1 Skriftelike toestemming	48
2.11.2 Beskerming van menseregte.....	48
2.11.2.1 Selfbeskikking.....	48
2.11.2.2 Skriftelike inligelige toestemming	49
2.11.2.3 Pasiënt se reg op privaatheid	49
2.11.2.4 Pasiënt se reg op konfidensialiteit	50
2.11.2.5 Gedeeltelike anonimiteit	50
2.12 Samevatting.....	50
 Hoofstuk 3: Resultate, Inhoudsontleding en Literatuurkontrole	
3.1 Inleiding.....	51
3.2 Resultate.....	51
3.3 Biografiese data.....	51
3.3.1 Ouderdom.....	51
3.3.2 Geslag.....	53
3.3.3 Taal.....	53
3.4 Inhoudsontleding.....	54
3.4.1 Doeltreffendheid.....	57

	Bladsy
3.4.1.1	Personeelvoorsiening 58
	3.4.1.1.1 Tekort aan personeel 60
3.4.1.2	Produktiwiteit 61
	3.4.1.2.1 Werkslading 62
	3.4.1.2.2 Lekewerkers (“care workers”)..... 64
3.4.1.3	Toerusting en fasiliteite 65
3.4.2	Professionele voorkoms en gedrag..... 65
	3.4.2.1 Verpleegpersoneel se voorkoms 69
	3.4.2.2 Verpleegpersoneel se gesindheid 70
	3.4.2.3 Verpleegpersoneel se gedrag..... 72
	3.4.2.3.1 Respons as hulp benodig word..... 74
	3.4.2.3.2 Kommunikasie..... 76
	3.4.2.3.3 Pynhantering..... 82
	3.4.2.3.4 Verpleegprosedures..... 88
	3.4.2.3.5 Administratiewe take 89
3.4.3	Terapeutiese omgewing 90
	3.4.3.1 Fisiese omgewing 92
	3.4.3.2 Psigologiese omgewing 93
	3.4.3.2.1 Basiese behoeftes 93
3.4.4	Aanvaarbaarheid..... 105
	3.4.4.1 Etiese verantwoordbaarheid 106
	3.4.4.1.1 Toegewydheid 107
	3.4.4.1.2 Privaatheid..... 108
	3.4.4.2 Kulturele aanvaarding 109
	3.4.4.2.1 Kultuursensitiwiteit 109
3.4.5	Toeganklikheid 110
	3.4.5.1 Bevoegde personeel 111
	3.4.5.2 Toerusting 111
	3.4.5.2.1 Klokkies..... 112
	3.4.5.2.2 Termometers..... 113

	Bladsy
3.4.5.2.3 Beddens.....	114
3.4.5.3 Fasiliteite.....	114
3.4.5.3.1 Stortfasiliteite.....	114
3.4.6 Pasiënttevredeheid.....	115
3.4.6.1 Tevredeheid beleef.....	117
3.4.6.2 Tevredeheid nie beleef nie.....	118
3.5 Samevatting.....	119

Hoofstuk 4: Gevolgtrekkings en Aanbevelings

4.1 Inleiding.....	120
4.2 Biografiese data.....	121
4.3 Kwaliteitverpleegsorg.....	121
4.3.1 Doeltreffendheid.....	122
4.3.1.1 Personeelvoorsiening.....	122
4.3.1.2 Produktiwiteit	123
4.3.1.2.1 Werkslading	123
4.3.1.2.2 Lekewerkers	124
4.3.2 Professionele voorkoms en gedrag	125
4.3.2.1 Verpleegkundiges se voorkoms	125
4.3.2.2 Verpleegkundiges se gesindheid.....	126
4.3.2.3 Verpleegkundiges se gedrag	127
4.3.2.3.1 Respons as benodig word	128
4.3.2.3.2 Kommunikasie	128
4.3.2.3.3 Pynhantering.....	130
4.3.2.3.4 Verpleegprosedures.....	132
4.3.2.3.5 Administratiewe take	133
4.3.3 Terapeutiese omgewing	134
4.3.3.1 Fisiese omgewing.....	134
4.3.3.2 Psigologiese omgewing	135
4.3.3.2.1 Veiligheid.....	135

	Bladsy
4.3.3.2.2 Slaap	136
4.3.3.2.3 Voeding	137
4.3.3.2.4 Higiëne	138
4.3.3.2.5 Ondersteuning	138
4.3.4 Aanvaarbaarheid	140
4.3.4.1 Etiese aanvaarbaarheid	140
4.3.4.1.1 Toegewydheid	141
4.3.4.1.2 Privaatheid.....	141
4.3.4.2 Kultuursensitiwiteit	142
4.3.5 Toeganklikheid	143
4.3.5.1 Toerusting.....	143
4.3.5.1.1 Klokkies	144
4.3.5.1.2 Termometers	144
4.3.5.1.3 Beddens.....	145
4.3.5.2 Fasiliteite	145
4.3.5.2.1 Stortfasiliteite.....	146
4.3.6 Pasiënttevredenheid	146
4.4 Samevatting.....	148
4.5 Leemtes.....	148
4.6 Aanbevelings.....	148
4.7 Slot.....	150
Bibliografie	162
Opsomming	167
Summary	169

BYLAE

Bylae A1: Inligtingstuk vir Pasiënte

Bylae A2: Toestemming Pasiënte

Bylae B: Toestemming HospitaalOwerhede

Bylae C: Toestemming Etiekkomitee van Vrystaatse Universiteit.

Bylae D: Taalversorging

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1 Ouderdomsverspreiding van pasiënte oor 3 maande

Tabel 3.1 Aantal onderhoude gevoer met respondente in verskillende ouderdomsgroepe

LYS VAN FIGURE

Figuur 3.1 Aantal onderhoude gevoer met respondente in verskillende ouderdomsgroepe

Figuur 3.2 Verspreiding van geslag

Figuur 3.3 Verspreiding van taalvoorkeur van respondent

Figuur 3.4 Skematiese voorstelling van data ontleding

Figuur 3.5 Sub-kategorieë en temas van doeltreffendheid

Figuur 3.6 Sub-kategorieë en temas van professionele gedrag en voorkoms

Figuur 3.7 Sub-kategorieë en temas van terapeutiese omgewing

Figuur 3.8 Sub-kategorieë en temas van aanvaarbaarheid

Figuur 3.9 Sub-kategorieë en temas van toeganklikheid

Figuur 3.10 Sub-kategorieë en temas van pasiënttevredenheid

HOOFSTUK 1:

AGTERGROND EN PROBLEEMSTELLING

1.1 INLEIDING

Die belangrikheid van lewering van kwaliteit verpleegsorg is ononderhandelbaar want :

dit is die reg van elke pasiënt om kwaliteit verpleegsorg te ontvang en dit is die verantwoordelikheid van elke verpleegkundige om kwaliteit verpleegsorg te lewer (Institute of Medicine, 2001; South Africa. Patient's Right Charter, 2007:intyds; Yoder-Wise, 2003:174).

Kwaliteit verpleegsorg word gelewer deur gesondheidsorg organisasies wat klinies bevoegde personeel het wat kliëntediens georiënteer is (Yoder-Wise, 2003:76; Huber, 2000:612). Kwaliteit verpleegsorg word in 'n besprekingsdokument uitgereik deur die Nasionale Gesondheidsspitskonferensie in Suid-Afrika (Schneider & Gilson, 2000:intyds) beskryf as om die régte ding te doen (voorsiening van effektiewe sorg), dit régte te doen (effektief) en op die régte manier te doen (om die pasiënt se verwagting van onmiddellike sorg te ontmoet).

Behalwe bogenoemde beskrywing van wat kwaliteit verpleegsorg is, kan dit ook uit ander oogpunte beskryf word, naamlik uit 'n bestuurs-, verpleegkundige-, en die pasiënt se oogpunt (Muller, 2008:200; Jooste, 2003:263; Booyens, 1998:595). Die bestuur van 'n gesondheidsorgorganisasie verwag dat

verpleegkundiges kwaliteit verpleegsorg op die mees koste-effektiewe, doeltreffende wyse met minimum wetlike aanspreeklikheid sal lewer (Muller, 2008:200; Jooste, 2003:263; Booyens, 1998:595). Bestuurders evalueer dus kwaliteit verpleegsorg op die koste-effektiwiteit van dienslewering, ongeag of dit is wat die pasiënt wil hê of nie.

Volgens verpleegkundiges is lewering van kwaliteit verpleegsorg die korrekte implementering van professionele kennis en vaardighede (Muller, 2008:201; Searle, 2008:72, 200-201, 250; Booyens, 1998:595). Verpleegkundiges sal dus kwaliteit van sorg evalueer aan die **wyse** waarop kennis en vaardighede in 'n gegewe situasie toegepas word.

Pasiënte aan die ander kant evalueer die kwaliteit van verpleegsorg na aanleiding van hul eie belewenis en verwagtinge (Muller, 2008:200; Mrayyan, 2006:229). 'n Ander wyse waarop kwaliteit van verpleegsorg, soos gesien deur pasiënte, evalueer kan word, is die mate van tevredenheid met die verpleegsorg wat hulle ontvang het. Pasiënte verwag dat daar aan hul behoeftes voldoen sal word en die mate van tevredenheid hiermee, is vir pasiënte 'n aanduiding van die kwaliteit van verpleegsorg wat gelewer is (Johansson, Oleni & Fridliund, 2002:237; Meade, 2006:59; Erwin, 2006:26; Thomas, MacMillan, McColl, Priest, Hale & Bond, 1995:153-163).

Kwaliteit van verpleegsorg word egter toenemend in die literatuur beskryf as om die kliënt se behoeftes aan te spreek en sy verwagtinge te oortref (Erwin, 2006:26; Tomlinson & Clifford, 2006:764; Hudak, McKeever & Wright, 2004:718). Hierdie is 'n klemverskuiwing van hoe kwaliteit gesondheidsorg in die verlede vanuit die professionele persone se perspektief beskryf is (Basset, 2002:8; Donaldson, 2003:7402; Attree, 2001:456; Clemes, Ozanne & Laurensen, 2001:3; Coulter & Clearly, 2001:244;).

Die evaluering van kwaliteit van verpleegsorg gelewer deur middel van pasiënte se belewenis daarvan, word ook deur 'n oorsese akkreditasie organisasie "Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organisations" (JCAHO) onderskryf. JCAHO het standaarde en vereistes ten opsigte van meting van pasiënt-tevredenheid in vraelyste ontwikkel. Die doel hiervan was dat die vraelyste gebruik sou word om 'n instansie se kwaliteit van verpleegsorg en werkverrigting te verbeter (JCAHO:2004). Die daarstelling van genoemde standaarde en vereistes kan gesondheidsorginstansies instaat stel om in roetine evaluering, pasiënte se belewenis van hoe hulle die verpleegsorg ervaar het te gebruik vir verbetering van hul kwaliteit sisteem.

Kwaliteit van verpleegsorg word ook in Suid-Afrika deur middel van pasiënte se tevredenheid gemeet. In teenstelling hiermee het navorsing by die Pickert Institute (2007:intyds) nog 'n ander wyse waarop die evaluering van kwaliteit van verpleegsorg gedoen kan word, aangedui. Dit is om pasiënte se **belewenis** van verpleegsorg as aanduiding van die kwaliteit daarvan, te gebruik. Hierdie wyse van evaluering van kwaliteit word ook deur Staniszewska & Henderson (2004:185) ondersteun.

Verskeie pasiënt-tevredenheids-instrumente waarmee kwaliteit van verpleegsorg geëvalueer kan word, is in die literatuur beskikbaar. Dié instrumente fokus hoofsaaklik op pasiënte se menings ten opsigte van tevredenheid met die verpleegsorg wat gelewer is (Foss, 2002:19; Thi, Briancon, Emperur & Guillemin, 2002:493; Young, Meterko & Desia, 2000:325). Hierdie meningsopname-instrumente meet nie pasiënte se belewenis wat gevoelens, waardes en ondervindinge ten opsigte van verpleegsorg wat gelewer word, insluit nie (Hiidenhovi, Nojonen & Laippala, 2002:59).

In privaat- sowel as staatshospitale is dit die algemene gebruik om pasiënt-tevredenheid met verpleegsorg deur middel van gestruktureerde meningsopname-instrumente te bepaal. Navorsings wat in die vroeë negentiger jare

gedoen is, het aangetoon dat pasiënte meestal positiewe response verskaf het wanneer hulle hierdie menings opname-instrumente voltooi het. As gevolg van hierdie positiewe response kom dit voor asof daar 'n hoë mate van pasiënt-tevredenheid is, terwyl dit nie noodwendig werklik die geval is nie (Sitzia & Wood, 1997:1829; Williams, 1994:509).

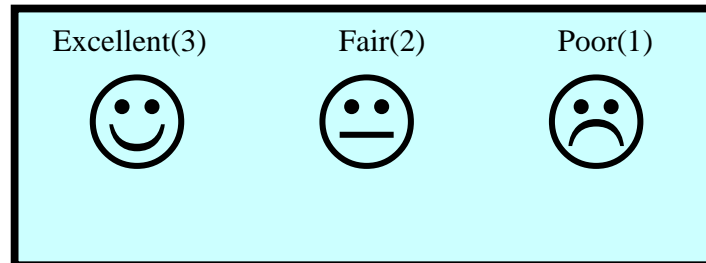
In die literatuur word spesifieke leemtes met die gebruik van bogenoemde instrumente uitgewys, naamlik dat hierdie tipe menings opname-instrumente

- nie pasiënte se gevoelens, waardes en werklike belewenis weerspieël nie (Hiidenhovi, *et al.*, 2002:59);
- moeilik interpreteerbaar is (Rogers, Karlsen & Addington-Hall, 2000:768);
- metodologiese leemtes bevat (Aspinall, Addington-Hall, Hughes & Higginson, 2003:324) en
- **nie die werklike mate van tevredenheid met verpleegsorg weerspieël nie** (Edwards, 2000:417).

1.2 PROBLEEMSTELLING

Die navorser het in 'n spesifieke privaathospitaal waargeneem dat daar ook van 'n meningsopname-instrument gebruik gemaak word om kwaliteit van verpleegsorg mee te meet. Hierdie meningsopname-instrument word daagliks aan pasiënte uitgedeel en hulle word gevra om dit op vrywillige basis te voltooi.

Die meningsopname-instrument wat tans in die hospitaal gebruik word, is baie kort en bondig geskryf en is net in Engels beskikbaar. Die pasiënte word gevra om al die vrae op 'n drie punt Lickertskaal, wat uit gesiggies bestaan, te beoordeel. Figuur 1.1 op bladsy 5 illustreer die Gesiggieskaal met die punte toegeken aan elke gesiggie.



Figuur 1.1 Gesiggieskaal

Soos gesien kan word uit figuur 1.1 word drie (3) punte aan die eerste gesiggie wat as “uitstekend” gesien word toegeken, terwyl een (1) punt aan die laaste gesiggie toegeken is en dit “swak” verteenwoordig.

Die vrae wat die pasiënte na aanleiding van die gesiggieskaal moet evalueer, is die volgende :

1. “ Did we care enough ? “
 - “ our attitude “
 - “ our service “
 - “ our hospital “

Verder volg twee oopende vrae waar die pasiënte hul mening kan lug, naamlik :

- 2.“ Do you have any recommendations to enhance future hospitalisation ?”
- 3.“ What did we do that impressed you the most ?” (Mediclinic. Sentraalstreek: Patient Questionnaire).

Bogenoemde vrae is nie **spesifiek** op verpleegsorg gerig nie en sluit ook nie pasiënte se belewenis van verpleegsorg in nie.

As deel van dié hospitaal se beleid is 'n privaat maatskappy aangestel om bykomend tot bogenoemde meningsopname, ook telefoniese onderhoude om pasiënt-tevredenheid te bepaal (Collet, 2008, Inligtingsgesprek). Slegs een persent van die getal pasiënte wat ontslaan word, word deur hulle gekontak om onderhoude mee te voer. Tydens hierdie telefoniese onderhoude word die volgende vrae rakende die verpleegsorg gevra, naamlik:

- was die verpleegpersoneel vriendelik ?
- wat was hul reaksie op u versoeke ?
- het u effektiewe pynbeheer ontvang ? en
- is inligting verskaf rakende die prosedures wat op u uitgevoer is ?

Aangesien dit egter 'n baie klein persentasie van pasiënte is wat verpleegsorg ontvang het, wat ondervra word, kan daar egter nie werklik 'n ware beeld van die pasiënte se belewenis rakende die verpleegsorg verkry word nie.

1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING

Die doel van die navorsing is om pasiënte se belewenis van hul verpleegsorg in die chirurgiese saal van 'n privaathospitaal op die platteland, as aanwyser van kwaliteit verpleegsorg gelewer, te beskryf.

1.4 OPERASIONELE DEFINISIES

1.4.1 Belewenis

Louw & Edwards (2005:4) beskryf belewenis as 'n verskeidenheid van gevoels-aspekte rakende die wyse waarop 'n persoon iets of 'n gebeurtenis ervaar het, byvoorbeeld emosies en gedagtes. Volgens le Roux & de Klerk (2001:18-19) kan 'n belewenis of ervaring wat sintuiglik waargeneem word, positiewe of negatiewe gevoelens by 'n persoon veroorsaak.

Die sintuiglike waarneming van inligting van 'n spesifieke gebeurtenis word deur 'n persoon na aanleiding van sy/haar waardes, vorige ervarings en verwagtinge geïnterpreteer. Alle menslike belewenisse of ervarings is subjektief, wat beteken dat geen twee persone in 'n gegewe situasie of 'n gebeurtenis dieselfde sal beleef en /of interpreteer nie (Mellish & Paton, 2008:142; le Roux & de Klerk, 2001:64).

Vir die doel van hierdie navorsing word belewenis beskryf as die positiewe of negatiewe gevoel wat 'n pasiënt ten opsigte van verpleegsorg, tydens hospitalisasie, ervaar het. Positiewe belewenisse beteken dat pasiënte tevrede is met die verpleegsorg ontvang. Die tevredenheid dui daarop dat kwaliteit verpleegsorg ervaar is (Meade, 2006:59; Erwin, 2006:26; Johansson, *et al.*, 2002:237; Thomas, *et al.*, 1995:153-163).

1.4.2 Verpleegsorg

Verpleegsorg bestaan uit interpersoonlike aktiwiteite tussen verpleegkundiges en pasiënte. Dit behels verder die toepassing van wetenskaplike kennis (Ellis & Hartley, 2001:170; Mellish & Paton, 2008:4-5) op vaardige wyse. Hierdie interpersoonlike aktiwiteite is op 'n holistiese benadering (fisies, psigies en religieus) tot die pasiënt geskoei en dit vind plaas binne 'n fisiese- en psigologiese omgewing wat bevorderlik vir veilige sorg en vinnige herstel moet wees (Searle, 2008:123-129). Vir die doel van die navorsing word verpleegsorg beskryf as die interpersoonlike interaksie tussen die pasiënt en die verpleegkundige en die wyse waarop elke pasiënt as unieke persoon "caring"/omgee verpleegsorg as holisties beleef het en hoe goed aan hul fisiese en psigologiese behoeftes en verwagtinge voldoen is (Mellish & Paton, 2008:107-108).

1.4.3 Kwaliteit van verpleegsorg

Kwaliteit as konsep impliseer (individuele) oordeel, verwagting en belewenis en kan beskryf word in terme van effektiwiteit, doeltreffendheid asook toepaslike lewering van sorg (Huber, 2000:610; Yoder-Wise, 2003:177). Kwaliteit volgens Muller (2008:199), Jooste (2003:263), Booyens (1998:596) en Huber (2000:610) verwys na dié eienskappe of kenmerke van uitmuntendheid binne 'n gegewe diens. Hierdie eienskappe (dit verwys na die kenmerke van uitmuntendheid) is soos doeltreffendheid, professionele voorkoms en gedrag, terapeutiese omgewing, aanvaarbaarheid, toeganklikheid en pasiënt-tevredenheid (Muller, 2008:200-201; Searle, 2008:70). Dié eienskappe kan gebruik word om die kwaliteit van 'n spesifieke gesondheidsdiens of verpleegsorg teen te evalueer en sal dus as kriteria in hierdie navorsing toegepas word.

1.5 NAVORSINGSONTWERP

'n Kwalitatiewe, fenomenologiese navorsing sal onderneem word. Dit sal ook kontekstueel van aard wees. Met kwalitatiewe navorsing word beskrywende data oor mense se ervarings, opinies, houdings, waardes en waarnemings, sonder die gebruik van gestruktureerde meetinstrumente versamel. Hiervoor is interpersoonlike kontak deur onderhoudvoering ideaal (Burns & Grove, 2005:361-366, 397). In hierdie navorsing sal pasiënte se belewenis van hul verpleegsorg in die chirurgiese saal van 'n privaat hospitaal op die platteland verken en beskryf word, wat dit 'n fenomenologiese benadering maak. Deur die pasiënte se belewenis rakende die verpleegsorg te verken en te beskryf kan nuwe inligting in verband met kwaliteit van verpleegsorg ingewin word (Burns & Grove, 2005:49, 55, 745).

Die konteks waarin dié navorsing plaasvind is die chirurgiese afdeling van 'n privaathospitaal op die platteland. Die navorser beklee 'n Opleidings- en Ontwikkelingspos en dien op die bestuur van die Hospitaal. Die

verantwoordelikheid van die navorser in hierdie pos is onder andere om kwaliteit verpleegsorg te verbeter deur indiensopleiding van verpleegpersoneel.

1.5.1 Navorsingstegniek

Die data insameling in hierdie navorsing sal deur middel van in-diepte onderhoude gedoen word. Omvattende inligting rakende die **belewenis** van 'n persoon kan op dié wyse verkry word (Brink, 2006:158). Met die voer van verskeie in-diepte onderhoude kan 'n ryke verskeidenheid van data rakende 'n gegewe onderwerp ingesamel word (Brink, 2006:120; Polit & Beck, 2004:346 -351; Burns & Grove, 2005:734). Dié tipe onderhoude is vry-vloeiend, maar doelbewus met slegs die fokus van die navorsing wat struktuur gee.

Die beoogde navorsingsvraag sal as volg in Afrikaans en Engels geformuleer word.

“Beskryf asseblief u belewenisse rakende die verpleegsorg wat u tot dusver tydens u verblyf in die chirurgiese afdeling ontvang het ”

“Please describe your experience of the nursing care that you received so far during your stay in surgical ward.”

1.5.2. Populasie

Populasie verwys na 'n geheel, of die som van al die elemente of voorwerpe wat aan gekose kriteria voldoen (Burns & Grove, 2005:342; Polit & Beck, 2004:47). Aangesien die navorsing by 'n plattelandse 107 –bed privaathospitaal uitgevoer sal word, sal die populasie dus bestaan uit alle pasiënte wat in die 40- bed chirurgiese afdeling van dié hospitaal versorg word en aan die insluitingskriteria voldoen.

1.5.2.1. Insluitingskriteria

Die insluitingskriteria vir hierdie navorsing is alle pasiënte wat:

- in die chirurgiese afdeling van die privaathospitaal in die platteland opgeneem is en minstens drie dae post operatief in die afdeling sal bly.
- Afrikaans of Engels magtig is, aangesien dit die tale is wat die navorser magtig is en
- wat nie erge pyn voor en tydens die onderhoude ervaar nie.
- 18 jaar en ouer sal wees
- van enige kultuur oriëntasie wees
- van enige geslag wees.

1.5.2.2 Uitsluitingskriteria

Pasiënte wat post-operatief eers in die intensiewe sorgeenheid opgeneem was, sal nie vir deelname oorweeg word nie. Die rede vir laasgenoemde is dat sodanige pasiënte se belewenis van verpleegsorg deur die sorg gelewer in die intensiewe sorgeenheid beïnvloed kan wees.

1.5.3 Ontledingseenheid

Die eenheid van ontleding is 'n geselekteerde gedeelte van die populasie wat verteenwoordigend is van die totale populasie (Brink, 2006:214; Polit & Beck, 2004:291). Respondente kan doelgerig geselekteer word om deel te vorm van 'n ontledingseenheid. Doelgerigte seleksie sal uit die pasiënte in die chirurgiese saal gedoen word, deur pasiënte vir deelname aan die navorsing te nader wat aan die insluitingskriteria voldoen en in verskillende jaargroepe is.

Met die voer van in-diepte onderhoude kan die grootte van eenheid van ontleding nie vooraf bepaal word nie, aangesien saturasie van die inligting bereik moet

word (Polit & Beck, 2004:308). 'n Minimum van tien onderhoude sal egter gevoer word, of meer indien saturasie nog nie bereik is nie.

1.5.3.1 Werwing

Pasiënte in die navorsing sal uit die chirurgiese saal van die privaathospitaal, op die platteland, geselekteer word. Die eenheidsbestuurder, wat daagliks met die pasiënte in aanraking kom, sal pasiënte wat aan die insluitingskriteria voldoen nader om aan die navorsing deel te neem. Slegs pasiënte wat vrywillig ingewillig het om aan die navorsing deel te neem se name sal aan die navorser verskaf word. Sodoende sal konfidensialiteit van die pasiënte beskerm word.

Nadat die name ontvang is, sal die navorser die pasiënte individueel nader, die doel van die navorsing aan hulle verduidelik en hulle versoek om daaraan deel te neem. 'n Inligtingstuk sal aan hulle gegee word sodat hulle ingeligte toestemming kan verleen (kyk bylae A1). Daar sal van pasiënte verwag word om skriftelike toestemming te gee vir deelname aan die navorsing sowel as vir die opneem van die onderhoud op band.

1.6. VERKENNINGSONDERHOUD

'n Verkenningsonderhoud is 'n kleiner weergawe van die voorgestelde navorsing wat uitgevoer gaan word. Die doel vir die uitvoer van 'n verkenningsonderhoud is om die uitvoerbaarheid van die data versamelingsproses te toets, te ontwikkel en aan te pas (Brink, 2006:213; Burns & Grove, 2005:746; Polit & Beck, 2004:96). Die verkenningsonderhoud sal dus 'n aanduiding gee of die pasiënte die verlangde inligting na aanleiding van die gestelde vraag sal verskaf.

Indien daar niks aan die navorsingsvraag verander hoef te word ten einde die gewenste inligting te verkry nie, sal data wat tydens die verkenningsonderhoud ingesamel is, ook in die navorsing gebruik word.

Twee pasiënte, wat aan die insluitingskriteria van die steekproef voldoen, sal deur die eenheidsbestuurder van die chirurgiese saal geïdentifiseer en genader word om deelname aan 'n verkenningsonderhoud. Een onderhoud sal in Afrikaans en een in Engels gevoer word. Die navorser sal die doel van die verkenningsonderhoud aan die persoon verduidelik en vra dat die persoon deelneem. Indien die persoon instem, sal die onderhoud gevoer en die vraag:

“Beskryf asseblief u belewenis rakende die verpleegsorg wat u tot dusver tydens u verblyf in die chirurgiese afdeling ontvang het” of

“Please describe your experience of the nursing care that you received so far during your stay in the surgical ward”

sal hiermee getoets word.

1.7.DATA-INSAMELING

Nadat toestemming van die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat, die Hospitaalbestuurder van die privaathospitaal en Eenheidsbestuurder van die chirurgiese afdeling verkry is, sal die lys van pasiëntname, wat aan bostaande insluitingskriteria voldoen, van die Eenheidsbestuurder verkry word.

Die navorser sal die persone op die lys af besoek en reël om 'n onderhoud te voer. Die getal pasiënte met wie onderhoude gevoer sal word per dag sal afhang van die tyd en pasiënte wat beskikbaar is. Pasiënte sal nie vir deelname vergoed word nie.

Onderhoude sal in 'n afgesonderde omgewing gevoer word, sodat die gesprekke so privaat as moontlik kan wees. Pasiënte in privaatkamers se onderhoude sal

dus in die privaatheid van hul kamers geskied. Indien 'n pasiënt 'n kamer met iemand deel, sal na gelang van die toestand van die pasiënt die volgende gedoen word om privaatheid te verseker:

- as die pasiënt mobiel is, sal 'n ander nabygeleë lokaal vir die onderhoud benut word
- as die pasiënt nie mobiel is nie, sal die pasiënt met 'n rolstoel of in sy bed na 'n nabygeleë lokaal vir die onderhoud vervoer word. Vervoer van 'n pasiënt in die bed is nie ongerieflik nie, aangesien die beddens baie maklik beweegbaar is.

Indien die pasiënt se gemakstoestand sou verander tydens die verloop van die onderhoud, sal die onderhoud onderbreek en na die pasiënt se behoefte omgesien word. Afhangend van die pasiënt se toestand en keuse sal daar dan met die onderhoud voortgegaan word of nie.

Die navorser sal pasiënte in die chirurgiese afdeling in privaatklere besoek, sodat hulle nie deur die navorser se verpleeguniform geïntimideer word nie.

Die navorser sal na afloop van elke onderhoud weer na die oudiobande luister en die onderhoud verbatim transkribeer (Burns & Grove, 2005:547). Nie-verbale kommunikasie wat tydens onderhoude waargeneem is sal as veldnotas aangeteken word (Polit & Beck, 2004:332-349).

1.8. GELOOFWAARDIGHEID

Die vier relevante aspekte wat die navorser kan gebruik om die geloofwaardigheid van die navorsing te bepaal is: waarheidsgetrouheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid (Polit & Beck, 2004: 430).

1.8.1 Waarheidsgetrouheid

In kwalitatiewe navorsing verwys waarheidsgetrouheid na die egtheid en eerlikheid van die data wat in die navorsing ingesamel word (Polit & Beck, 2004:430). Die navorser speel 'n belangrike rol in die bevordering van waarheidsgetrouheid van inligting wat bekom word. Die navorser moet ervare wees in onderhoudvoering en moet ook neutraal toetree tot die veld.

Die navorser sal as die enigste onderhoudvoerder in die navorsing optree en beskik oor psigiatriese verpleegkunde opleiding. Sy beskik ook oor praktykervaring in die voer van onderhoude. Haar praktykervaring strek oor 'n tydperk van vyftien jaar en het die voer van kliniese onderhoude met mediese personeel en pasiënte ingesluit. Die navorser is dus geskool in die proses van onderhoudvoering wat bydra tot geloofwaardigheid van die navorser. Die navorser sal ook voor die aanvang van die navorsing 'n onderhoud onder toesig van 'n kenner op die gebied van onderhoudvoering voer, sodat die navorser se onderhoudvoeringstegniek evalueer kan word. Indien nodig, sal die navorser verdere opleiding ten opsigte van onderhoudvoering ondergaan.

Waarheidsgetrouheid word ook beïnvloed deur die ontleding van die inligting. Dit verwys na of die temas wat deur die navorser geskep is, werklik die kategorieë van die menslike ervaringe verteenwoordig. Die interne ooreenkoms tussen die navorser se interpretasie en die werklike getuienis word dus as maatstaf vir die waarheidsgetrouheid gebruik (Brink, 2006:124). In hierdie navorsing sal waarheidsgetrouheid gedemonstreer word deur kontrolering van kategorisering, omdat die inligting deur 'n eksterne ko-kodeerder gekontroleer sal word.

1.8.2 Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid verwys na die mate waarin die bevindings van dié navorsing na ander soortgelyke situasies veralgemeen of oorgedra kan word (Polit & Beck,

2004:436). Veralgemening word dus hier geïmpliseer, alhoewel dit nie die doel in kwalitatiewe navorsing is nie (Holloway & Wheeler, 1996:166).

Die navorser sal na afloop van die onderhoude, 'n volledige beskrywing van die metodologie, literatuurnavorsing en woordelike aanhalings uit onderhoude gee, sodat die leser van die navorsing self kan besluit of die gevalle beskryf, op ander gevalle van toepassing gemaak kan word (Brink, 2006:125).

1.8.3 Vertroubaarheid

Vertroubaarheid behels die mate waarin die bevindings konsekwent sal wees indien die ondersoek herhaal word met dieselfde onderwerpe of in soortgelyke konteks herhaal word (Holloway & Wheeler, 1996:196).

Die kontrolering van data deur 'n ko-kodeerder dra by tot die bevordering van vertroubaarheid (Polit & Beck, 2004:434). 'n Volledige gedetailleerde beskrywing van die navorsing, maak die navorsing ouditbaar en dit is 'n verdere wyse waardeur vertroubaarheid verhoog word (Burns & Grove, 2005:593).

1.8.4 Bevestigbaarheid

Bevestigbaarheid verwys na die objektiwiteit of neutraliteit waarmee data ingesamel en verwerk word (Polit & Beck, 2004:435). Die data verkry moet dit wat in die werklikheid voorkom reflekteer en daarom moet die data neutraal ingesamel word.

1.9 DATA-ONTLEDING

Die analise van data in kwalitatiewe navorsing, dui op 'n ondersoek van woorde en beskrywings. Al die ingesamelde inligting moet gesorteer, gerangskik en

beskryf word, om 'n duidelike opsomming van die resultate saam te stel (Flick, 2007:38-48; Brink, 2006:158, 192; Burns & Grove, 2005:548-549).

Transkribering van onderhoude sal direk na afloop van elke onderhoud gedoen word en veldnotas sal in ag geneem word. Daarna sal die totale inhoud volgens 'n spesifieke proses, beskryf volgens Tesch (1990:142-145), ontleed word, om temas te identifiseer (Brink, 2006:192-193; Gibbs, 2007:10-18).

Volgens Tesch (1990:142-145) se metode sal getranskribeerde data verskeie kere deurgelees word. Hierna sal kategorieë, sub- kategorieë en temas geïdentifiseer en neergeskryf word.

Die identifisering van kategorieë, sub- kategorieë en temas sal deur onafhanklike navorsingskundiges geverifieer word. Waar verskille voorkom sal dit deur middel van gesprekvoering uitgeklaar word.

1.10. ETIESE ASPEKTE

Etiese beginsels moet deurlopend in die navorsingsproses toegepas word. Die volgende etiese beginsels is van toepassing op hierdie navorsing: verkryging van toestemming tot die navorsingsveld en die beskerming van mense regte, naamlik: pasiënt se reg tot selfbeskikking, skriftelike ingeligte toestemming, handhawing van pasiënte se reg op privaatheid, konfidensialiteit asook gedeeltelike anonimiteit (Brink, 2006:38-49, Burns & Grove, 2005:735; Pera & van Tonder, 2005:151-154).

1.10.1 Verkryging van toestemming

Voordat die navorsing onderneem word sal toestemming van beide die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit

van die Vrystaat die Etiekkomitee van die Privaathospitaal verkry word. Hierdeur word pasiënte se regte beskerm.

1.10.2 Pasiënt se reg tot selfbeskiking

Die beginsel van respek vir ander persone berus op die oortuiging dat die individue selfstandig is en oor die reg tot selfbeslissing beskik. Selfstandige persone met die reg tot selfbeslissing mag gevolglik, sonder die risiko van benadeling, self besluit of hulle aan navorsingnavorsings wil deelneem. Hulle mag ook te enige tyd van 'n navorsing onttrek; weier om inligting te verskaf of bykomende inligting oor die doel van die navorsing vra (Brink, 2006:39-40; Burns & Grove, 2005:181-182; Pera & van Tonder, 2005:152; Babbie, 2001:521-522). Hierdie inligting sal vooraf aan die pasiënte verskaf word (kyk bylae A2)

1.10.3 Verkryging van ingeligte toestemming

Indien pasiënte oor 'n saak ingelig word en dan toestemming tot deelname gee, word hulle outonomie beskerm. Pasiënte sal ingelig word dat hul enige tyd van die navorsing mag onttrek indien hulle dit sou verkies, sonder dat daar op enige manier teen hulle gediskrimineer word, of dat hul benadeel sal word (Brink, 2006:42-45; Pera & van Tonder, 2005:152). Daar sal van die pasiënte verwag word om, nadat hulle ingelig is oor die navorsing en hulle besluit om daaraan deel te neem, skriftelike toestemming tot deelname te verleen (kyk bylae A2).

1.10.4 Pasiënt se reg op privaatheid

Die respondente se reg op privaatheid sal gerespekteer word. Onderhoude sal in 'n stil en privaat omgewing uitgevoer word (Brink, 2006:40; Pera & van Tonder, 2005:154).

1.10.5 Pasiënt se reg op konfidensialiteit

Konfidensialiteit dui op die navorser se verantwoordelikheid om alle data wat versamel is, teen beskikbaarstelling of onthulling aan ander persone te beskerm (Brink, 2006:41; Burns & Grove, 2005:188-189). Alle ingesamelde data sal deurgaans konfidensieël hanteer word. Oudiobande sal toegesluit word in 'n plek waartoe slegs die navorser toegang het. Slegs 'n verwysingsnommer sal aan elke deelnemer toegesê word en geen identifiserende data sal op die transkripsies aangebring word wat die pasiënt met die data kan verbind nie (Pera & van Tonder, 2005:154).

1.11 DIE WAARDE VAN DIE NAVORSING

Volgens die "Patient's Right Charter" (Institute of Medicine, 2001; South Africa. Patient's Right Charter. 2007:intyds) is dit die reg van elke pasiënt om kwaliteit verpleegsorg te ontvang en dit is die verantwoordelikheid van elke verpleegkundige om kwaliteit verpleegsorg te lewer.

Dit is verder die privaathospitaalgroep se visie om kwaliteitdiens aan alle kliënte te lewer (Verster, 2005:7). Deur met 'n nuwe innoverende navorsingsmetode die pasiënte se belewenis van die verpleegsorg wat hulle ondervind het te bepaal, kan aangedui word wat die kwaliteit van sorg is. Goeie pasiënt verpleegsorg sal dan versterk kan word en moontlike leemtes wat geïdentifiseer word sal aangespreek kan word.

Die voordeel aan deelname aan hierdie navorsing vir ander pasiënte, is dat verpleegkundiges deur die resultate van hierdie navorsing bewus gemaak sal word aan wat **pasiënte** as kwaliteitverpleegsorg beleef, sodat hulle meer daarop ingestel sal wees om kwaliteit verpleegsorg te lewer.

Na afloop van die navorsing, sal 'n artikel gepubliseer word. 'n Navorsingsverslag sal ook op aanvraag aan die privaat instansie beskikbaar gestel word.

1.12 UITEENSETTING VAN DIE NAVORSING

- **Hoofstuk 1** Agtergrond en probleemstelling
- **Hoofstuk 2** Navorsingsmetodologie
- **Hoofstuk 3** Resultate, inhoudsontleding en literatuurkontrole
- **Hoofstuk 4** Gevolgtrekkings en aanbevelings

1.13. SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsprobleem gestel en die beoogde navorsing kortliks uiteengesit.

HOOFSTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodologie wat tydens die navorsing gevolg is, beskryf. Die eenheid van ontleding, navorsingstegniek, uitvoering van verkenningsonderhoud, die data-insamelingsproses, data-ontleding en die etiese aspekte sal, soos dit in die navorsing gevolg is, uiteengesit word.

2.2 NAVORSINGSONTWERP

'n Navorsingsontwerp dien as 'n gids met aanwysings van die verskillende stappe wat gevolg is om die navorsingsprobleem aan te spreek (Burns & Grove, 2005:49, 232-233, 734). In die navorsing is 'n kwalitatiewe fenomenologiese navorsingsontwerp gevolg. Die navorsing was verder ook kontekstueel van aard.

2.2.1 Kwalitatiewe navorsing

In kwalitatiewe navorsing word 'n sistematiese en 'n subjektiewe benadering gevolg om lewenservaringe van mense te beskryf en betekenis daaraan te gee. 'n Kwalitatiewe navorsing fokus dus op kwalitatiewe aspekte soos begrip, betekenis en menslike ervaring (Flick, 2007:1-2; Brink, 2006:119; Burns & Grove, 2005:52). Aangesien daar met kwalitatiewe navorsing beskrywende data oor mense se ervarings en opinies versamel word, is die eindresultaat, woordbeskrywings eerder as getalle, soos wat die geval in kwantitatiewe navorsing is (Burns & Grove, 2005:26, 44, 233, 535, 554-557).

2.2.2 Fenomenologiese benadering

Fenomenologiese navorsing is 'n beskrywende proses wat wetenskaplik ontwikkel is, met die doel om bepaalde lewenservaringe van persone kontekstueel te bestudeer (Tesch, 1990:68; Brink, 2006:119-120; Burns & Grove, 2005:556-559). 'n Pasiënt se belewenis ("lived experience") is deel van 'n fenomenologiese benadering en in hierdie benadering word gepoog om insig in die deelnemer se unieke wêreld te verkry. Individue se verwysingsraamwerke ten opsigte van belewenisse van gebeure en die interpretasie daarvan verskil (Brink, 2006:135). Dit word dus verwag dat pasiënte wat in 'n hospitaal opgeneem word, se belewenisse en interpretasie van verpleegsorg sal verskil en hierdie verskillende belewenisse kan met kwalitatiewe navorsing "vasgevang" word (Brink, 2006:119-120; Burns & Grove, 2005:557; Polit & Beck, 2004:253).

2.2.3 Konteks van die navorsing

Die respondente was pasiënte van 'n chirurgiese afdeling van 'n plattelandse privaathospitaal. Dit is 'n 40-bed afdeling waarvan die bedbesetting 80 - 90 % is. Die saal bestaan uit privaat- sowel as vierbedkamers. Pasiënte van verskillende kulture sowel as verskillende geslag word in die afdeling toegelaat. Pasiënte van dieselfde geslag, maar verskillende kultuurgroepe, kan in dieselfde vierbedkamer opgeneem word.

Die navorser is 'n Opleidings- en Ontwikkelingskonsultant in die hospitaal. Sy is direk betrokke by bevordering van kwaliteit verpleegsorg deur middel van opleiding. Die navorser het deur waarneming en ontleding insig in die betekenis wat die pasiënt self aan die verpleegsorg geheg het, ontwikkel.

2.3 NAVORSINGSTEGNIEK

'n Navorsingstegniek is 'n metode waardeur die inligting van belang, versamel kan word (Brink, 2006:13). In kwalitatiewe navorsing waar beskrywende data oor

mense se belewenisse, opinies, houdings, waardes en waarnemings ingewin moet word, is interpersoonlike kontak deur gesprek- en onderhoudvoering ideaal (Brink, 2006:13; Burns & Grove, 2005:361-366, 397).

In hierdie navorsing was interpersoonlike kontak deur middel van die voer van in-diepte onderhoude bewerkstellig om sodoende die data te versamel. Volgens Brink (2006:158) word daar meer in-diepte inligting rakende belewenis en ervaring tydens in-diepte onderhoude, as in enige ander metodes verkry. Dit maak die voer van in-diepte onderhoude by uitstek geskik as navorsingstegniek vir hierdie navorsing.

2.3.1. Die in-diepte onderhoud

2.3.1.1 Beskrywing

'n In-diepte onderhoud is 'n nie-rigtinggewende ongestruktureerde onderhoud, waarin daar geen beperking oor die inhoud is nie. Die onderhoudvoerder dui slegs die algemene onderwerp aan en die respondent neem die leiding oor wat bespreek word (Brink, 2006:158; Polit & Beck, 2004:234, 347-348; Babbie & Mouton, 2001:289). Die algemene onderwerp van die in-diepte onderhoude in hierdie navorsing was die pasiënte se belewenis van die verpleegsorg wat gelewer is.

2.3.1.2. Doel van 'n in-diepte onderhoud

Die doel van 'n in-diepte onderhoud is om die respondente vryelik oor hul belewenisse of ervarings te laat praat. Met betrekking tot hierdie navorsing was die doel van die in-diepte onderhoude om respondente vryelik oor hul belewenisse, rakende die verpleegsorg wat hulle in die chirurgiese saal op die platteland in 'n privaat hospitaal, ontvang het, te praat, sonder dat die navorser se opinies daarop inbreuk maak (Brink, 2006:13; Polit & Beck, 2004:268).

2.3.2. Die voordele van 'n in-diepte onderhoud

Die voer van in-diepte onderhoude hou die volgende voordele in:

2.3.2.1 Bekom 'n ryke verskeidenheid van data

Met die voer van in-diepte onderhoude kan 'n ryke verskeidenheid van data rakende 'n onderwerp ingesamel word, meer as wat deur middel van vraelyste bekom kan word (Brink, 2006:120, 158; Burns & Grove, 2005:734; Polit & Beck, 2004:346-351). In dié navorsing is 'n wye verskeidenheid van data betreffende die belewenisse van pasiënte rakende die verpleegsorg wat hulle in die chirurgiese saal van die privaathospitaal op die platteland ontvang het, verkry.

2.3.2.2 Insig word verkry en inligting gegee

Tydens die voer van in-diepte onderhoude kan insig bewerkstellig en inligting rakende 'n onderwerp bekom word tot voordeel van beide die navorser en respondent (Brink, 2006:153,158-159; Burns & Grove, 2005:396-398; Polit & Beck, 2004:347-348). Die navorser het inligting bekom in die pasiënte as respondente se belewenisse van verpleegsorg en het sodoende insig in die kwaliteit van die verpleegsorg wat gelewer is in die chirurgiese saal gekry. Die respondente self het die geleentheid gehad om in 'n atmosfeer van aanvaarding hul gevoelens te lug en kon openlik oor hul belewenisse van verpleegsorg praat.

2.3.2.3 Die gesprek is nie gestruktureerd nie

Die in-diepte onderhoud het die voordeel bo vraelyste dat dit meer soos 'n gesprek met 'n bepaalde doel vloei en nie gestruktureerd is nie. Data wat so

ingesamel word, het alles waarde, selfs wanneer die navorser nie oor genoeg inligting oor die gebeure beskik om vooraf vrae te struktureer nie. Vrae vloei uit die gesprek voort. Tydens 'n onderhoud kan die navorser met aanmoedigende sinsnedes aan die respondent die geleentheid bied om op stellings uit te brei of verklarings daarvoor te gee ten einde die doel van die onderhoud te bereik (Brink, 2006:158; Burns & Grove, 2005:397-398; Polit & Beck, 2004:347-348).

2.3.2.4 Terugvoer word verskaf

Die in-diepte onderhoud het voordeel daarin dat dit goeie terugvoer verskaf, aangesien dit meer soos 'n gesprek met 'n bepaalde doel vloei. Die "gesprek" word in die taal waarmee die respondente die gemaklikste is en waarin hulle hul belewenisse kan weergee, gevoer. Die navorser het aanhalings uit die respondente se terugvoer vir data ontleding gebruik soos beskryf deur Burns & Grove (2005:397-39) en Polit & Beck (2004:347-348).

2.3.2.5 Nie-verbale gedrag is waarneembaar

'n Verdere voordeel van die voer van in-diepte onderhoude is dat die navorser tydens die onderhoude die respondente se nie-verbale gedrag kan waarneem en as veldnotas kan aanteken. Dié veldnotas word, soos deur Brink (2006:158) aanbeveel, saam met die inhoud die onderhoud ge-analiseer en dit dra by dat 'n geheelbeeld van die pasiënte se belewenisse bekom is.

2.3.3 Nadele van voer van in-diepte onderhoude

In-diepte onderhoude hou die potensiaal in dat die volgende kan ontstaan:

2.3.3.1 Vooroordeel teenoor die respondente.

Dit is moontlik dat die navorser bevooroordeeld teenoor die respondente en/of hul reaksie kan wees. Dit is nodig dat 'n navorser haar/homself instel om alle vooroordeel wat moontlik ten opsigte van die respondente of onderwerp mag bestaan, opsy te skuif. Hy/sy moet ook sy/haar eie opinies ondergeskik aan die ingesamelde inligting stel (Brink, 2006:158; Polit & Beck, 2004:347-348; Burns & Grove, 2005:232). Ten einde nie bevooroordeeld te wees nie, het die navorser nie pasiënte se lêers bestudeer of bygestaan wanneer daar verslag in die afdeling oorgeneem is nie. Sodoende kon sy nie bevooroordeeld teenoor die pasiënte geraak het nie. Die navorser het dus 'neutraal' tot in-diepte onderhoud toegetree. Met die ontleding van die data het die navorser ook doelbewus haar eie opinies oor kwaliteit verpleegsorg ondergeskik aan die verkreë data gestel.

2.3.3.2 Afdwaling van die onderwerp

Respondente kan maklik van die navorsingsvraag afdwaal en op irrelevante inligting fokus (Brink, 2006:158; Polit & Beck, 2004:347-348; Babbie & Mouton, 2001:289-290). Dit het ook in hierdie navorsing by enkele van die onderhoude gebeur, maar het die navorser die respondente weer op die doel van die navorsing laat fokus deur 'n gepaste vraag rakende die navorsingsvraag te stel. Die volgende dien as voorbeeld hiervan:

<p>Pasiënt : “ Ek weet nie of jy iets oor die dokters wil weet nie, maar ek is baie happy met my dokter !”</p> <p>Navorser : “Iaggie... nee, net spesifiek die verpleegsorg”</p>
--

2.3.3.3 Uitputting van respondente

Die afneem van in-diepte onderhoude duur langer as wat dit neem om vraelyste te voltooi (Brink, 2006:153,159; Burns & Grove, 2005:397; Polit & Beck, 2004:348). Dit kan dus vir die respondente uitputtend wees om aan in-diepte onderhoude deel te neem en dit kan hulle wil laat onttrek.

In hierdie navorsing het die in-diepte onderhoude gemiddeld tussen 'n halfuur tot 'n uur geneem. Die navorser het respondente noukeurig waargeneem vir moontlike tekens van uitputting, maar dit het nie in enige van die onderhoude voorgekom nie.

2.3.3.4 Beperking van openhartigheid

Nog 'n nadeel van die voer van in-diepte onderhoude is die feit dat dit op band opgeneem word. Die openhartigheid van respondente kan hierdeur beperk word. Die moontlike redes hiervoor is dat hul nie hul woorde op band vasgelê wil hê nie, uit vrees dat dit negatief op hulle mag reflekteer of dat hulle daardeur benadeel kan word (Brink, 2006:153,159; Burns & Grove, 2005:397, 541-542; Polit & Beck, 2004:347).

Met die werwing van die respondente is dit onder hulle aandag gebring dat die gesprekke op band opgeneem gaan word en hulle moes skriftelik hiertoe toestemming (kyk bylae A1) verleen. Om die risiko van verminderende openhartigheid as gevolg van die opneem op band te beperk, is die band-opnemer onopsigtelik op die bedkassie langs die bed geplaas voor aanvang van die onderhoud. Die bandopnemer is aangeskakel wanneer die pasiënt op sy /haar gemak en gereed vir gesprekvoering was.

Daar is gevind dat die respondente aanvanklik selfbewus was oor die bandopnemer, maar nadat die sosiale vrae gevra is, was die respondente al op hulle gemak en het hulle van die bandopnemer vergeet. Dit het dus nie in die navorsing voorgekom dat daar beperking van inligting was nie.

2.3.3.5 Invloed van die navorser

Die moontlikheid het ook bestaan dat die navorser die respondente deur haar voorkoms en optrede kon beïnvloed. Ten einde hierdie verskynsels te beperk, het die navorser die pasiënte in die chirurgiese afdeling in privaatklere besoek, sodat hulle nie deur die navorser se verpleeguniform geïntimideer kon voel nie. Ten einde die respondente verder op hulle gemak te stel, het sy langs die respondent gesit en toepaslike oogkontak met hulle gemaak. Sy het ook by die aanvang van die onderhoud die respondente op hul gemak gestel deur die onderhoud met 'n aantal sosiale vrae in te lei

2.4 POPULASIE

Die populasie van 'n navorsing word beskryf as al die persone wat aan die steekproef kriteria vir insluiting in die navorsing voldoen (Burns & Grove, 2005:753; Polit & Beck, 2004:240). Vir die doel van dié navorsing was die populasie alle pasiënte wat gedurende Junie tot Julie 2008 in die 40-bed chirurgiese afdeling van die privaat hospitaal versorg is en aan die insluitingskriteria voldoen het.

2.4.1 Insluitingskriteria

Die insluitingskriteria vir deelname aan hierdie navorsing was alle pasiënte wat :

- in die chirurgiese afdeling van die privaathospitaal opgeneem is en vir minstens drie dae post-operatief in die saal gebly het. Die kriteria is gestel omdat die respondente in die tydperk dan 'n beter perspektief van die verpleegsorg sou kon verkry as wat hulle slegs een of twee dae versorg sou word.
- Afrikaans of Engels magtig was. Dit is die tale waarin die navorser onderhoude kan voer.
- Nie erge pyn voor of tydens die onderhoude ervaar het nie. Pyn veroorsaak ongemak by die pasiënt en dit kan die onderhoud beïnvloed. Indien 'n respondent tydens die onderhoud erge pyn sou ervaar het, sou die onderhoud onmiddellik gestaak word. Die inligting sou dan nie gebruik word nie. Dit was slegs in een geval in die navorsing nodig om die onderhoud net vir 'n wyle te onderbreek.
- 18 jaar en ouer was aangesien persone jonger as 18 jaar nie onafhanklik toestemming tot deelname aan navorsing kan gee nie.
- van enige kultuur kon wees
- van enige geslag kon wees.

2.4.2 Uitsluitingskriteria

Pasiënte wat post-operatief eers in die intensiewe sorgeenheid opgeneem was, is nie in die navorsing ingesluit nie. Hierdie pasiënte se belewenis van die verpleegsorg kon moontlik deur die verpleegsorg wat in die intensiewe sorgeenheid gelewer is, beïnvloed word. Pasiënte wat nie toestemming verleen om aan die navorsing deel te neem nie, is uitgesluit

2.4.3 Ontledingseenheid

Die seleksie van respondente in 'n ontledingseenheid kan plaasvind op grond van sekere kenmerke van die respondente waarvoor die navorser meer inligting wil bekom (Burns & Grove, 2005:216, 346, 350-354, 610, 806; Polit & Beck, 2004:291).

Verskeie tipes seleksie metodes is moontlik, waarvan doelgerigte seleksie een metode is. Vir hierdie navorsing is 'n doelgerigte seleksie gedoen deur pasiënte uit verskillende ouderdomsgroepe, wat aan die insluitings kriteria voldoen en ingeligte toestemming verleen het, genader het om aan die navorsing deel te neem.

2.4.4 Grootte van Ontledingseenheid

In kwalitatiewe navorsings dien saturasie van data as die bepaler van die grootte van die ontledingseenheid en nie die aantal respondente nie (Brink, 2006:142-143; Burns & Grove, 2005:358-359). Saturasie van data word bereik wanneer kategorieë en temas begin herhaal, sonder dat enige nuwe data ingesamel word (Polit & Beck, 2004:57). Daar is in hierdie navorsing gelyktydig data ingesamel en ontleed, sodat vasgestel kon word wanneer saturasie bereik is. Saturasie was na twaalf onderhoude bereik. Hierna was nog drie onderhoude bykomend gedoen.

2.5 VERKENNINGSONDERHOUD

'n Verkenningsonderhoud is 'n kleiner weergawe van die voorgestelde navorsing. Dit word uitgevoer om die uitvoerbaarheid van die metodologie (die dataversamelingsproses) te toets, ontwikkel, verfyn of aan te pas (Brink, 2006:213; Burns & Grove, 2005:746; Polit & Beck, 2004:96). In kwalitatiewe navorsing word 'n verkenningsonderhoud verder onderneem om te verseker dat die navorsingsvraag die gewenste data sal produseer.

2.5.1 Die voordele :

Die voordele geleë in die doen van 'n verkenningsonderhoud is meervoudig. Eerstens kan bepaal word of die navorsingsvraag die gewenste response en inligting sal verskaf. Tweedens kan potensiële probleme wat dalk mag voorkom

met byvoorbeeld die onderhoudstechniek geïdentifiseer en uitgestryk word. Laastens bied dit die geleentheid om die proses in te oefen om te verseker dat die prosedure doeltreffend verloop (Brink, 2006:60,174; Burns & Grove, 2005:396)

2.5.2 Uitvoer van 'n verkenningsonderhoud

Ten einde die navorsingsvraag wat in hierdie navorsing gebruik is te toets, is die name van twee pasiënte van die eenheidsbestuurder van die chirurgiese saal van die hospitaal waar die navorsing gedoen is, verkry. Hierdie respondente is genader om aan die verkenningsonderhoud deel te neem en hulle het ingestem. Een onderhoud is in Afrikaans en een in Engels gevoer.

Die vraag wat getoets is, was:

“Beskryf asseblief u belewenisse rakende die verpleegsorg wat u tot dusver tydens u verblyf in die chirurgiese afdeling ontvang het” of

“Please describe your experience of the nursing care that you received so far during your stay in the surgical ward”

Die vraag het in beide die onderhoude die gewenste response uitgelok. Die vraag was wyd genoeg gestel omdat, in beide gevalle, baie relevante data ingesamel is. Die twee respondente het beide gemaklik en spontaan, met die minimum aanmoediging, gesels.

Met die transkripsie was gevind dat die navorsingsvraag sonder twyfel vir albei die respondente duidelik was omdat die inligting wat bekom is, relevant tot die vraag was.

Aangesien geen verandering aan die navorsingsvraag nodig was nie en die inligting wat tydens hierdie twee in-diepte onderhoude bekom is, sinvol en bruikbaar, is hierdie data in die navorsing ingesluit.

Die navorser was gemaklik met die voer van die onderhoude en geen probleme het tydens die onderhoudvoering voorgekom nie.

2.6 DATA-INSAMELING

Die in-diepte onderhoude is oor 'n tydperk van nege weke met vyftien respondente gevoer. Saturasie is bereik nadat twaalf onderhoude gevoer is, en daarna was nog 'n verdere drie onderhoude gevoer. In totaal is daar vyftien onderhoude gevoer.

2.6.1 Toegang tot die Navorsingsveld

Toestemming vir die uitvoer van die navorsing is vanaf die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat (kyk bylae C) en die Etiekkomitee van die Privaat Hospitaalgroep verkry (kyk bylae B) Toestemming om onderhoude met pasiënte in die chirurgiese saal te voer is vanaf die eenheidsbestuurder van die chirurgiese afdeling verkry.

2.6.2 Seleksie en nadering van respondente

Die navorser het elke dag gedurende Junie en Julie 2008 die betrokke afdeling om 07h00 besoek. Die eenheidsbestuurder het pasiënte wat aan die insluitingskriteria voldoen geïdentifiseer en 'n lys van die name gemaak. Die lys is aan die navorser oorhandig en sy het dan op lys af almal genader om deelname tot die navorsing. Daar is met diegene wat vrywilliglik ingestem het 'n

afspraak gemaak om later die dag mee 'n onderhoud te voer. Indien die tyd geskik was en die pasiënt daartoe toegestem het is die onderhoud onmiddelik gevoer.

2.6.3 Voer van in-diepte onderhoude

Die onderhoude is in 'n privaat omgewing gevoer sodat die gesprekke so privaat as moontlik kon wees. Pasiënte wat in privaatkamers gelê het se onderhoude het in die privaatheid van hul kamers geskied. Pasiënte wat 'n kamer gedeel het en reeds mobiel was kon na 'n ander nabygeleë lokaal vir die onderhoud saam met die navorser stap.

Daar was deurentyd na die respondent se gemakstoestand opgelet vir ingeval verandering sou intree, sodat dit eers aangespreek kon word. Tydens al die onderhoude wat gevoer is, was dit wel nodig om een onderhoud vir 'n wyle te onderbreek, maar dit was nie nodig om enige onderhoud te staak nie. Die onderhoud is hervat nadat die pasiënt haar selfoon beantwoord het.

Die getal pasiënte per dag met wie onderhoude gevoer is, het afgehang van die tyd en getal pasiënte wat beskikbaar was. Daar was met een tot twee pasiënte per dag vir nege weke lank onderhoude gevoer.

2.6.4 Verloop van die in-diepte onderhoude

Nadat die pasiënt vrywillig, mondelings ingestem het tot deelname aan die navorsing is die doel van die navorsing aan die pasiënt verduidelik. 'n Inligtingstuk (kyk bylae A2) waarin die verloop van die onderhoud verduidelik word is ook bespreek. Die respondent is verseker dat konfidensialiteit en privaatheid van die verkreë data gehandhaaf sal word. Die respondente is ook weer daarop gewys dat die onderhoud op band opgeneem gaan word. Hierna is

gevra dat die respondent skriftelike toestemming vir die uitvoer van die onderhoud sowel as die opname op band moes gee.

2.6.4.1 Aanvang van die gesprek

Die navorser het die gesprek begin deur 'n paar sosiale vrae aan die respondent te stel. Die vrae het oor die respondent se tuisdorp en sosiale agtergrond gehandel en dit is gedoen om die respondent op sy/haar gemak te stel. Soos genoem deur Polit & Beck (2004:347) is waargeneem dat die respondente aan die begin van die onderhoud effens selfbewus van die bandopnemer opgetree het, maar het dit gou daarna vergeet en spontaan begin praat (Polit & Beck, 2004:347).

Nadat die respondent op sy/haar gemak gestel is, is die navorsingsvraag as volg gestel :

“Beskryf asseblief u belewenisse rakende die verpleegsorg wat u tot dusver tydens u verblyf in die chirurgiese saal ontvang het ” of

“ Please describe your experience of the nursing care that you received so far during your stay in the surgical ward “

2.6.4.2 Verloop van die gesprekke

Nadat die vraag gestel is het sommige respondente dadelik begin reageer, terwyl ander eers 'n rukkie daarvoor nagedink het. Hierna het die gesprekke vlot verloop. Tydens sommige onderhoude het die navorser egter die respondente met sinsnedes aangemoedig om op stellings uit te brei of verklarings daarvoor te gee, soos in die volgende voorbeeld:

“If you say that you did not receive the attendance you wanted to receive... tell me a little bit more about the attendance that you feel you would have expected to receive..”

Deur te verken kon misverstande uit die weg geruim en addisionele toepaslike inligting bekom word (Brink, 2006:158; Burns & Grove, 2005:397-398; Polit & Beck, 2004:347-348; Babbie & Mouton, 2001:289-290).

2.6.4.3 Afsluiting van gesprek

Daar is lank genoeg geleentheid aan die respondente verleen om hul belewenisse te kon deel. Wanneer die navorser agtergekom het dat die respondente nie meer spontaan inligting gedeel het nie, is die gesprek afgesluit met die vraag of daar enige iets is wat hul nog wou byvoeg. Sommige het nog iets te vertelle gehad, ander het gesê dat hulle alles gesê het. Die respondente is daarna bedank dat hulle hul belewenisse met die navorser gedeel het en hulle is beterskap toegewens.

2.6.5 Die navorser as onderhoudvoerder.

Brink (2006:159) en Burns & Grove (2004:397-398) wys op verskillende faktore in die voer van in-diepte onderhoude wat 'n beperkende invloed op die inligting wat bekom kan word, kan hê. Die vaardigheid in onderhoudvoering van die navorser is een van die faktore. Indien die navorser vaardig is in onderhoudvoering kan ryke inligting bekom word in vergelyking daarmee wanneer die navorser nie vaardig is nie en beperkte inligting bekom word. Hoe meer ongestruktureer die onderhoud is, hoe meer ervaring word vir onderhoudvoering benodig.

Die navorser is 'n professionele asook psigiatriese verpleegkundige. Tydens basiese opleiding is sy onderrig in die voer van verskillende tipes onderhoude. Na die basiese opleiding het die navorser 'n pos oor 'n tydperk van vyftien jaar beklee waarin onderhoudvoering met kliniese personeel 'n kardinale aspek was. Sy het dus baie ervaring bekom in onderhoudvoering.

Ten einde die navorser se onderhoudvaardighede verder te verbeter en op te skerp het sy voor die aanvang van die navorsing 'n ekspert verpleegkundige in dié verband genader. Die persoon beskik oor 'n doktersgraad in Psigiatriese Verpleegkunde en is 'n kenner op die gebied van kwalitatiewe navorsing. Die persoon het aanbeveel dat die navorser verskeie videobande rakende die voer van die in-diepte onderhoude bestudeer. Daarna het die kenner die navorser se onderhoudvaardigheid in 'n praktiese situasie geëvalueer. Die persoon het die navorser vaardig in die voer van onderhoude bevind.

2.6.6. Aspekte van belang in onderhoudvoering

Data-insameling by kwalitatiewe navorsing berus op beide kommunikasievaardighede en -patrone (Burns & Grove, 2005:637; Polit & Beck, 2004:202, 365).

Volgens Reynolds & Scott (2000:235) en Muller (2008:224) berus kliënt-gesentreerde kommunikasie op ontvanklikheid vir die respondent (pasiënt) se boodskap, empatie en akkurate luistervaardighede van 'n onderhoudvoerder eerder as op 'n bepaalde tegniek.

Die belang van nie-verbale boodskappe van aanvaarding, respek en begrip vir die respondent se menswees, woorde, opinies en keuses deur die onderhoudvoerder word in die literatuur beskryf. Respondente sal slegs

openhartig wees indien hul ervaar dat hulle onvoorwaardelike positiewe agting ontvang (Muller, 2008:224; Reynolds & Scott, 2000:235-242).

Die navorser was ontvanklik vir die respondente se menswees, woorde, opinies en keuses. Sy het verbaal en nie-verbaal neutraal op die respondente se response gereageer. Die menswees van die respondent is verder in ag geneem deur pasiënte wat in pyn verkeer as uitsluitingskriteria te stel. Die onderhoude is ook in privaatheid waar die respondente gemaklik kon wees gevoer.

2.6.6.1 Kommunikasietegnieke

Verskeie kommunikasietegnieke kan gebruik word om meer inligting van respondente te bekom. Dit sluit tegnieke in soos om oogkontak te maak, nie-verbale gebare te gebruik soos byvoorbeeld te luister, stiltes toe te laat en respondente terug te verwys na stellings wat hulle gemaak het. Die gebruik van aanmoedigende vrae help om die vloeï van inligting tydens die in-diepte onderhoude te bevorder (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004:428-434). Die navorser het deurentyd tydens die voer van die in-diepte onderhoude van hierdie tegnieke gebruik gemaak. Sy het byvoorbeeld vooroor in die rigting van die deelnemer gebuig gesit. Dit is 'n nie-verbale tegniek wat op oop kommunikasie en belangstelling dui.

Sy het verder die volgende tegnieke gebruik: 'n gemaklike mate van oogkontak met die respondente gemaak, 'n vraende stemtoon gebruik om 'n response uit te lok en stiltes in die gesprekke toegelaat. Hierdie stiltes was eerder deur die respondente as die navorser onderbreek.

Ten einde rustigheid sowel as respek en aanvaarding van die respondente se emosies en woorde te bewys, het die navorser uitdrukkings soos toepaslike frons, die wenkbroue vraend te lig of in ooreenstemming met die respondent se verhaal 'n glimlag te gebruik, toegepas.

In alle gevalle is toegelaat dat die respondent die meeste leiding in die gesprekvoering neem, wat bygedra het om die respondent se angstigheid die proses te verminder. Volgens Kozier, *et al.* (2004:265-268, 428-434) bevorder hierdie stap naamlik om die respondent die meeste leiding te laat neem deur selfondersoek van die respondent se eie gevoelens.

2.6.6.2 Stel van vrae

Die navorser het tegnieke soos uitklaring (“wat bedoel u met...?”), stel van oop-einde vrae (“vertel my meer van...”), en reflektoring gebruik. Hierdeur was inligting uitgeklaar, op uitgebrei of die betekenis wat die respondent daaraan heg, vasgestel (Kozier, *et al.*, 2004:430-431). Volgens Brink (2006:158) bevorder uitklaring van inligting ook die verstandhouding tussen die navorser en respondent, aangesien dit toon dat die navorser werklik daarin belangstel om die inligting korrek te verstaan.

Basiese kommunikasietegnieke is toegepas deur response soos “En ...?”, “Mmmm”, “Ek verstaan...” of “Jaa...?” is gebruik om aanvaarding te toon, terwyl refleksie gebruik is om sommige respondente se aandag op hul laaste stelling te vestig of ter uitklaring van die bedoeling agter die respondent se woorde. Die volgende dien as voorbeeld hiervan.

“ So u voel dat u die koorspen by u wou hê ?”

Opsomming van die gesprek is ook gebruik om die respondent geleentheid te gee om verder op inligting uit te brei of te verduidelik:

“Ok, vertel my meer....soos jy sê.... jy het hulle verskillend ervaar .. party is vriendelik en die ander gaan net aan.. hoe het jy dit beleef...?”

Die nie-verbale kommunikasie wat tydens die in-diepte onderhoude by die respondent waargeneem is, is as veldnotas aangeteken en as deel van die onderhoud ontleed (Polit & Beck, 2004:382-383).

2.7 VELDNOTAS

Veldnotas is gedokumenteerde waarnemings van die navorser wat tydens en na die onderhoud gedoen word. Veldnotas word gedoen oor teoretiese aspekte, metodologiese aspekte en waarnemings wat die navorser gedoen het (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest & Namey, 2005:43; Mouton, 2005:108). Die doel van veldnotas is om dit saam met die ontleiding van die betrokke onderhoud te lees sodat meer betekenis en insig in die onderhoud bekom kan word (Brink, 2006:124; Mack, *et al.*, 2005:30).

2.8 TRANSKRIBERING¹

Transkripsie van die rou data wat ingesamel is tydens in-diepte onderhoude is die eerste en die belangrike stap in data-analise (Stadtländer, 2008:intyds; Burns & Grove, 2005:547; MacLean, Meyer & Estable, 2004:intyds).

In-diepte onderhoude wat op oudioband vasgelê is, word verbatim getranskribeer, terwyl daar na die oudioband geluister word. Die transkripsie moet so akkuraat as moontlik gedoen word en dit moet ook besonderhede soos lag, huiwering asook stiltes aandui. Ongeag die presiesheid van die transkribering moet dit in ag geneem word dat 'n transkripsie nie die volle kompleksiteit van die werklike interaksie kan weergee nie (Burns & Grove, 2005:547; MacLean, *et al.*, 2004:intyds).

¹ Volledige getranskribeerde notas is by die navorser op aanvraag beskikbaar.

Ten einde te poog om die kompleksiteit en werklike interaksie te kan weergee, word daar dan ook veldnotas tydens die transkriberingsproses deur die navorser gemaak. Verdere veldnotas word ook deur die navorser tydens die proses van transkripsie van 'n onderhoud gemaak om verduidelikende en addisionele inligting by te voeg by wat die respondente gesê het (Mack, *et al.*, 2005:30-33).

Die transkribering van data moet verkieslik so gou moontlik na afloop van 'n in-diepte onderhoud gedoen word, aangesien inligting dan nog vars in die geheue is. Die transkribering kan deur die navorser self of deur spesifieke transkripsie data verwerkers gedoen word (Mack, *et al.*, 2005:84). In die navorsing het die navorser self na afloop van elke onderhoud die data getranskribeer.

2.9 GELOOFWAARDIGHEID VAN DIE NAVORSING

In kwalitatiewe navorsing is die geloofwaardigheid van die navorsing van uiterste belang (Brink, 2006:124; Burns & Grove, 2005:383-385, 627-632; Polit & Beck, 2004:430-431, 437). In hierdie navorsing is waarheidsgetrouheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid as kriteria vir geloofwaardigheid van die navorsingstegniek nagestreef. Die kriteria is beskryf deur Lincoln & Guba (1985 *in* Polit & Beck, 2004:430-435).

2.9.1 Waarheidsgetrouheid

In kwalitatiewe navorsing verwys waarheidsgetrouheid na die mate wat die navorser daarin kan slaag om te bewys dat die ingesamelde data en die interpretasie daarvan die waarheid verteenwoordig deurdat dit eg is en eerlik bekom is (Polit & Beck, 2004:430).

Die navorser se vaardigheid ten opsigte van data-insameling en –ontleding dra by tot die waarheidsgetrouheid van die navorsing (Brink, 2006:124; Polit & Beck,

2004:434). Die navorser het as die enigste onderhoudvoerder in dié navorsing opgetree. Die feit dat die navorser oor ervaring in onderhoudvoering beskik en ook vooraf wéér daarin geëvalueer is (kyk 2.6.5) dra by tot die bevestiging van haar geloofwaardigheid as onderhoudvoerder. Ander aspekte wat haar geloofwaardigheid ten opsigte van onderhoudvoering bevestig het was die neutraliteit waarmee sy die onderhoude gevoer het, asook haar vermoë om 'n goeie verhouding met die respondente te kon vestig met die eerste kennismaking.

2.9.1.1 Neutraliteit

Volgens Burns & Grove (2005:637-640) is 'n navorser se optrede geloofwaardig indien sy as 'n opreg toeganklike en reflekerende persoon voorkom en die vermoë om effektief te kan luister demonstreer. Sy moet nie as helper optree of rigting tydens 'n onderhoud probeer gee nie. Die navorser het haarself voor en tydens die voer van die onderhoude as sulks ingestel.

2.9.1.2 Vestiging van 'n goeie verhouding

Met die aanvang en tydens die voer van die in-diepte onderhoude het die navorser gepoog om te alle tye 'n spontane houding te handhaaf en 'n openhartige atmosfeer te skep waar die respondent kon voel dat hul opinies aanvaarbaar was (Burns & Grove, 2005:55, 536; Polit & Beck, 2004:365-366). Die vestiging van 'n positiewe pasiënt-verpleegkundige vertrouensverhouding, openheid en versekering van konfidensialiteit in navorsing, help om eerlike terugvoer van die respondente te verseker (Burns & Grove, 2005:540).

2.9.1.3. Egtheid van data

In die navorsing is waarheidsgetrouheid van die inligting verseker deur onder meer te kontroleer dat geen afwykings in die vraagstelling voorkom nie. Die

navorsingsvraag is in beide tale op 'n bladsy getik en sodoende op presies dieselfde wyse aan elk van die respondente gevra. Die noukeurige en volledige afneem van veldnotas het bygedra tot die versterking van die egtheid van dit wat gesê is en wat plaasgevind het tydens die onderhoud.

Soos aanbeveel deur Brink (2006:120) en Polit & Beck (2004:430) is die onderhoude so gou as moontlik na afloop van die onderhoude getranskribeer omdat dit dan nog vars in die geheue van die navorser was. Dit het verder die waarheidsgetrouheid van die data-insameling versterk.

2.9.1.4. Ontleding van data

Met ontleding van data word waarheidsgetrouheid bevestig indien die temas wat deur die navorser geskep is, werklik die kategorieë van menslike ervarings verteenwoordig. Die interne ooreenkoms tussen die navorser se interpretasie en die werklike getuigenis word dus as maatstaf vir waarheidsgetrouheid gebruik (Brink, 2006:124). Die bevestiging hiervan is bekom omdat die oudiobande sowel as getranskribeerde notas aan 'n eksterne ko-kodeerder (kyk 2.10.2.9) vir kontrolering voorgelê is. Hierdie persoon het saamgestem dat die getranskribeerde inligting waar en juis is. Deeglike aantekeninge oor die interaksie tussen die navorser en respondente moet bestaan, asook sekerheid van maksimum insluiting en die omvattenheid van die data, soos dit op die oudiobande vasgelê is. Hiervoor is die voortgesette beskikbaarheid van die oudiobande met die respondente se verbale kommunikasie, asook veldnotas oor alle nie-verbale interaksie wat in die transkripsie uiteengesit word, vir latere kontrolering van belang (Polit & Beck, 2004:434-435, 382-383).

2.9.2 Oordraagbaarheid

Verskeie outeurs (Brink, 2006:125; Polit & Beck, 2004:436) verwys na oordraagbaarheid as die mate waarin die bevindings van 'n navorsing na ander

soortgelyke situasies veralgemeen of oorgedra kan word. Ten einde te bepaal of oordraagbaarheid moontlik is, moet 'n omvattende databasis van inligting met volledige beskrywings van 'n navorsing beskikbaar wees. 'n Onpartydige ander verpleegkundige sou dié navorsing kon bestudeer en besluit of die gevolgtrekkings in 'n soortgelyke situasie of konteks oordraagbaar sou wees of nie.

Navorsing is meer waardevol indien die bevindinge in ander toepaslike situasies oordraagbaar sou wees (Brink, 2006:124-125; Polit & Beck, 2004:434-435). Die doel van kwalitatiewe navorsing in die algemeen is egter nie om die verkreeë data te veralgemeen nie, maar eerder om 'n unieke interpretasie van 'n gegewe gebeurtenis te beskryf.

In die navorsing wat uitgevoer is, is die detail nie oordraagbaar nie omdat individuele belewenisse oor verpleegsorg uniek aan elke individu is. Tog is die bevindinge wel bruikbaar om die belewenis van verskillende pasiënte te demonstreer, sodat verpleegkundiges vanuit respondente se sienings 'n nuwe begrip van kwaliteit verpleegsorg kan kry.

2.9.3 Vertroubaarheid

Vertroubaarheid word versterk indien die data-insameling en -kodering deur 'n onafhanklike, eksterne persoon gekontroleer word. Vertroubaarheid bepaal tot watter mate die gevolgtrekkings in die navorsing die waargenome werklikheid weerspieël, en of die leser daarmee aanklank kan vind (Polit & Beck, 2004:435).

2.9.3.1 Vertroubaarheid van data-insameling

Die gebruik van oudiobande verhoog die geloofwaardigheid van 'n kwalitatiewe navorsingnavorsing omdat daar dan nie net op die onderhoudvoerder se geheue staatgemaak word om inligting van die onderhoude neer te skryf nie. Transkribering is onmiddelik na afloop van elke onderhoud gedoen. Die navorser en

mede kodeerder het die getranskribeerde notas met die band vergelyk en waar nodig, inligting bygevoeg.

2.9.3.2 Vertroubaarheid van kodering

In kwalitatiewe navorsing is die vertroubaarheid en egtheid van die bevindinge belangrik vir die bepaling van aanvaarbaarheid. Die graad van vertroubaarheid word bepaal deur vas te stel tot watter mate die gevolgtrekkings van die navorser die waargenome werklikheid verteenwoordig en of die navorsingskonstruksie die ware reikwydte van menslike ervaring meet. Die vertroubaarheid van kodering is omdat 'n tweede onpartydige persoon as mede kodeerder opgetree het en verskille deur gesprekvoering uitgeklaar.

Die rekords, insluitend die veldnotas, oudiobande, onderhoudstranskripsies en die verskeie hersienings van die verhandelingsdokument sal bewaar word. Die doel hiervan is om bewys van die navorsing te kan lewer sodat 'n onafhanklike ouditeur wat later die rekords bestudeer, tot duidelike gevolgtrekkings oor die data sou kon kom (Brink, 2006:124; Polit & Beck, 2004:435).

2.9.4 Bevestigbaarheid

Bevestigbaarheid verwys na die objektiwiteit of neutraliteit waarmee die data ingesamel word. Bevindings, gevolgtrekkings en aanbevelings moet deur ingesamelde data ondersteun word. Daar moet dus 'n ooreenkoms tussen die navorser se interpretasie en die werklike gebeure soos deur die pasiënt self ondervind, bestaan (Brink, 2006:125).

Bevestigbaarheid word verkry indien 'n audit op die data uitgevoer kan word of deur die betrokke respondente se reaksie op die bevindinge te verkry (Brink, 2006:125; Polit & Beck, 2004:434-435). Die navorsing is volledig beskryf, alle

dokumentasie en literatuuranalise is bewaar sodat 'n oudit gedoen sou kon word ten einde bevestigbaarheid te verseker.

2.10 DATA-ONTLEDING EN -INTERPRETASIE

Ontleding van data in kwalitatiewe navorsing, behels die ontleding van woorde ten einde 'n geheelbeeld of nuwe siening van 'n belewenis te bekom. Al die ingesamelde inligting naamlik die in-diepte onderhoud transkripsies en veldnotas moes sistematies gesorteer, gerangskik, ontleed en beskryf word, sodat 'n duidelike opsomming van die resultate verkry kon word (Brink, 2006:158,192-193; Burns & Grove, 2005:574-577).

2.10.1 Voorlopige kodering

Transkribering (kyk 2.8) is na afloop van onderhoude deur die navorser self gedoen. Gedurende die transkripsie van die onderhoude het die navorser soos Streubert Speziale & Carpenter (2003:45-46) en Burns & Grove (2005:547-577) aandui, haarself in die data verdiep sodat sy voorlopige kategorië daaruit kon ontwikkel. Hierdie voorlopige ontwikkeling van begrippe is vir kodering gebruik. Aanhalings uit die onderhoude is ook as illustrasie vir die kodering gebruik soos voorgestel deur Brink (2006:192-193).

2.10.2 Data-ontleding

In teenstelling met kwantitatiewe navorsing vind die ontleding van data in kwalitatiewe navorsing gelyktydig met die insameling daarvan plaas. Ontleding van die data is 'n sistematiese proses van ontleding, kodering, groepering en samevatting van data wat deur middel van die onderhoude bekom is. Woorde en frases word ook gekategoriseer en nie getel nie, hoewel laasgenoemde wel een wyse van kategorisering uitmaak (Tesch, 1990:37-38,92; Pope, Ziebland & Mays, 2000:intyds). Tydens die analise van die data word die getranskribeerde

inhoud van die onderhoude herhaaldelik weer gelees en word gesoek na uitklaring van betekenis (Flick, 2007:100-101).

Vir hierdie fase van die navorsing is Tesch (1990:142-145) se metode van data ontleding soos beskryf in Creswell (1994:154-155) as gids gebruik. Die proses is sistematies as volg gedoen:

2.10.2.1. Verkry 'n geheelbeeld

Elke onderhoud is getranskribeer net nadat dit gedoen is. Nadat 'n onderhoud getranskribeer is, is dit 'n paar keer deurgelees. Al die getranskribeerde notas is deurgelees. Hierdeur het die navorser 'n geheelbeeld en begrip van die data gekry. Hierdie stap bied die nodige agtergrondinligting en soos wat temas opgekom het is dit neergeskryf.

2.10.2.2 Identifisering van onderwerpe

Nadat al 15 onderhoude gevoer en getranskribeer is, is die getranskribeerde onderhoude deurgelees en het die navorser een interessante getranskribeerde onderhoud gekies en weereens aandagtig deurgelees. Soos wat die navorser dit deurgelees het, het sy haarself die vraag afgevra waarom dit in die onderhoud gehandel het, sodat aandag aan die onderliggende betekenis (na dit wat gesê is) eerder as die inhoud van die transkripsie gegee is. Soos wat daar vanaf die een onderwerp na die volgende onderwerp oorgeskakel is, is onderskeid tussen die inhoud en onderwerp gemaak. Die navorser het die onderwerpe geïdentifiseer en in die kantlyn van die dokument neergeskryf.

2.10.2.3 Onderliggende betekenis

Hierna het die navorser weer al die getranskribeerde onderhoude deurgelees. Daar is weer aan die onderliggende betekenis (dit wat gesê is) eerder as die inhoud aandag gegee. Soos wat herhalende onderwerpe voorgekom het is dit in die kantlyn geskryf. Hierdie stap is met al die getranskribeerde onderhoude gedoen.

2.10.2.4 Geïdentifiseerde onderwerpe

Die volgende stap was om 'n lys van geïdentifiseerde onderwerpe op te stel. Al die onderwerpe is afsonderlik op een vel papier in kolomme geplaas, dus een kolom per elke data dokument. Hierna is die onderwerpe met mekaar vergelyk. Die navorser het van verskillende kleure penne gebruik gemaak om onderwerpe wat dieselfde was aan te dui. Dieselfde onderwerpe (in dieselfde kleure) was saam gegroepeer en as hoofonderwerpe gerangskik. 'n Toepaslike naam vir die gegroepeerde onderwerpe is gekies.

2.10.2.5 Data-analise in kodes

Nadat die onderwerp indeling gedoen is, was die volgende stap om 'n interpretasie van die data-analise in kodes te doen. Op dié tydstip word die groep hoofonderwerpe sowel as unieke onderwerpe afgekort as kodes. Die kodes is langs die toepaslike gedeeltes van die hoofinhoud neergeskryf. Soos wat die navorser die data herhaaldelik deurgaans, word die kodes langs die toepaslike gedeeltes van die hoofinhoud geskryf.

2.10.2.6 Kategorieë

Die gekodeerde data is hierna verfyn: die mees beskrywende woorde is vir die onderwerpe gekies en die onderwerpe is in kategorieë ingedeel. Lyne is tussen verwante kategorieë getrek en daar is gesoek na ooreenkomste tussen kategorieë. Dié stap het die aanvanklike getal kategorieë verminder. Die oorblywende kategorieë is hierna gefinaliseer en gekodeer.

2.10.2.7 Kodering

Opeenvolgende kodering ² word sodoende gedoen. Sommige gedeeltes in die inhoud is te veel is om onder een kategorie in te pas en dit word dan in verskillende kategorieë geplaas om sodoende subkategorieë te vorm. Nadat die kodering van data voltooi is, is die data in elke kategorie weer met die getranskribeerde onderhoude gekontroleer. Elke kategorie word so gekontroleer.

2.10.2.8 Voorlegging aan eksterne ko- kodeerder

Vir kontrole van kategorieë, sub- kategorieë en temas was die oudiobande, transkripsies en ontledingsstappe soos beskryf deur Tesch (1990:142-145) aan 'n eksterne ko-kodeerder oorhandig. Die eksterne ko-kodeerder is 'n ekspert in kwalitatiewe navorsing en beskik ook oor 'n doktorsale kwalifikasie in Psigiatriese Verpleegkunde. Nadat die eksterne ko-kodeerder die kontrolering gedoen het, het sy en die navorser in gesprek getree. Konsensus is oor die kategorieë en sub-kategorieë bereik.

²Kodering is 'n wyse waarop rou data in voorgestelde kategorieë georganiseer word en sodoende word temas en konsepte geskep wat in die data analise proses gebruik word (Burns & Grove, 2005:597-598)

Die kategorieë, sub- kategorieë en temas wat geïdentifiseer is, word in die volgende hoofstuk bespreek.

2.11. ETIESE BEGINSELS

Etiese beginsels word toegepas om respondente se regte te beskerm en hulle ingeligte besluite te laat neem (Brink, 2006:38–49; Burns & Grove, 2005:182, 443, 629, 739; Polit & Beck, 2004:143-154). Die vooraf verkryging van toestemming vir uitvoer van die navorsing, sowel as beskerming van menseregte is in die navorsing nagekom.

2.11.1 Skriftelike toestemming

Toestemming vir die uitvoer van die navorsing is vooraf vanaf die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat (kyk bylae C) en die Etiekkomitee van die Privaat Hospitaalgroep bekom (kyk bylae B)

2.11.2 Beskerming van menseregte

Menseregte bepaal onder meer dat mense die reg het tot selfbeskikking, ingeligte toestemming, privaatheid, konfidensialiteit en anonimiteit. In hierdie navorsing is die respondente se regte as volg beskerm:

2.11.2.1 Selfbeskikking

Met erkenning van 'n persoon se reg tot selfbeskikking word 'n persoon se reg om self besluite oor hulself en hul lewens te neem, erken. Potensiële respondente is geïdentifiseer en genader vir deelname aan die navorsing. Die doel van die navorsing is aan hulle verduidelik (kyk bylae A2). Hulle is ook ingelig dat selfs al neem hulle aan die navorsing deel, hulle die reg het om enige tyd te

onttrek indien hulle sou wou, sonder dat hulle benadeel sou word. Hierna is aan hulle die geleentheid gebied om vrywillig te kies of hulle aan die navorsing wil deelneem of nie (Brink, 2006:42 -45; Pera & van Tonder, 2005:152). Geen van die pasiënte het, nadat hulle toegestem het om deel te neem, van die navorsing onttrek nie.

2.11.2.2. Skriftelike ingeligte toestemming

Skriftelike toestemming tot deelname aan die navorsing is vanaf die respondente bekom nadat hulle oor die navorsing ingelig is. Die respondente is aan die hand van 'n inligtingstuk in hulle taal van voorkeur oor die navorsing ingelig (kyk bylae A2). Volgens Rapley (2007:25) moet respondente behalwe om toe te stem om aan 'n navorsing deel te neem, ook afsonderlik toestemming verleen (kyk bylae A1) indien daar van oudiobandopnames gebruik gemaak gaan word. Die toestemming is ook skriftelik vooraf vanaf die respondente verkry.

2.11.2.3 Pasiënte se reg op privaatheid

Privaatheid is die vryheid waarvoor elke individu beskik om self te besluit tot watter mate, onder watter omstandighede asook met wie hulle enige persoonlike inligting wil deel of van weerhou. Persoonlike inligting verwys na die persoon se houding, gedrag en opinies (Brink, 2006:40; Pera & van Tonder, 2005:154). In die navorsing wat onderneem is, was persoonlike inligting juis die bron van die navorsingsdata. Die respondente se reg op privaatheid is beskerm deur aan hulle die keuse te stel om vrywillig aan die navorsing deel te neem of nie. In die inligtingstuk wat aan voornemende respondente verskaf is, is die versekering gegee dat geen inligting wat tydens die onderhoud genoem word, aan enige ander persoon binne of buite hospitaalverband bekend gemaak sou word nie. Slegs die navorser, navorsingleier en ko-kodeerder sal die inligting vertroulik

verwerk. Die onderhoude is ook in 'n private omgewing gevoer sodat die inligting slegs tot die respondent en navorser beperk kon wees.

2.11.2.4 Pasiënte se reg op konfidensialiteit

Handhawing van konfidensialiteit in die navorsing beteken dat alle data wat tydens die navorsing ingesamel is, teen onthulling of beskikbaarstelling aan ander persone beskerm is. Respondente se inligting is op 'n oudioband opgeneem sonder dat daar na identifiserende data wat die persoon met die inligting kan verbind, verwys is. Die navorser sou by magte wees om moontlik die verskillende stemme te herken, maar op die getranskribeerde notas is slegs 'n verwysingsnommer aangebring. Die rou data is ook slegs deur die navorser, navorsingleier en eksterne ko-kodeerder bestudeer. Dié data en oudiobande is in 'n kluis bewaar tot na voltooiing van die navorsing, waarna dit deur die navorser self vernietig sal word (Brink, 2006:41; Burns & Grove, 2005:188-189, 194; Babbie, 2004:66-67).

2.11.2.5. Gedeeltelike Anonimiteit

Gedeeltelike anonimiteit is verseker. Die navorser kon die pasiënte identifiseer, en stemme op die band herken, dus kon totale anonimiteit nie verseker word nie. Deur geen identifiserende data op die vraelys of oudiobandopname aan te bring nie, is gedeeltelike anonimiteit wel verseker (Rapley, 2007:23-32; Brink, 2006:38-49; Pera & van Tonder, 2005:151-154; Burns & Grove, 2005:735).

2.12. SAMEVATTING

In Hoofstuk 2 is die navorsingsmetodologie van die navorsing in meer diepte bespreek. In die volgende hoofstuk sal aandag geskenk word aan die data ontleding en –interpretasie, asook die literatuurkontrolle wat daarmee verband hou.

HOOFSTUK 3

RESULTATE, INHOUDSONTLEDING EN LITERATUURKONTROLE

3.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die navorsingsmetodologie bespreek en in hierdie hoofstuk word die resultate, inhoudsontleding en literatuurkontrolle beskryf. Die inhoudsontleding is aan die hand van Tesch (1990:142-145) se metode van data-ontleding gedoen (kyk 2.10).

3.2 RESULTATE

Vyftien onderhoude is in totaal gevoer. Die volgende biografiese data is ten opsigte van die respondente bekom: ouderdom, geslag en taalvoorkeur.

3.3 BIOGRAFIESE DATA

3.3.1 Ouderdom

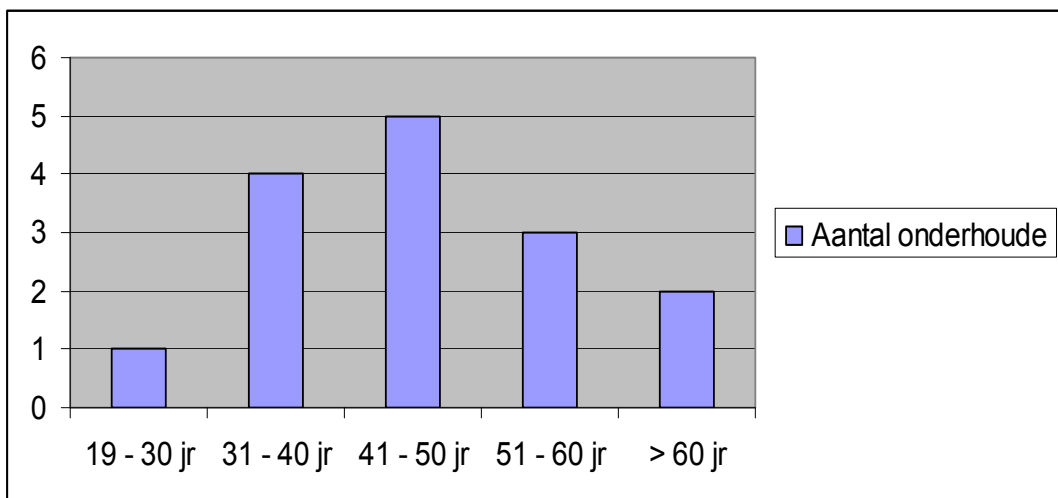
Respondente was doelgerig geselekteer uit die verskillende ouderdomsgroepe (ouer as 18 jaar) wat gedurende die data insamelingstydperk toegelaat was en aan die insluitings kriteria voldoen het. Die ouderdoms verspreiding van pasiënte opgeneem word in tabel 3.1 weergegee.

Tabel 3.1 Ouderdom verspreiding van totale getal pasiënte oor die tydperk 20/6-20/7/2008 opgeneem (n=360)

Ouderdom	18 - 30 jr	31-40jr	41 – 50 jr	51 – 60 jr	> 60 jr	Totaal
Pasiënte opgeneem	44	68	106	75	67	360
% van opname	12,4 %	18,8 %	29,4 %	20,8 %	18,6 %	100%

Uit tabel 3.1 blyk dit dat die meeste pasiënte (106) in die ouderdomsgroep 41-50 jaar en die minste pasiënte (44) in die ouderdomsgroep 19-30 jaar geval het, daarom is meer respondente uit die ouderdomsgroep 41-50 jaar geselekteer.

Die getal respondente in die verskillende ouderdomsgroepe met wie daar onderhoude gevoer is, word in figuur 3.1 aangedui.



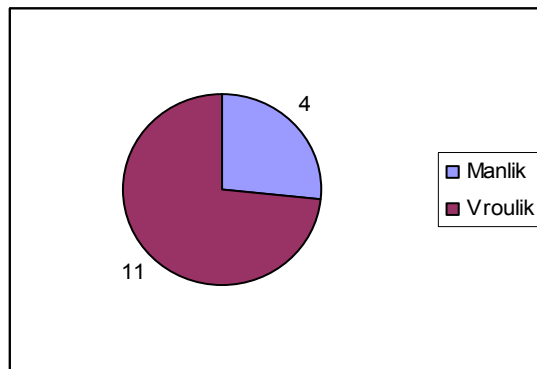
Figuur 3.1 Aantal onderhoude gevoer met respondente in die verskillende ouderdomsgroepe (n=15).

Figuur 3.1 dui aan dat die meeste onderhoude (vyf) met respondente in die ouderdomsgroep 41-50 jaar gedoen is. Die grootste getal pasiënte opgeneem in

die chirurgiese saal gedurende die data-insamelings tydperk het in hierdie ouderdomsgroep geval het (kyk tabel 3.1).

3.3.2 Geslag

Met die seleksie van respondente was daar nie voorkeur aan enige van die geslagte gegee nie. Die verspreiding van geslag van die respondente word in figuur 3.2 aangedui.

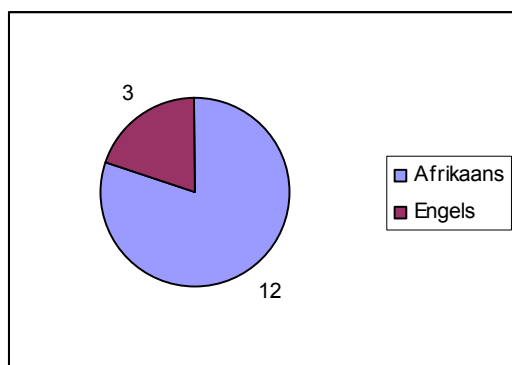


Figuur 3.2 Verspreiding van geslag van die respondente(n=15)

Soos gesien kan word uit figuur 3.2 was die meerderheid van die respondente (11) wat aan die navorsing deelgeneem het, vrouens gewees. Die meerderheid van pasiënte wat in die gegewe tyd opgeneem was, was ook vrouens. Die verspreiding is dus in ooreenstemming met dié tendens.

3.3.3 Taal

Die keuse van tale waarin die onderhoude gevoer kon word, was beperk tot Afrikaans en Engels. Die onderhoude is in die taal van voorkeur van die verskillende respondente gevoer en die verspreiding daarvan word in fig 3.3 uitgebeeld.



Figuur 3.3 Verspreiding van taalvoorkeur van respondent (n=15)

Uit figuur 3.3 is dit duidelik dat die meeste onderhoude (12) in Afrikaans gevoer is, aangesien dit die taal van voorkeur van die respondente was. Die meeste van die pasiënte wat in die gegewe tyd opgeneem was, was ook Afrikaanssprekend.

3.4 INHOUDSONTLEDING

Die navorser het deur die voer en ontleding van in-diepte onderhoude respondente se belewenisse van die kwaliteit verpleegsorg in die chirurgiese saal geïdentifiseer.

Met inhoudsontleding is ses kategorieë geïdentifiseer, wat verder in sub-kategorieë en temas afgebreek is. Woorde en frases was gekategoriseer en nie net getel nie, alhoewel laasgenoemde een wyse van kategorisering uitmaak (Pope, *et al.*, 2000:intyds; Tesch, 1990:37-38, 92;). Gedurende inhoudsontleding soek die navorser na ooreenkomste, reëlmatighede (patrone) en uniekheid in die rou data. Met die verloop van tyd word al die waargenome betekenis volgens toepaslike kriteria, soos bepaalde woordkeuse of betekenis, in 'n kategorie geplaas. Die volgende ses kategorieë wat die eienskappe of elemente van kwaliteit van verpleegsorg beskryf, is geïdentifiseer:

- Doeltreffendheid
- Professionele voorkoms en gedrag
- Terapeutiese omgewing
- Aanvaarbaarheid
- Toeganklikheid
- Pasiënttevredenheid.

Hierdie indeling word deur verskeie outeurs (Muller, 2008:200-201; Searle, 2008:229; Jooste, 2003:262-263; Booyens, 1998:595) ook as eienskappe van kwaliteit verpleegsorg beskryf. Die ses kategorieë is verder in sub-kategorieë en temas ingedeel.

In figuur 3.4 is 'n skematiese voorstelling van die kategorieë en sub-kategorieë asook temas waaruit kwaliteit verpleegsorg in die chirurgiese saal bestaan. Sien volgende bladsy.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE
DOELTREFFENDHEID	Personeel voorsiening <ul style="list-style-type: none"> • Tekort aan personeel Produktiwiteit <ul style="list-style-type: none"> • Werkslading • Lekewerkers (“Careworkers”)
PROFESSIONELE VOORKOMS EN GEDRAG	Voorkoms Gesindheid Gedrag <ul style="list-style-type: none"> • Respons as hulp benodig • Kommunikasie Inligting gee Verduidelik • Pynhantering • Verpleegkundige prosedures • Administratiewe take
TERAPEUTIESE OMGEWING	Fisiese omgewing (kyk toerusting en fasiliteite) Psigologiese omgewing <ul style="list-style-type: none"> • Veiligheid • Slaap • Voeding • Higiëne • Ondersteuning Onsekerheid Vrees Skuldgevoel Skaamte
AANVAARBAARHEID	Eties <ul style="list-style-type: none"> • Toegewydheid • Privaatheid Kultureel <ul style="list-style-type: none"> • Kultuursensitief
TOEGANKLIKHEID	Bevoegde personeel (<i>kyk professionele voorkoms en gedrag</i>) Toerusting <ul style="list-style-type: none"> • Klokkies • Termometers • Beddens Fasiliteite <ul style="list-style-type: none"> • Stortfasiliteite
PASIËNT-TEVREDENHEID	Tevredenheid beleef Tevredenheid nie beleef nie

Figuur 3.4 Skematiese voorstelling van die data-ontleding

Die inhoudsontleding en literatuurkontrole sal nou vervolgens geïntegreerd aan die hand van bogenoemde kategorieë bespreek word.

3.4.1 Doeltreffendheid

Een van die kenmerke van kwaliteit van verpleegsorg is die doeltreffende gebruik van beskikbare hulpbronne (Muller, 2008:201). Hulpbronne verwys na voorsiening van personeel, fisiese toerusting en fasiliteite . Personeelvoorsiening word vervolgens bespreek, terwyl fisiese toerusting en fasiliteite onder punt 3.4.6.2 en 3.4.6.3 bespreek word. In figuur 3.5 word die sub-kategorieë en temas van doeltreffendheid aangedui.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
DOELTREFFENDHEID	→ Personeelvoorsiening	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tekort aan personeel</i> 	<i>“they are short on staff.”</i> <i>“ they need to hire more staff”</i> <i>“ it is better for them to get enough people to do the job”</i> <i>“voel daar is te min personeel</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Produktiwiteit</i> • <i>werkslading</i> 	<i>“ I realise that they’ve got a lot of work to do”</i> <i>“..the work load..a lot of work-that is a problem”</i> <i>“ they are over worked”</i> <i>“ if you exhaust your staff..they will end up performing not very well</i> <i>“you have to wait.. they are attending to other patients”</i> <i>“.. ek verstaan hulle is baie besig”</i> <i>“.. kry die idee hulle is oorwerk”</i> <i>“ they are always running”</i> <i>“omset is baie vinnig “</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lekewerkers (“Careworkers)</i> 	<i>“dis net met die lekewerkers “careworkers” wat ek regtig ‘n groot probleem gehad het”</i> <i>“ jy kan sien hulle (lekewerkers) was nuut..en of hulle weet nie wat hulle eintlik wil doen nie..”</i> <i>“ hulle (lekewerkers) vra nie of mens iets nodig het nie..loer net in en gaan en dit skep nie ‘n goeie beeld nie”</i>

Figuur 3.5 Sub-kategorieë en temas van doeltreffendheid

Doeltreffendheid in geval van personeel, verwys na beide voldoende personeelvoorsiening en produktiwiteit van die personeel. Respondente het slegs na personeelvoorsiening in die onderhoude verwys, soos byvoorbeeld dat hul ervaar het daar is te min personeel per skof aan diens vir die hoeveelheid pasiënte wat daar is.

3.4.1.1 Personeelvoorsiening

Die hoofde van 'n instansie moet toesien dat daar voldoende personeel aangestel word en die eenheidsbestuurder van die eenheid moet toesien dat die personeel toepaslik geskeduleer word om doeltreffend vir vier en twintig uur kwaliteit verpleegsorg te kan lewer (Meyer, Naude & van Niekerk, 2008:131-132; Booyens, 1998:498-500). Volgens Mark (2003:224) het die wyse waarop 'n verpleegeenheid se personeelvoorsiening plaasvind, nie net 'n invloed op die organisasie van die afdeling, dit wil sê die wyse waarop take afgehandel word nie, maar ook op pasiënt uitkomst. Pasiënt uitkomst verwys onder andere na die pasiënt se mate van tevredenheid met verpleegsorg gelever, asook 'n lae insidensie van infeksie en pasiëntbeserings. Toepaslike skedulering van 'n voldoende getal personeel, is volgens Meyer, *et al.* (2008:150) en Muller (2008:103, 254) die sleutel tot lewering van kwaliteit verpleegsorg (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2003:487-508; McGillis Hall, Doran & Pink, 2004:41-45).

Met skedulering van personeel moet die eenheidsbestuurder nie net in belang van die pasiënt optree deur voldoende personeel vir diens te skeduleer nie, maar ook in belang van die verpleegpersoneel, deur hulle versoeke en of voorkeure in ag te neem. Indien personeel se versoeke of voorkeure in ag geneem word met skedulering, werk dit mee deur 'n positiewe moraal te skep wat bydra tot pasiënt-tevredenheid deur middel van 'n positiewe belewenis daarvan (Greiner, Krause, Ragland & Fisher, 2004:1081; Hall, 2004:6-14).

Die getal verpleegpersoneel wat per skof beplan word, hang af van die vlak van sorg wat die pasiënte benodig. Indien pasiënte akute siek is en totaal afhanklik van deurlopende verpleegsorg is, soos in geval van pasiënte in intensiewe sorg eenhede, word personeel op 'n een:een basis beplan. Indien pasiënte egter slegs waarneming en/of ondersteuning benodig, kan minder personeel geskeduleer word (Meyer *et al.*, 2008:131-132, 150-151; Muller, 2008:116,138-139, 258-260).

Daar is verskillende aspekte wat in ag geneem moet word by personeel voorsiening, naamlik bedbesetting, sikliese aktiwiteite asook indiensopleiding (Meyer, *et al.*, 2008:150-151). Met bedbesetting word bedoel die aantal pasiënte wat per dag in die eenheid opgeneem word. Sikliese aktiwiteite verwys na verskeie aktiwiteite wat op sekere tye plaasvind, byvoorbeeld dae wanneer operasie geskeduleer word, dae wanneer pasiënte opgeneem word en dae wanneer indiensopleiding aan verpleegpersoneel aangebied word. Tydens hierdie dae word meer personeel benodig. Tydens dae wanneer indiensopleiding aangebied word, word meer verpleegpersoneel op diens benodig om voorsiening vir bywoning te maak.

Wat kategorie-verpleegkundiges betref, word meer professionele verpleegkundiges benodig om na akute siek pasiënte om te sien en meer sub-professionele verpleegkundiges om die basiese versorging uit te voer. Hierdie verhouding van professionele verpleegkundiges tot sub-professionele verpleegkundiges staan bekend as "skill mix" (Muller, 2008:116,138-139, 258-260; Meyer *et al.*, 2008:149-158). Die eenheidsbestuurder moet tydens personeelbeplanning ook die "skill mix" in ag neem.

Pasiënte in 'n chirurgiese saal soos die waar die navorsing uitgevoer is, benodig hoë sorg versorging direk post-operatief, aangesien die meeste pasiënte epidurale pynbeheer monitors in situ het. Meer professionele verpleegkundiges word benodig om die observasies van epidurale pynbeheer monitors post-

operatief te monitor. Meer sub-professionele verpleegkundiges word weer benodig om die verpleegaksies uit tevoer wat meer roetine van aard is. Wanneer daar voldoende personeel geskeduleer is om aan die aantal pasiënte per dag die nodige kwaliteit verpleegsorg te lewer wat hul benodig, dra dit by tot 'n positiewe belewenis by die pasiënte. 'n Positiewe belewenis dui daarop dat die pasiënte die sorg as kwaliteit verpleegsorg beleef (Muller, 2008:148-151; Blegen, Vaughn & Vojir, 2008:154-173; Tourangeau, Cranley & Jeffs, 2006:4-8).

3.4.1.1.1. Tekort aan personeel

'n Tekort aan verpleegpersoneel per skof het 'n negatiewe effek op pasiënte se belewenis van kwaliteit van sorg wat gelewer word (Letvak & Buck, 2008: 159-165; Blegen, *et al.*, 2008:154-173; Buerhaus, Donelan, Ulrich, Norman & Dittus, 2005:61). In hierdie navorsing het respondente dit ook so beleef. Twee³ respondente het ervaar daar was te min personeel en het vier keer daarna verwys.

"...they have got a lot of work to do and I can say they are on short staff the wayI I can see it,. .they should hire more staff.."

"..dat dit voel vir my ek dink daar is te min personeel.."

"..., they are working very hard, eee.... And what I realize , is that they ...are overworked"

In 'n artikel gepubliseer in die Cape Argus (14 April 2007) word Itumeleng Molatlehegi, die Nasionale organiseerder van Denosa (Democratic Nurses' Organisation of South Africa) aangehaal wat beweer dat die huidige tekort aan verpleegpersoneel wat in Suid-Afrika ervaar word, tot 'n laer verpleegkundige-pasiënt verhouding lei. Hierdie verhouding is tans 1:50 in die publieke sektor en

³ Alhoewel hier getalle genoem word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie, maar word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

1:3 in die privaathospitaalgroepe 2008:intyds). Hieruit blyk dit dat pasiënte in die privaatsektor 'n beter verpleegkundige-pasiënt toewysing het, alhoewel respondente in die navorsing dit nie deurgaans so ervaar het nie.

'n Tekort aan verpleegpersoneel kan werksdruk, stres en uitbranding by personeel verhoog en daartoe aanleiding gee dat kwaliteit verpleegsorg nie gelewer word nie (Letvak & Buck, 2008:159-165). Een respondent het opgemerk dat dit vir die personeel sowel as verpleegsorglewering beter sal wees om genoegsame personeel aan te stel.

"..if you exhaust your staff, ..they will end up not performing very well.. it is better for them to get enough people to do the job.."

Die respondent het ook genoem dat uitputting van huidige verpleegpersoneel voorkom moet word, omdat dit tot swak kwaliteit verpleegsorg kan lei.

Verskeie outeurs (Heinz, 2004:44-50; McCue, Mark & Harless, 2003:54-76; Potter, Barr, McSweeney & Sledge, 2003:158-166) het bevind dat om meer professionele verpleegkundiges aan te stel, die operasionele koste kan verhoog, maar dat dit nie 'n aansienlike afname in hospitale se wins toon nie. Dit het egter wel bygedra het om kwaliteitverpleegsorg te bevorder. 'n Een persent toename in aanstelling van voltydse professionele verpleegkundiges is gelykstaande aan 'n verhoogde operasionele uitgawe van 0,25%. Hierdie syfer het statisties nie 'n beduidende effek op die winsgrens nie (Heinz, 2004:44-50; McCue, *et al.*, 2003:54-76; Potter, *et al.*, 2003:158-166).

3.4.1.2 Produktiwiteit

Respondente het nie direk na produktiwiteit as sulks verwys nie. Dit is egter belangrik dat verpleegpersoneel so produktief moontlik aangewend word. Daar is drie metodes om produktiwiteit te meet naamlik om die verpleegure per pasiënt te bepaal, die pasiënt-verpleegkunde verhouding te bepaal en laastens kan produktiwiteit volgens 'n formule bereken word. Met die formule word verpleeg-uitsette deur verpleeg-insette gedeel en die som hiervan is die produktiwiteit van

verpleegpersoneel (Muller, 2008:196-197, 257-259, 263). Die probleem met die toepassing van hierdie formule in Verpleging is dat dit kwantiteit meet en nie kwaliteit nie.

Ander faktore wat produktiwiteit kan beïnvloed is die kennis, vaardighede en ondervinding van die beskikbare verpleegpersoneel asook die beplanning en organisering van aktiwiteite in die verpleegeenheid deur die eenheidsbestuurder (Muller, 2008: 257, 264; Meyer, *et al.*, 2008:164-165).

Verpleegpersoneel wat oor die nodige kennis, vaardighede en ervaring beskik, sal verpleegsorg gemaklik, toepaslik en vaardig kan toepas. Laasgenoemde word as produktiwiteit gesien. Verhoogde produktiwiteit lei tot lewering van kwaliteit verpleegsorg.

3.4.1.2.1 Werkslading

Burokratiese vereistes soos die daarstel van verhoogde werksladings lei tot situasies waar daar nie effektiewe verpleegkundige-pasiënt verhoudings kan ontwikkel nie. Laasgenoemde gee weer aanleiding daartoe dat daar nie in pasiënte se behoeftes voorsien kan word nie (Maben, Latter & MacLeod Clark, 2006:465). Pasiënte beleef so 'n situasie negatief, met ander woorde dat daar nie kwaliteitsorg gelewer word nie (Takase, Kershaw & Burst, 2001:819-826).

Vier⁴ respondente het **9 keer** opgemerk dat daar baie pasiënte is en dat die verpleegkundiges baie besig is:

“.....they've got many patients, many patients they admit almost every day,..”

“.hier is baie pasiënte, want kyk soos gister lyk vir my was 'n baie rowwe dag, jy weet... deurmekaar dag”

⁴ Alhoewel hier getalle genoem word, het dit nie 'n kwalitatiewe betekenis nie, maar word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

“... en die verpleegsters werk hard,... en ek weet hulle sien baie pasiënte..”

Respondente in hierdie navorsing het dan ook ervaar dat die werkslading van verpleegkundiges hoog is aangesien hul na baie pasiënte moet omsien. In die verband het Letvak & Buck (2008:159-165) aangedui dat professionele verpleegkundiges gemiddeld 12,7 % van die tyd nie in staat was om in pasiënte se behoeftes te voorsien nie. Volgens genoemde outeurs is een van die redes hiervoor 'n verhoogde werkslading en werkstempo.

Vir twee respondente het dit voorgekom asof verpleegkundiges se werkslading hoog is en dat hulle vinnig moet werk om hul take te kan afhandel. Hulle het **vier** keer daarna verwys.

“..... jy weet, want ek dink die wat so rond hardloop het nie tyd om dit te doen nie, ek meen mmmhulle hardloop so rond om dit gedoen te kry..”

“Ja , hulle is haastig as hulle by my kom en als moet gou gebeur, en hier is baie pasiënte..”

“ ..they are always running..... the workload...”

“...They are always running, you know running... if may be you find the sister is assisting you with something may be there is an alarm, you “..know then she has to make quick, quick ,quick and run, they are always running.....”

“...when you realize that you don't receive the, theservice that you were supposed to receive...”

Respondente het in hierdie navorsing ervaar dat verpleegkundiges genoodsaak is om vinnig te werk om deur al die werk te kom weens die hoë werkslading. Dit

het daartoe gelei dat hulle (die pasiënte) ervaar het dat hulle nie altyd die aandag ontvang het wat hul veronderstel is om te kry nie.

Die werkslading en behoeftes van verpleegpersoneel moet ook deeglik gemonitor word, sodat 'n werksoorlading voorkom kan word. Indien personeel nie oorlaai is nie sal hulle werkstevredenheid ervaar en sodoende kwaliteit verpleegsorg aan pasiënte lewer (Greiner, *et al.*, 2004:1081; Hall, 2004:6-14; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002:1987-1993).

3.4.1.2.2 Lekewerkers (“Careworkers”)

As 'n resultaat van herstrukturering van verpleegpersoneel en die verhoogde kostes verbonde aan pakette van professionele verpleegkundiges is baie hospitale genoodsaak om ongelisensieërde lekewerkers vir ondersteuning aan te stel (Heinz, 2004: 44-50; McCue, *et al.*, 2003:54-76; Norrish & Rundall, 2001:55-79). Die doel van die lekewerkers (“careworkers”) is om professionele verpleegkundiges behulpsaam te wees met verpleegtake soos die basiese versorging en gemaklik maak van pasiënte asook elementêre administratiewe pligte.

Die hospitaal waar die navorsing uitgevoer is, se beleid rakende die werksbeskrywing van lekewerkers (“careworkers”) is dat hulle geen verpleegkundige take in die afwesigheid van 'n verpleegkundige mag uitvoer nie (Mediclinic Careworker Workprofile, 2008:intyds). Een respondent het 'n onaangename ervaring gehad waar lekewerkers haar sonder toesig gehelp het.

“...jy kon sien hulle (careworkers) is nuut...en of hulle nie weet wat hulle doen nie, hulle ...het vir my uit die bed uit gesit in die stoel, waar ek nou daar vol bloed was, my slaapklere en alles, toe trek hulle my uit, toe sit ek nou kaal daar op die stoel...trek hulle my bed oor, seker 'n halfuur gevat om my bed oor te trek, toe sit hulle my terug in die bed, toe is die bed weer vol bloed, want hulle het nie 'n 'linen saver' daar nie, en ...dit was net die ruk wat ek in die stoel gesit het, jy het pyn en jy sit kaal en hulle gooi nie iets

oor jou nie, dit was nogal vir my sleg gewees.”

Die professionele verpleegkundiges se werkslading neem dus toe, omdat hulle ook oor die lekewerkers, wat eintlik vir hulle tot hulp moet wees, moet toesig hou. 'n Vraag van toenemende kommer, is of die vaardigheid van die lekewerkers effektief in pasiënte se behoeftes voorsien en 'n bydrae maak om kwaliteit verpleegsorg te lewer, of nie (Potter, *et al.*, 2003:158-166; Barkell, Killinger & Schultz, 2002:27-33; Norrish & Rundall, 2001:55-79).

Een respondent het ook tydens dié navorsing opgemerk dat hierdie lekewerkers (“careworkers”) die indruk geskep het dat hul doelloos in die kamers ronddwaal, dit wil sê, onproduktief is en nie bydra tot pasiënte se versorging nie.

“ ..dis net die careworkers.. wat in die kamer inkom met 'n papier in die hand (pasiëntlys van die dag) in die hand, kom kyk net en loop met die papier in die hand en sê niks en loop dan weer uit... vir die hele dag was dit so... staan net rond en niks doen nie..kom vra nie vir pasiënte of hulle iets nodig het nie...”

Indien lekewerkers behoorlik georiënteer is en dit ten doel het om produktief te funksioneer, sal hulle vir professionele verpleegkundiges tot hulp kan wees.

3.4.1.3 Toerusting en fasiliteite (kyk 3.4.6.2 en 3.4.6.3).

3.4.2. Professionele voorkoms en gedrag

Kozier, *et al.* (2004:11) en Mellish & Paton (2008:106-107) beskryf professionele voorkoms en gedrag as bestaande uit 'n aantal kenmerke asook 'n leefwyse wat verantwoordelikheid en toegewydheid demonstreer. Verpleging as 'n professie verag, deur die regulerende liggaam, die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) ook van sy lede om oor hiërdie kenmerke te beskik. Volgens die SARV

moet 'n geregistreerde verpleegkundige ook vaardig wees en verantwoordbaar optree (SANC, Regulations, 2007:intyds)

Muller (2008:72-73) en Searle (2008:162-164; 228-230; 398-399) beskryf die volgende as kenmerke van professionele gedrag:

- vriendelikheid, behulpsaamheid en toon van empatie;
- professionele toewyding aan die professie;
- verantwoordelike optrede en verantwoordbaarheid;
- toepassing van teoretiese kennis en vaardigheid in die praktyk;
- vaardigheid in praktiese toepassing van prosedures;
- byhou van wetlike verpleegdokumente asook
- vaardigheid in kommunikasie (SARV Regulasie R 2598).

In Taiwan is gevind dat pasiënte, tevredenheid met kwaliteitverpleegsorg op die tegniese bevoegdheid van die verpleegkundiges, eerder as hulle interpersoonlike vaardighede gebaseer word (Cheng, Yang & Chiang, 2003:352-353). Hierdie outeurs meld ook dat 'n hospitaal se reputasie hoofsaaklik van die tegniese bevoegdheid van die verpleegpersoneel afhang.

Hierteenoor het navorsing gedoen in Swede (Johansson, *et al.*, 2002:2) en in Finland (Suhonen, Välimäki, Leino-Kilpi & Katajisto, 2004:283-291) bewys dat lewering van kwaliteit tegniese sorg verband hou met die wyse van optrede van verpleegkundiges tydens die uitvoer van prosedures. Om hierdie rede het pasiënte hoë waarde aan interpersoonlike vaardighede geheg.

Pasiënte verwag egter dat verpleegkundiges nie net hul werk tegnies korrek sal uitvoer nie, maar dat hulle ook kennis rakende die pasiënte se diagnoses en behandeling sal hê en dit kan toepas (Gunther & Alligood, 2002:353-359; Spence Laschinger & Almost, 2003:243-281; Wolf, Miller & Devine, 2003:391-396).

In Figuur 3.6 word die sub -kategorieë en temas van Professionele voorkoms en gedrag aangedui.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
PROFESSIONELE GEDRAG EN VOORKOMS	Verpleegkundige se voorkoms	<i>is professioneel aangetrek</i> <i>"voorkoms is nie goed nie"</i> <i>"almal is vreeslik oorgewig"</i> <i>"voorkoms van gesondheidstansie lyk nie goed "</i> <i>"lyk moeg en oorwerk"</i>
	Verpleegkundige se gesindheid	<i>"nurses treat us very well..they spoiled us"</i> <i>"vriendelik en hulpvaardig"</i> <i>"behandel ons goed"</i> <i>"tye wat hulle my getroos het"</i> <i>"voel die een ou is warm en vriendelik en gesels baie"</i> <i>"meeste van die blankes wat baie negatief is,.</i>
	Verpleegkundige se gedrag	<i>" baie simpatiek"</i> <i>"hulle is professioneel"</i> <i>"hoor.by-ander verpleegster dat almal nie hulle kant bring nie, as hulle onder mekaar wil praat, moet hulle dalk eenkant praat"</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Respons as hulp benodig word 	<i>"sometimes they will come quickly"</i> <i>"as ek die klokkie druk, is hulle binne 'n minuut of twee hier"</i> <i>"somtyds kom hulle baie gou"</i> <i>"about 15 minutes waiting for them to assist with the drip.."</i> <i>"wag 10 min nadat klokkie gelui het toe infuus leeggeloo het"</i> <i>" te lank gewag..moes eers die dokter bel om pynmedikasie op te skryf"</i> <i>but sometimes you have to wait longer "before they can attend"</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Gereelde rondtes 	<i>"kan meer gereeld rondtes doen, sodat hulle die infuse meer gereeld kan kom vervang voor dit leegloop en die alarms afgaan"</i> <i>"..in 'n chirurgiese saal is hulle veronderstel om meer gereeld rondtes te doen en nie net op spesifieke tye soos bv 10 uur of 11 uur nie"</i> <i>kon net vir my ingelig het"</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasie - Inligting gee 	<i>"nie genoegsame inligting is gegee nie"</i> <i>" as iemand bietjie vir jou kom sê wat aangaan- "</i> <i>"nie geweet sy kan vra"</i> <i>"As hulle miskien bietjie meer praat daaroor"</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Verduidelik 	<i>"..die een ou kom verduidelik.."</i> <i>"nie die situasie kom verduidelik van die slegte reuk van die pasiënt langsaan nie"</i> <i>"van die begin af vir mens reg wys hoe werk alles, die klokkie"</i> <i>" bietjie kom verduidelik..vir jou hoekom hulle dit doen-"</i> <i>"..jy weet nie wat hulle met jou gaan maak nie, sal dinge doen wat jy nie lekker verstaan nie"</i> <i>"..voel dat voordat prosedure uitgevoer gaan word, verduidelik dat dit ongemaklik gaan wees"</i>

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
PROFESSIONELE GEDRAG EN VOORKOMS	- Eenvoudige taal	"hulle praat terme en goeters wat 'n mens nie verstaan nie"
	- Identifiseer	"nie hulself kom voorstel" "nie..geweet nie van range nie ek is'n mens wat... ek is nie 'n mevrou nie... ek het 'n naam en ek hou daarvan dat mense my op my naam noem"
	• Pynhantering	"moes lank wag voordat dokter gekontak kon kry om 'n pyn inspuiting voor te skryf" "eers as jy besef jy het pyn, dan is die pyn te erg" "versoek dat pyn medikasie saam met medikasie rondte uitgedeel word en dat hulle nie wag totdat die pasiënt pyn medikasie versoek nie" ' suster het nie gedink sy het so seer nie" "was al verby seer toe die suster met die medikasie trollie omkom – huil van pyn"
	• Verpleegprosedures	they are trained to their level best" " hulle werk geken, nie een keer getwyfel wat om te doen" "nie een keer ondervind dat hul nie geweet het wat om te doen nie" "het mooi hande gewas, kon dit hoor van agter die gordyn" "wond mooi toegeplak saggies gewerk" "kom versorg kolostomie as hulle benodig word" "dink hul opleiding en kennis is goed"
• Administratiewe take	het verskriklik baie admin werk" "doen 10% verpleging en 80% admin" "Tegnologie het so verbeter dat hulle na minder papier- stelsel moet beweeg" "Vul lyste en lyste en vorms in dat hulle nie by verpleging uitkom" " het te veel op administrasie funksies gekonsentreer en begin dan die visie mis van verpleegsorg"	

Figuur 3.6 Sub-kategorieë en temas van die kategorie Professionele voorkoms en gedrag (vervolg vanaf bladsy 78)

Respondente het na die voorkoms van personeel, hul gesindheid en gedrag verwys.

3.4.2.1 Verpleegpersoneel se voorkoms

Searle (2008:90-92) en Booyesen, Erasmus & van Zyl (2004:310) beskryf die belangrikheid daarvan dat verpleegkundiges altyd 'n professionele voorkoms sal hê. 'n Manlike respondent het twee keer die opmerking gemaak dat die verpleegkundiges professioneel geklee is, maar dat die meerderheid as oorgewig beskou kan word. Oorgewig dui daarop dat 'n gesonde leefstyl nie gevolg word nie en verpleegkundiges moet juis 'n beeld van gesonde leefstyl uitdra (Kozier, *et al.*, 2004:1190).

“..maar as 'n mens 'n bietjie kyk na die verpleegpersoneel in die algemeen .. dan.... is die ... is die voorkoms van die verpleeg mense nie baie goed nie... almal is... verskriklik oorgewig... dit lyk nie of hul netjies op hulself is nie... lyk nie.... hulle is professioneel aangetrek ... maar ... maar die die voorkoms van 'n regte gesondheidsbewuste instansie..... word nie te voorskyn gebring nie...”

In 'n navorsing, uitgevoer in ses state in Amerika blyk dit dat byna 54% van die verpleegpersoneel oorgewig is, gemeet aan hulle BMI (“mean body index”) (Miller, Alpert & Cross, 2008:259-265).

Behalwe dat sommige verpleegkundiges oorgewig voorgekom het, het twee respondente ook genoem dat verpleegkundiges moeg voorgekom het. Indien moegheid voorkom, kan dit later tot uitbranding lei. Wanneer verpleegkundiges aan uitbrandingsindroom ly, lei dit tot pasiënt-ontevredenheid (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke & Vargas, 2004:1157-1166; Takase, Maude & Manias, 2005:333).

“..... sy..... dit lyk vir my soos of sy oorwerk is, ek kry die idee sy's oorwerk, sy issy is regtig moeg en oorwerk ...”

Daar word 'n vinnige werkstempo in die chirurgiese afdeling van die betrokke hospitaal gehandhaaf en dit is dus moontlik dat verpleegkundiges moeg kan voorkom.

3.4.2.2 Verpleegpersoneel se gesindheid

Gesindheid is 'n ingesteldheid. Volgens die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SANC. Draft Charter of Nursing Practice, 2004:intyds) moet verpleegkundiges se ingesteldheid teenoor pasiënte bewys, dat hulle respek betoon en hulle verbind om die beste moontlike toegewyde verpleegsorg te lewer. Die verpleegkundige moet respek betoon teenoor die pasiënt se liggaam, psige, gees, sy privaatheid asook hulle reg tot besluitneming.

Toegewyde verpleegsorg vereis aanspreeklikheid vir veilige praktyk beoefening, besorgde betrokkenheid ("compassionate involvement") by pasiënte asook om persoonlike integriteit teenoor pasiënte te alle tye te openbaar. Alhoewel pasiënte nie altyd in staat is om die kwaliteit of gehalte van 'n mediese diagnose of behandeling te kan evalueer nie, meet hulle die belewenis van verpleegsorg onder andere aan die gesindheid van alle kategorië verpleegkundige waarmee sy die verpleegsorg lewer. Kenmerke van 'n positiewe verpleegkundige gesindheid, soos gesien deur 'n pasiënt ervaar, is as die verpleegkundige vriendelik is en empaties voorkom (Donaldson, 2003:1279; Tarantino, 2004:intyds).

Een respondent het ervaar dat kwaliteit verpleegsorg gelewer word deur 'n verpleegkundige, omdat sy vriendelik was en die wond Sorg prosedure vooraf verduidelik het. Hierteenoor het dieselfde respondent ervaar dat 'n ander verpleegkundige, wat dieselfde wondbehandeling kom uitvoer het en nie so vriendelik met die pasiënt was nie en dus nie kwaliteitsorg gelewer het nie.

" ..die een ou is vriendelik ..en warm... en verduidelik wat sy gaan doen....en die ander

ou kom..ene..sal nie 'n woord sê nie...ene..nie so vriendelik soos iemand anderste nie..”

Pasiënte beleef verpleegsorg positief wanneer dit gelewer word deur 'n individu wat vriendelik en besorgd was en die pasiënt met respek behandel het. Terwyl verpleegsorg gelewer, deur 'n verpleegkundige wat kortaf is en slegs besorgd is om take uit te voer, as negatief beleef word (Gunther & Alligood, 2002:356; Johansson, *et al.*, 2002:340; Schmidt, 2003:393-399).

Die meerderheid respondente (**nege**) het die gesindheid van verpleegpersoneel as ondersteunend en empaties beleef.

“...the nurse's here they treat us very well , sometimes..... I use to tell them they spoil us..”

“ hulle het my van die begin af baie goed behandel vandat ek opgeneem is, dwarsdeur en en hulle was almal baie simpatiek”

“Die ...verpleegpersoneel was vriendelik en....hulpvaardig...”

“...hulle het my honderd persent ondersteun en daai tipe goed..”

'n Empatiese gesindheid teenoor pasiënte lei tot beter pasiënt uitkomst en word as kwaliteit verpleegsorg ervaar (Wolf, *et al.*, 2003:391-396; Schmidt, 2003:393-399; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi , 2005:283-292).

Om empaties te wees beteken om pasiënte se behoeftes te erken en hierop sensitief te reageer (McGilton, Irwin-Robinson, Boscart & Spanjevic, 2006:35-44; Ervin, 2006:126-12) Twee van die respondente het empatie ook positief in die navorsing beleef.

“... tye wat hulle selfs my getroos het, soos..... gisteraand... toe van die swart personeel vir my gebid het,..... toe ek baie emosioneel was”

“..en hulle was almal baie simpatiek...”

Pasiënte verwag dat die verpleegkundiges hul nie net fisies nie, maar ook emosioneel sal ondersteun en empatiek teenoor hulle sal optree.

’n Negatiewe gesindheid tussen die verpleegpersoneel is deur twee respondente ervaar. Die respondente het ’n gesprek gehoor waar verpleegkundiges die feit dat almal nie hul samewerking in die afdeling gee nie bespreek. Indien werksontevredenheid ondervind word kan dit ’n negatiewe invloed op die pasiënt se belewenis van die verpleegsorg hê (Takase, *et al.*, 2005:333-343).

“...meeste van die blankes wat baie negatief is...hulle praat teenoor mekaar..hulle sal sê.. hoor hier daai ou doen nie sy werk nie.....”

Aiken, *et al.* (2002:1987-1993), Sengin (2001:intyds) en Mrayyan (2006:225) het onderskeidelik bewys dat verpleegkundiges wat ’n positiewe gesindheid in die werksplek openbaar ook ’n positiewe invloed op die belewenis van pasiënttevredeheid met die verpleegsorg het.

3.4.2.3 Verpleegkundiges se gedrag

Professionele gedrag verwys onder meer daarna dat verpleegkundiges oor die nodige kennis en bevoegdheid beskik om verpleegprosedures vaardig te kan uitvoer (SANC, 2007:intyds; Muller, 2008:72-73; Searle, 2008:162-164; 228-230; 398-399). Dit verwys ook daarna dat verpleegkundiges professioneel teenoor pasiënte optree tydens die uitvoering van verpleegsorg.

Die vermoë van verpleegkundiges om die verwagte sorg akkuraat en betroubaar uit te voer word as die belangrikste kenmerk van kwaliteitsorg uitgewys terwyl behulpsaamheid en die gee van aandag die tweede belangrikste kenmerk was (Lumby & England, 2000:143).

Twee respondente het drie keer na die professionele optrede van die verpleegkundiges verwys.

“....sy is baie professioneel...”

Die professionele gedrag wat verpleegkundiges voor pasiënte openbaar, laat hulle die verpleegsorg positief of negatief ervaar (Muller, 2008:18-21; Searle, 2008:96, 149, 195, 197). Bespreking van persoonlike, werks- of pasiënt sake in die openbaar dui op onprofessionele gedrag en pasiënte kan dit negatief beleef (Searle, 2008:256-259; Jarret & Payne, 2000:81-90; Ervin & Pierangeli, 2005:1-9).

Drie respondente het opgemerk dat verpleegkundiges hul kollegas voor pasiënte bespreek.

“Die personeel praat met mekaar..... hulle sal sê hoor hier daai ou doen nie sy werk nie ... en ek moet al sy werk doen en..... dis nou nonsens hierdie en ... dit is nie hoe..... ek weet nie, ek voel nie dit moet nie so gesê word ... hier in die hospitaal nie ... as jy daarvoor wil praat, dan gaan praat jy eenkant....”

“.... It was just that sometimes... you find that they speak in front of you... about others... you know.... not about their illness... but just their opinion of this and that patient...”

Een respondent het dit spesifiek uitgewys dat verpleegpersoneel nie hul probleme voor pasiënte moet bespreek nie .

“Ek dink as hulle onder mekaar wil praat.. moet hulle dalk eenkant praat, as hulle klaar met die pasiënte is, dalk e..... in die teekamer gaan gesels daaroor en nie voor die pasiente waar almal hoor nie.....”

3.4.2.3.1 Respons as hulp benodig word

Na chirurgie benodig pasiënte hulp met basiese aksies wat hulle onder andere omstandighede self sou kon doen. Van die aksies is byvoorbeeld om regop te kom om te kan eet, om hulself gemaklik te maak en om die toilet te gebruik. Hulle is verder op die lui van klokkies aangewese om hulp te verkry om in hul behoeftes te voorsien wanneer dit voorkom. Dus sal die pasiënt se ervaring van tevredenheid met die verpleegsorg primêr afhanklik wees van die pasiënt se belewenis van hoe goed en vinnig die verpleegpersoneel gereageer het op hierdie behoeftes (Johansson, *et al.*, 2002:337-344; Gunther & Alligood, 2002 :353-359; Thorsteinsson, 2002:32-44).

Pasiënte se belewenis van verpleegkundiges se response as hulp benodig word, kan hul belewenis van kwaliteit verpleegsorg beïnvloed. Die **wyse** waarop die verpleegkundige reageer en beskikbaar is, deur op ‘n betekenisvolle, gemaklike en onmiddellike manier te reageer en aandag te verleen as hulp benodig word, kan deur pasiënte as kwaliteitsorg beleef word (Wolf, *et al.*, 2003:391-396; Gunther & Alligood, 2002:353-359; Schmidt, 2003:393-399).

Drie respondente het dit positief beleef dat verpleegkundiges onmiddellik reageer het as hulp benodig word.

“..when I need them....I call them and.... they come, they.. come immediately.”

“..en ek het al ‘n paar keer... dan roep ek hulle.....nie vir myself nie...maar roep hulle vir ander goeters...en ek meen dat elke keer as ek die klokkie gedruk het , het hulle binne..ag ,’n minuut of twee, dan is hulle hierso...”

“Ja dadelik.. as ek sê... ek het hier .. ‘n sakkie.. en dan ... kom hulle....

Drie ander respondente se belewenis van hoe op hul behoeftes reageer is, was negatief:

“ sometimes you feel you wait to long, when you feel you call them, you wait because when you press the alarm”

“inspuiting en ...dit het te lank gevat en ... want... hulle moet mos nog eers die dokter bel... .. en toe..... vat dit ‘n hele tydjie voordat hulle hom in die hande kon kry...’

“... na tien minute was nog nie niemand hier nie.... waar my drip leeggeloop was.... so dit was sleg”

Verskeie outeurs (Johansson, *et al.*, 2002:337-344; Perla, 2002:60-66; Thorsteinsson, 2002:32-44; Davis, 2005:126-133) is van mening dat pasiënte verpleegsorg as positief beleef indien verpleegkundiges aan hulle aandag skenk en vinnig op hul versoeke reageer.

- *Gereelde rondtes*

Die deurlopende evaluering van pasiënte se algemene toestand, reaksie op behandeling en gemak, vorm deel van kwaliteit verpleegsorg en hiervoor is die doen van gereelde saalrondtes deur die verpleegkundiges noodsaaklik (Castledine, 2002:407; Meade, *et al.*, 2006:64; Meade, 2006:55-70). Genoemde outeurs beskryf ook dat indien verpleegkundiges gereelde rondtes by pasiënte doen, dit pasiënte ‘n belewenis van veiligheid gee.

Die doen van saalrondtes is ook noodsaaklik ten einde, onder andere, die toediening van binne-aarse oorgietings aan pasiënte te kontroleer. Indien binne-aarse oorgietings voltooi veroorsaak dit ongemak en indien die oorgieting

deur 'n monitor (infuuspomp) loop, veroorsaak die voltooiing, dat die alarm afgaan.

Drie respondente het verwys na die geraas wat die alarms maak wanneer die infuse leegloop en het voorgestel dat verpleegkundiges gereelde rondtes moet doen sodat hulle betyds kan voorkom dat die alarm van die monitor afgaan.

“..drip masjiene, maak reeds so 'n groot lawaai as dit leeg isen dit lui lank voordat iemand kom kyk... kan hulle nie eerder gereeld meer rondtes kom doen nie ... want hulle weet mos..... min of meer wanneer dit sal leeg wees..”

“ . ek meen dat dit is 'n chirurgies ...e... saal hierdie... hulle is obvious veronderstel om kort-kort te kom kyk of die pasiënte nog reg is, en hier word dit net op spesifieke tye tien uur of elf uur ... net op die tye.... gedoen ”

Indien verpleegkundiges gereelde saalrondtes doen, sal pasiënte se behoeftes vinniger raakgesien word en die pasiënte sal die belewenis hê dat kwaliteit verpleegsorg gelewer word (Meade, *et al.*, 2006:64; Meade, 2006:55-70).

3.4.2.3.2 Kommunikasie

Verpleegkundiges behoort oor goeie kommunikasie vaardighede te beskik, aangesien kommunikasie tussen verpleegkundiges en pasiënte die basis van 'n terapeutiese verhouding vorm (Huber, 2000:207). Verbale en nie-verbale kommunikasie word gebruik in die gee en uitruil van inligting tussen pasiënte en verpleegkundiges, verpleegkundiges en verpleegkundiges en die multidissiplinêre span (Searle, 2008:258-259; Meyer, *et al.*, 2004:177-179). Kommunikasie word egter nie net kardinaal vir uitruil van inligting gebruik nie, maar ook vir die uitvoer van verpleegaksies soos gerusstelling, vertroosting en die gee van pasiëntonderrig (Attree, 2001:456-466; Thorsteinsson, 2002:32-44).

Kommunikasie is 'n omvattende onderwerp en dit val nie binne die omvang van hierdie navorsing om dit volledig te beskryf nie. Die volgende aspekte van kommunikasie is deur die respondente in die navorsing uitgelig: gee van inligting; verduidelik, gebruik van eenvoudige taal, aanspreekvorm en identifisering van personeel.

- *Inligting gee*

Dit is elke pasiënt se reg om inligting vanaf verpleegpersoneel te ontvang. Dit sluit in inligting rakende hulle diagnose, behandeling, uitvoering van prosedures asook inligting oor alledaagse aspekte soos die saalroetine en saaluitleg (Patient's Right Charter, 2007:intyds). Pasiënte verwag ook dat daar **deurlopend** aan hulle toepaslike inligting gedurende hulle hospitaal verblyf verskaf sal word (Bowles, Mackintosh & Torn, 2001:347-354; Johansson, *et al.*, 2002:337; Gunther & Alligood 2002:353-359; McCabe, 2004:41-49).

Dit is veral in hierdie area waar drie respondente ontevrede was, omdat hulle beleef het dat daar nie genoegsame inligting deur die verpleegkundiges aan hulle verskaf was nie. **Drie**⁵ respondente het **sewe** keer daarna verwys .

"... en...wat vir my verkeerd was.. die suster wat daarmee besig was.. kon net vir my ingelig het ... wat die situasie is en daai tipe goeters...was langsaan"

" as iemand bietjie vir jou kom sê wat aangaan- "

Die respondente se belewenis was dus dat die gee van inligting hulle hul verpleegsorg ervaring beter sou kon laat beleef het.

⁵ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

'n Ander respondent het ook ervaar dat hy nie genoegsame inligting rakende die werking van die klokke ontvang het nie en as gevolg daarvan baie pyn moes verduur (kyk 3.4.2.3.3).

Ervin & Pierangeli (2005:1-9) noem dat die die pasiënt moet bepaal hoeveel inligting voorsien moet word. Volgens dié navorsers stel alle pasiënte nie altyd belang in **al** die besonderhede rakende hulle diagnose of die verpleegkundige aksies wat uitgevoer moet word nie. In die navorsing het een respondent dit ook so beleef, naamlik:

“: dit raak partykeer .. en veral as hulle... oorgee .. ek verstaan... hoekomhulle dit doen mmm..... maar jy weet as hulle byvoorbeeld van skofte ruil....dan kom hulle voor die tyd , voor hulle skofte ruil, dan kom doen hulle 'n volledige check up vra en alles... en... dan's ...dit 'n halfuur later dan is daar weer 'n nuwe... suster en dan moet sy weer weer alles oor vra, want sy moet nou weer check of alles wat hulle vir haar oorgee het reg is ... dan word dit weer gedoen.. en dan word dit weer gedoen... jy weet en ... dis net ... dit raak net partykeer.. te baie... dink ek ... ek weet nie dis miskien... te veel...”

Verpleegkundiges moet tyd inruim om aan pasiënte inligting te verskaf en hulle vrae te beantwoord. Dit lei tot die individualisering van verpleegsorg, wat weer lei tot die positiewe belewenis van lewering van omgee-verpleegsorg (Kruijver, Kerkstra, Bensing & de Wiel, 2001:774; Schmidt, 2003:393-399; McCabe, 2004:41; Ervin & Pierangeli, 2005:1-9).

- *Verduidelik*

Dit is 'n essensiële deel van verpleegsorg om vooraf aan pasiënte te verduidelik voordat enige prosedure of aksie op hulle uitgevoer gaan word (Searle, 2008:250, 258-259; Meyer, *et al.*, 2004:178-179). Wanneer daar aan pasiënte verduidelik word wat gedoen gaan word, kan hulle hulself psigologies voorberei op wat gaan kom. Pasiënte se samewerking word bekom en hulle angsvlakke word verlig. Indien pasiënte nie die nodige inligting rakende prosedures wat

uitgevoer gaan word vooraf ontvang nie, kan dit hulle angsvlakke verhoog (Bowles, *et al.*, 2001:347-354; Johansson, *et al.*, 2002:337; McCabe, 2004:41-49).

Die privaathospitaal waar die navorsing uitgevoer is, vereis dat daar aan pasiënte verduidelik moet word, voordat prosedures of aksies uitgevoer word. Dit word in die Procedure Handleiding en op evalueringsinstrumente vir die uitvoering van verpleegprosedures beskryf (Heigan, 2006). Verpleegkundiges word gereeld volgens hierdie evalueringsinstrumente geëvalueer en behoort dus deeglik bewus te wees om inligting te gee voordat enige prosedure op 'n pasiënt uitgevoer gaan word.

Twee respondente het dit uitgelig dat verpleegkundiges nie aan hulle verduidelik het nie voordat hulle 'n prosedure uitgevoer het nie.

“...hulle moet vir 'n mens verduidelik... dit is wat ons nou gaan doen en...dit is.... dit is hoekom ons..... net 'n bietjie meer.... gesels... bietjie meer verduidelik..... maar almal is nie so nie..”

“...miskien net van die begin af.....ee.....vir mens reg verduidelik van die.klokkie van die begin af...”

Een respondent het die situasie by **twee** geleenthede as angstig beleef omdat verpleegpersoneel net met 'n prosedure begin het, sonder om vooraf enige verduideliking te gee.

“.....maar hulle sê nie wat hulle gaan doen nie.... hulle kom net hier in ...met hierdie steriele verpakking en...en jy...jy moet hier lê... en jy weet nie wat nou en.... wat presies hulle gaan doen nie...en so nie . hulle moet net vir 'n mens sê.. hoor hier dis wat ons nou met jou gaan doen... dit kan dalk ongemaklik sal wees en of so... ek meen dat 'n mens net 'n bietjie meer voorbereid is....”

*“ Hulle verduidelik nie altyd wat hulledoen nie.... en jy weet nie... wat.... hulle met dit gaan doen nie... en dis nogal **skrikwekkend**.. Dit is as 'n mens nie weet wat , wat dit is.. en wat hulle gaan doen nie....hulle moet vir 'n mens verduidelik... dit is wat...”*

Verskeie navorsers (Jarret & Payne, 2000:81-90; McGilton, *et al.*, 2006:41-42) het bevind dat verpleegkundiges nie genoegsaam met pasiënte kommunikeer nie. Hulle vind dat verpleegkundiges die pasiënte meestal nader, net wanneer hulle administratiewe of funksionele aktiwiteite gaan uitvoer. Deur nie te kommunikeer nie impliseer dat verpleegkundiges 'n aanname maak ten opsigte van pasiënte se behoeftes en wat hulle benodig.

Een respondente het dit ook beleef dat die verpleegkundiges nie navraag gedoen het oor haar pyn ervaring nie en net veronderstel het, dat sy nie pyn het nie (Kyk 3.4.2.3.3).

*“... ons weet nie wanneer ons mag ..kry nie...so jy weet nie wanneer om te vra vir dit nie.....as hulle nie vir jou sê ... hoor hier jy **kan** nou iets kry nie..... ..maar ..as hulle dalk net vir jou kan sê... hoor hier jy **kan** nou... het jy iets nodig vir pyn ?.. maar dan wag hulle ... en **hulle** sê nie”*

- *Terme gebruik*

Verpleegkunde is 'n wetenskap met 'n eie vaktaal wat, onder andere, mediese terme insluit (Kozier, *et al.*, 2004:251:342). Pasiënte verstaan nie altyd die betekenis van die terminologie wat verpleegkundiges gebruik nie. Dit kan dus tot angstigheid en onsekerheid by pasiënte lei.

Die volgende opmerking is 'n voorbeeld van hoe een van die respondente die taalgebruik beleef het.

“... hulle praat termes en goeters.. wat ‘n mens nie verstaan nie. wat hulle sê nie.. . en dan kom hulle hier so... met die goedjies wat so toegevou is ... ene lappietjies.. en instrumente .. en sulke goeters .. en jy weet nie... wat..... hulle met dit gaan doen nie.”

Verpleegkundiges moet bedag wees om toepaslike, verstaanbare taal op die vlak van die pasiënte te gebruik wanneer met pasiënte gekommunikeer word (Kozier, *et al.*, 2004:423; 426; Muller, 2008:223-224).

Dit is ook vir pasiënte belangrik dat verpleegkundiges se verduidelikings aan die pasiënt duidelik moet wees. Dit moet dus op ‘n vlak wees wat vir hul verstaanbaar is en wat hul op hul gemak laat voel (Meyer, *et al.*, 2004:178-179; Muller, 2008:223-224).

- *Aanspreekvorm en voorstel van verpleegpersoneel*

Alle pasiënte verkies om as individu erken te word. Dit sluit in dat pasiënte aangespreek sal word op die naam wat hulle verkies en in die taal wat vir hulle verstaanbaar is (Kozier, *et al.*, 2004:424-426, 428).

Een respondent het verkies dat sy op haar naam aangespreek moet word, terwyl verpleegpersoneel haar as “Mevrou” aangespreek het. Sy het dit negatief beleef.

“.... dat hulle spreek jou sommer op jou naam aan nie... ek bedoel ek is'n mens wat... ek is nie 'n mevrou nie... ek het 'n naam en ek hou daarvan dat mense my op my naam noem. Dit voel vir my .. baie keer dat 'n hoe moet ek sê... dat dit vat..... 'n skeidslyn weg dat dat 'n beter verhouding.... tussen mense opgebou kan word..”

Behalwe aanspreekvorm, is dit ook pasiënte se reg om te weet wie hulle verpleeg. Dit word verder erken as ‘n wyse van respekbetoning wanneer iemand hom/haarself aan ‘n vreemde persoon voorstel, sowel as ‘n geïdentifiseerde naamplaatjie en die voorgeskrewe rangkentekens dra (South Africa. Patient's Right Charter, 2007:intyds).

Een respondent het dit negatief beleef omdat sommige van die personeel nie hulleself kom voorstel het nie.

“..nie altyd geweet..... wie is die persoon en het... hulle kom voorstel.... ?”

Twee ander respondente se ervaringe was dat hul nie kon onderskei tussen die verskillende kategorieë van die verpleegpersoneel nie.

“....’n.... ligte blou uniform ? Eppoulette ... ja ...sal weer kyk as sy hier kommmm ja sy het definitief eppoulette aangehad ”

Uit bogenoemde aanhalings was dit duidelik dat verpleegkundiges hulle nie aan die pasiënte kom voorstel het of sorg gedra het dat pasiënte hulle (range) kon identifiseer nie.

3.4.2.3.3 Pynhantering

Die grootste uitdaging in 'n chirurgiese saal is om pasiënte se pyn sover moontlik draagbaar te kan hou. Die “International Association for the Study of Pain“ definieer pyn as 'n onaangename sensoriese en emosionele ervaring wat met werklike of potensiële weefselskade geassosieer word (Phipps, Monahan, Sands, Marek & Neighbours, 2003:212; Kozier, *et al.*, 2004:1133; Smeltzer & Bare, 2004:217). As gevolg van chirurgie is daar weefselskade wat lei tot akute pyn in die post-operatiewe tydperk. Ander faktore wat bydra tot die ontstaan van pyn na chirurgie, is die harde teaterbed, die posisie waarin die pasiënt geplaas was en die narkose wat toegedien is. Laasgenoemde lei gewoonlik tot styfheid van spiere. Die belewenis van pyn verskil van pasiënt tot pasiënt al het hulle dieselfde chirurgiese ingreep ondergaan. Verskeie faktore soos 'n persoon se kultuur, vorige pynervaringe, ang, stres en die betekenis van die huidige pyn kan pasiënte se persepsie en reaksie tot pyn beïnvloed. Sommige pasiënte kan

meer pyn verduur terwyl ander dit nie kan doen nie (Kozier, *et al.*, 2004:1137; Smeltzer & Bare, 2004:223-226).

Aangesien pyn 'n subjektiewe verskynsel is, is die pasiënt die enigste een wat die teenwoordigheid en ernstigheid daarvan kan beoordeel (Gordon, Pellino, Miaskowski, McNeill, Paice, Laferriere & Bookbinder, 2002:116-130; Zalon, Constantino & Andrews, 2008: 93-101). Die verpleegkundige se rol in die hantering van pyn is om deurlopend 'n deeglike pynberaming op pasiënte uit te voer en te verseker dat die korrekte pynmedikasie betyds en korrek toegedien word. Ten einde te verseker dat pasiënte betyds pynmedikasie kan ontvang, moet die verpleegkundige toesien, dat die pynmedikasie voorgeskryf is wanneer die pasiënt na die operasie in die saal opgeneem word. Dit is verder belangrik dat pasiënte voortdurend ingelig moet word dat hulle wel pynmedikasie mag ontvang soos wat hulle dit benodig (Zalon *et al.*, 2008:93-101; Kozier, *et al.*, 2004:1140-1143; 1148-1149; 1151; 1158; Smeltzer & Bare, 2004:226-229).

In die literatuur word beskryf dat 50–70 % van pasiënte matige tot erge pyn na chirurgie ervaar en dat dit 'n aanduiding is dat post-operatiewe pyn swak hanteer word (Pogatziki-Zahn, 2007:intyds; Pasero & McCaffery, 2001:73, Evenpoel, 1999:8).

Die wyse waarop pasiënte se pyn deur verpleegkundiges hanteer word, beïnvloed die pasiënte se belewenis van die verpleegsorg (Zalon, *et al.*, 2008: 93-101; Blank, Mader, Wolfe, Keyes, Kirschner & Provost, 2001:327-334; Graham, 2002:78-86). Indien die pyn effektief hanteer is, beleef pasiënte dat kwaliteit verpleegsorg gelewer is.

Van die vyftien respondente het **slegs twee** respondente **goeie hantering** van hul pyn beleef.

“...and when I ...ee.....experience some pain, andI call them and.... They come, they.. come immediately... and they come and inject me..... and early in the morning..... I awake from the pain, I call them and they come and give me something for the pain.”

“..my pyn, nee goed na die inspuiting..”

Vyf⁶ respondente in hierdie navorsing het **onaangename** belewenisse rondom pyn gehad en die oorblywende agt het nie inligting rakende hul pynbelewenisse verskaf nie.

“...dit was net gisteraand..... wat ek ‘n slegte ervaring van pyn gehad het... dit was vir my sleg en verstaan jy... dit was onnodig vir my gewees...”

“... ek het eintlik ee.....verskriklik pyn gehad...”

“...toe is dit nou al verby seer .. “

Volgens Muntlin, Gunningberg & Carlson (2006:1046) ondervind 20 % van pasiënte dat hulle nie genoegsame pynverligting ontvang het nie en in hierdie navorsing het **33 %**⁷ van die pasiënte die hantering van pyn as negatief beleef. Die betekenis van laasgenoemde syfer dui slegs daarop dat ‘n groot aantal van die respondente pynhantering negatief beleef het. In hierdie navorsing is dus bevind dat **meer** respondente ‘n **negatiewe** belewenis van die hantering van hulle pyn gehad het as wat respondente ‘n positiewe belewenis daarvan gehad het.

⁶ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie ‘n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

⁷ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie ‘n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

- *Redes waarom pynverligting nie betyds toegedien is nie*

Verskillende redes is geïdentifiseer waarom respondente nie dadelik vir hulle pyn behandel was nie:

- *Verpleegkundiges te besig*

Respondente in hierdie navorsing het dit beleef dat die verpleegkundiges **te besig** is om navraag oor die pasiënte se pyn te doen.

“...toe sy nou uiteindelik hier verby kom...toe is dit nou al verby seer..en toe tjank ek sommer...”

Die behandeling van die pyn behoort in die kortste moontlike tyd nadat dit geïdentifiseer is, te geskied, maar dit is nie altyd die geval nie. Soms moet pasiënte ‘n geruime tyd vir die behandeling wag (Zalon, *et al.*, 2008:93-101; Graham, 2002:78-86) en dit laat hulle die lewering van sorg negatief beleef.

- *Alternatiewe middels nie voorgeskryf*

Een ander respondent moes lank wag voordat haar pyn verlig is aangesien die geneesheer eers vir ‘n voorskrif gekontak moes word.

” My pyn het erg begin raak en ek wou nie die pille hê,... maar ‘n inspuiting en ...dit het te lank gevat en ... want... hulle moes nog eers die dokter bel..... want sy het net kom sê dat dokter nie die inspuiting voorgeskryf het nie... en toe..... vat dit ‘n hele tydjie voordat hulle hom in die hande kon kry...”

‘n Verdere aspek wat pynhantering beïnvloed, is die roetine gebruik van epidurale- en spinale narkoses vir chirurgiese prosedures, soos wat die geval van die privaathospitaal waar die navorsing uitgevoer is, is. Wanneer die epidurale/spinale narkose gestaak word en daar oorgegaan word na orale of

intramuskulêre pynmedikasie, kan pasiënte soms beleef dat die orale middels nie effektief is nie. Dit was ook die geval by een respondent.

“..... toe was dit die epiduraal..... en dit het goed gegaan, en toe hulle dit uitgehaal “ het... toe het ek pynpille gedrink, maar gisteraand ek dinkek het nie pyn gehad deur die middag nie en niks gedrink nie en toe skielikdie pyn.”

Dit is dus noodsaaklik dat verpleegkundiges vooraf moet toesien dat ‘n alternatiewe pynverligtingsmetode, behalwe orale middels, voorgeskryf word.

- *Pasiënte kommunikeer nie vanself hulle pynbehoefte nie*

Sommige pasiënte vermy of stel selfs uit om hul behoeftes ten opsigte van pyn te kommunikeer omdat hul voel hul wil nie kla nie (McDonald, McNulty, Erickson & Weiskopf, 2000:70-75). Een respondent het dit ook so beleef en **drie keer** daarna verwys.

“... ja en so... soos pynmedikasie... ons weet nie wanneer ons mag pynmedikasie kry nie...so jy weet nie wanneer om te vra vir dit nie...”

“...as hulle nie vir jou sê ... hoor hier jy **kan** nou iets kry nie..... daar is ouens soos ek wat te skaam is om te vra... hoor hier...ek wil nie lastig wees nie... mens wil nie pla nie...maar”

“ ek het nie geweet ek mag... vra nie ... ek het net altyd gedog.. ek kan kry as h... hierdie tannetje met die karretjie... verby kom..kan jy iets kry en...”

Hierdie onsekerheid wat respondente ervaar het rakende die tyd wanneer pynmedikasie toegedien kan word, lei daartoe dat hulle onnodig pyn ervaar. Benewens die negatiewe invloed wat pyn op hul belewenis van kwaliteitsorg kan hê, kan erge pyn ook tot ander komplikasies soos byvoorbeeld respiratoriese, metaboliese en kardiologiese stres simptome lei (Blank, *et al.*, 2001:327-334; Zalon, *et al.*, 2008: 93-101).

Ten einde die pasiënte se belewenis dat hulle pyn effektief hanteer word te bevorder, behoort verpleegkundiges saalrondtes van ten minste elke twee ure te doen waarin spesifiek navraag na pasiënte se pyn gedoen word (Castledine, 2002:407; Meade *et al.*, 2006:64-69).

Vier⁸ respondente in die navorsing het ongemak as gevolg van pyn beleef en ondervind dat niemand gereeld rondtes, of navraag rondom hul pynbelewening kom doen het nie.

“ Man ek het eintlik e.....verskriklik pyn gehad... en ek het die klokkie gedruk en gedruk en so aan.. maar niemand het gekom nie... en dit was baie sleg hoor..... vir my en niemand was ook hier nie...kom kyk en so nie...”

“...die ander wil net altyd weet hoe gaan dit en of jy oraait is.. en niks van die pyn nie,...en eers as jy besef het, jy het pyn dan is dit te erg....”

*“...maar ..as hulle dalk net vir jou kan sê... hoor hier jy **kan** nou... het jy iets nodig vir pyn ?.. maar dan wag hulle...”*

“ en toe ek sukkel om my kussings reg te kry, het net niemand ingekom om my te vra : hoor hier is jy gemaklik ?..”

Pasiënte in ‘n chirurgiese afdeling ervaar pyn as ‘n reël eerder as ‘n uitsondering en verduur meer pyn as wat nodig is, terwyl daar wel middele beskikbaar is om hul ongemak te verlig (Zalon, *et al.*, 2008:93-101; Bruckenthal, 2007:7-11). Drie respondente het ook onaangename ervarings rakende pyn gehad.

“..toe sy nou uiteindelikgisteraand hier verby kom...toe is dit nou al verby seer ..”

“..’n verskriklik pyn gehad ..en dit was onnodig...”

⁸ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie ‘n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

Indien pasiënte voorligting oor die voorkoms van pyn en relevante pynverligting ontvang lei dit tot 'n positiewe ervaring en belewenis van kwaliteit verpleegsorg wat gelewer word (Ward, Donovan, Owen, Grosen & Serlin, 2000:393-405). Deur voorligting te gee stel dit 'n pasiënt in staat om te weet wat om ten opsigte van pyn te verwag (Phipps, *et al.*, 2003:233; Kozier, *et al.*, 2004:1158).

Effektiewe pyn beheer sluit in 'n her-evaluering van 'n pasiënt se pyn 'n halfuur tot 'n uur nadat pynmedikasie toegedien is. Die effek van die pynmedikasie moet opgevolg word om te bepaal of dit effektief was en dit moet ook so gedokumenteer word in die deurlopende vorderingsverslag (Zalon, *et al.*, 2008:93-101; Kozier, *et al.*, 2004:1146).

3.4.2.3.4 Verpleegprosedures

Verpleegkundiges moet hul kognitiewe, interpersoonlike en tegniese vaardighede akkuraat volgens die pasiënte se behoeftes kan toepas en uitvoer om te verseker dat kwaliteitsorg verleen sal word (Searle, 2008:196, 362; Muller, 2008:278, 287; SANC, 2007:intyds). In die navorsing het **drie** respondente **vier** keer hul belewenis van tevredenheid uitgespreek rakende die wyse waarop prosedures uitgevoer is.

“ Soos byvoorbeeld die vrou wat net nou my wond kom skoonmaak het, netnou,mmm.. sy is baie goed, (kuggie) jy weet ek kon agterkom sy is baie professioneel, sy het baie mooi, jy weet haar hande gewas waar ek dit kon sien, hoor ... die seep en ...dit is nogal vir 'n ou belangrk, jy weet ja 'n en sy het dit baie mooi toegeplak en gesê dat dit nie soongemaklik is nie.... baie mooi ... saggies gewerk en so..... baie goed....”

“ en hulle ..e.... werk geken... daar was nie een wat ... nie getwyfel het wat hy doen nie... so ek was baie tevrede...”

“ as ek sê die ..'n sakkie (kolostomie sakkie)... en dan kom hulle..”

Die wyse waarop verpleegkundiges prosedures uitvoer byvoorbeeld werk sonder weifeling, asook om te voldoen aan 'n versoek ("*bring asseblief 'n sakkie*") word as bekwame uitvoering van verpleegsorg beskryf (Defloor, Van Hecke, Verhaeghe, Gobert, Darras & Grypdonck, 2006:669-678) en die respondente het in hierdie navorsing ook daarna verwys.

3.4.2.3.5 Administratiewe take

Rekordering van inligting ten opsigte van pasiënte se behandeling, reaksie op behandeling en behoeftes word deur die SARV vereis (SARV R2598. November 1984, soos gewysig). Akkurate en volledige rekordhouding van elke aksie uitgevoer op pasiënte verseker dat kwaliteit kontrole gedoen kan word. Hierdeur kan kwaliteit van pasiëntsorg verbeter word (Kozier, *et al.*, 2004:329-330, 341-344; Meyer, *et al.*, 2004:40, 49, 244; Searle, 2008:130).

Alhoewel pasiënte nie tussen verskillende administratiewe take onderskei het nie, word verpleegkundiges gekonfronteer met 'n verskeidenheid daarvan. Laasgenoemde vorm nie deel van hierdie navorsing nie en daarom word daar net as administratiewe take as 'n geheel verwys.

Een respondent het beleef dat verpleegkundiges nie altyd tyd het om by verpleegkundige take uit te kom nie, weens te veel administratiewe take.

"... laat die verpleeg personeel meer kan toesien...na verpleging en .. minder omsien na administrasie."

Die respondent het dit beleef dat 80% van die verpleegkundiges se take administratief van aard was en slegs 10 % op Verpleging betrekking gehad het.

*"..so as ek ...na hulle kyk dan.... hulle sal10 % ... van hul dag se take is werklik verpleging..... en 80 % + is..net admin werk.. is net **die** lêers wat voltooi moet word... en daai handtekening wat gekry moet word en hierdie vorms wat ingevul moet word.."*

“ ..ek dink natuurlik hulle het verskriklik baie admin werk...want hulle staan hier en... lyste en lyste en lyste invul en...”

Pasiënte verwag, volgens Meade, *et al.*, (2006:60) dat die verpleegkundige beskikbaar moet wees om deurlopend in hul fisiese en emosionele behoeftes te kan voorsien. Die respondent het die voorstel gemaak dat daar eerder van elektroniese dokumentering gebruik gemaak moet word.

“..maar ek dink met die nuwe tegnologie wat ons het. behoort ons.....te beweeg na na, na.... vlakke toe waar jy.... ek sal nie se papierloos toe nie , maar .. minder papier werk”

Die gebruik van 'n elektroniese dokumenteringstelsel om minder tyd aan papierwerk te spandeer is ondersoek. Daar is gevind dat verpleegkundiges nie minder tyd aan rekordering spandeer as dit elektronies gedoen word teenoor nie-elektronies nie (Des Roches, Donelan, Buerhaus & Zhonghe, 2008:intyds).

3.4.3. Terapeutiese omgewing

'n Verdere kenmerk van kwaliteit van verpleegsorg is die voorsiening en handhawing van 'n terapeutiese omgewing. 'n Terapeutiese omgewing verwys na die fisiese omgewing (gebou en toerusting) asook die psigologiese omgewing (handhawing van basiese behoeftes). 'n Terapeutiese omgewing moet 'n vriendelike atmosfeer hê, pasiënte moet veiligheid ervaar en die omgewing moet vir die pasiënte toepaslik wees (Mellish & Paton, 2008:167; Kozier, *et al.*, 2004:671; Meyer, *et al.*, 2004:12-19).

Figuur 3.7 dui die kategorieë en temas van Terapeutiese omgewing aan.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
TERAPEUTIESE OMGEWING	→ Fisiese omgewing	<i>Kyk fasiliteite en toerusting</i>
	→ Psigologiese omgewing	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basiese behoeftes • Veiligheid • Slaap • Voeding • Higiene • Ondersteuning 	<p><i>“voel veilig as koorspenne voor pasiënt was en sit in eie houertjie”</i> <i>“I feel save when a sister is ..nearby to help with the turns”</i> <i>“voel daai kieme kan mos oorgedra word, skuif my eerder dan uit..sal verkies as hul hom isoleer”</i> <i>“onveilig gevoel, was enigste blanke pasiënt..”</i></p> <p><i>“party kan sag inkom”</i> <i>“ander kan almal wakker maak in die kamer”</i> <i>“maak 'n groot lawaai”</i> <i>“drie uur in die nag kom ligte aansit om beddens op te maak, voel dis te vroeg”</i> <i>“voel slaap reeds sleg in 'n hospitaal en net as slaap word vroeg wakker gemaak”</i> <i>“kom in kamer met groot lawaai, sit ligte aan en maak almal wakker”</i> <i>“voel word te veel gepla om kort kort te monitor”</i> <i>“sukkel om te slaap in 'n hospitaal”</i> <i>“kan oorsien en in ag neem as slaap en nie kort – kort wakker maak nie”</i> <i>“eerder saans met kopligte werk as om die groot ligte aan te sit”</i> <i>“ivac masjiene maak 'n groot lawaai as leeg is”</i></p> <p><i>“kos is uitstekend”</i> <i>“hulle het my ontbyt ook vergeet”</i> <i>“kos koud- op iets kan warm hou”</i> <i>“die kos ..dit was so swaar”</i> <i>“hulle het geweet ek kan helder vloeistof dieet kry maar hulle het vergeet ..ek was nie honger nie net verskrriklik dors”</i></p> <p><i>“leemte is storte..baddens te klein..gooi handoek voor wasbak om so te was”</i></p> <p><i>“hulle was almal baie simpatiek”</i> <i>“verpleeg personeel was vriendelik gewees....hulpvaardig”</i> <i>“hulle het my honderd persent onderseun en daai tipe goed”</i> <i>“sit kos by voetent van bed neer, pasiënt kon nie regop kom nie, kon nie sit nie, niemand bied hulp”</i> <i>“kon nie op haar sy draai toe setpil insit, en verpleegkundige bied geen hulp aan nie en wag dat pasiënt self moet sukkel om te draai”</i></p>

Figuur 3.7 Sub-kategorieë en temas van die kategorie Terapeutiese omgewing (vervolg na bladsy 103).

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
TERAPEUTIESE OMGEWING	- Onsekerheid	<p>“ die ligte was nie eers aan nie.. hoe weet ek dat hulle</p> <p>“Onseker van die reuk ..”</p> <p>“onsekerheid wat op mens wag”</p> <p>‘ as mens hierso lê mens weet nie al die goed nie..”</p> <p>stories van buite van infeksie”</p> <p>“..mens kan so bang wees as jy daar lê”</p>
	-Vrees	<p>“ ek dink nie hulle weet hoe bang mens kan wees nie”</p> <p>“..weet nie wat hulle gaan doen..nie..nogal skrikwekkend”</p> <p>“ Bang gevoel.. jy’s op ‘n plek waar jy nie wil wees nie.”</p>
	- Skuldgevoel	<p>“voel skuldig om klokkie te lui” “..voel ek pla hulle -wil nie pla nie”</p>
	- Skaamte	<p>“skaam om vir pynmedikasie te vra”</p>

Figuur 3.7 Sub-kategorieë en temas van die kategorie Terapeutiese omgewing (vervolg vanaf bladsy 102)

Respondente in hierdie navorsing het na beide die fisiese en psigologiese omgewing verwys.

3.4.3.1. Fisiese omgewing

Die fisiese omgewing (gebou en toerusting) waarin pasiënte verpleeg word, behoort by te dra tot pasiënte se spoedige herstel. So ‘n omgewing behoort oor beperking van geraas en veiligheidsmaatreëls te beskik. Dit moet ook die voorkoms van medies geregtelike risiko’s te beperk, wat onder andere goeie infeksiebeheer insluit (Kozier, *et al.*, 2004:143-149, 420-421; Meyer, *et al.*, 2004:16-18). Respondente in hierdie navorsing na die stortfasiliteite en toerusting as deel van die fisiese omgewing verwys. Laasgenoemde word onder “toeganklikheid” bespreek (kyk 3.4.6).

3.4.3.2 Psigologiese omgewing

Volgens die SARV moet 'n psigologiese terapeutiese omgewing wat bevorderlik is vir die herstel van pasiënte, in die pasiënte se behoeftes van sekuriteit en veiligheid voorsien. So 'n omgewing moet dus van so 'n aard wees dat pasiënte nie emosies van angs en vrees sal ervaar nie en ook veilig genoeg sal voel om negatiewe gevoelens te kan verbaliseer (SANC, Draft Charter of Nursing Practise, 2004:intyds; Kozier, *et al.*, 2004:190, 263, 308, 917, 1016, 1229).

Die volgende elemente bevorder 'n psigologiese omgewing naamlik: vriendelikheid, gerusstelling, omgee en verpleegkundiges wat ingestel is op die pasiënt se behoeftes (Davis, 2005:126-1330; Lynn, Bradey, McMillen & Sidani, 2007:163-165). Wanneer pasiënte onsekerheid, vrees, skaamte en skuldige gevoelens beleef, is dit in kontras met die belewenis van om "veilig" te voel. Verder moet verpleegkundiges ook voldoende en toepaslike voorligting en inligting aan pasiënte verskaf (kyk 3.4.2.3.2).

Onder psigologiese omgewing het respondente na verpleegpersoneel se kommunikasie (kyk 3.4.2.3.2), gesindheid en ingesteldheid (kyk 3.4.2.2) asook hulle ondersteuning verwys. Pasiënte het verder ook belewenisse van onsekerheid, vrees, skuld en skaamte beleef, wat dui op 'n psigologiese omgewing wat nie emosioneel veilig is nie.

3.4.3.2.1 Basiese behoeftes

Virginia Henderson (Kozier, *et al.*, 2004:196-197; Tomey & Alligood, 2006:57) het reeds in die negentigerjare basiese behoeftes van die mens beskryf. Dit is die essensiële behoeftes wat nodig is om te kan funksioneer en dit sluit die volgende in: higiëne, slaap en rus, gemak, voeding, mobilisasie, uitskeiding, veiligheid, geestelike behoeftes, behoefte aan leer, aanvaarding en erkenning.

Tydens hospitalisasie kan pasiënte nie altyd self in hierdie behoeftes voorsien nie, en is hulle afhanklik van verpleegkundiges om hulle hiermee te help. Om geïndividualiseerde sorg te kan lewer, moet verpleegkundiges ook elke pasiënt beraam, ten opsigte van die mate van onafhanklikheid in die uitvoering van sy behoeftes. Dit wat hy/sy nie self onafhanklik kan uitvoer nie, moet die verpleegkundige mee help. Pasiënte in hierdie navorsing het slegs na die volgende basiese behoeftes verwys, naamlik veiligheid, slaap, voeding, higiëne, gemak en emosionele ondersteuning.

- *Veiligheid*

Die behoefte aan veiligheid en sekuriteit is 'n basiese behoefte van enige persoon en dit is ook die reg van elke pasiënt dat die hospitaalomgewing veilig sal wees (Kozier, *et al.*, 2004:144-145, 197, 671; Patient Right Charter, 2007:intyds). 'n Veilige hospitaal en saalomgewing verwys na beperkte voorkoms van medies geregtelike risiko's. Verpleegkundiges moet daarop ingestel wees om 'n veilige omgewing en verpleegsorg vir pasiënte te verseker en te handhaaf (South Africa. Patient Right Charter, 2007:intyds; Searle, 2008:256, 259-260; Kozier, *et al.*, 2004:144-145, 197, 671).

Sekuriteitsreëlings raak sake soos toegangbeheer en val nie in die raamwerk van hierdie navorsing nie.

Benewens fisiese veiligheid moet pasiënte ook psigologiese veilig voel. Die psigologiese veiligheid verwys onder andere na 'n pasiënt-verpleegkundige verhouding waarin die pasiënt veilig voel om selfs negatiewe gedagtes te opper (Kozier, *et al.*, 2004:197; Smeltzer & Bare, 2004:23). Die effektiewe wyse waarop verpleegkundiges die fisiese en psigologiese veiligheid (Searle, 2008; 256-259; Kozier, *et al.*, 2004:671) van pasiënte verseker dra by tot 'n positiewe belewenis van verpleegsorg wat weer aanduidend is van kwaliteit verpleegsorg wat gelewer is. Twee respondente het beleef dat hul veilig gevoel het.

"because I feel safe when a sister is also....e..... nearby to help with the turns"

Veldnota: hierdie respondent was in 'n motorongeluk en moes 'n korset dra weens 'n onstabiele rugfraktuur. Sy het dus veiligheid beleef as 'n professionele verpleegkundige teenwoordig was elke keer wanneer sy van posisie verander moes word.

Een respondent het dit as veiligheid beleef indien hy kon sien hoedat die verpleegkundiges die termometers skoonmaak na gebruik.

"..die koorspen en ek voel ook baie veiliger as sy dit daar staan en was en ek weet dit is myne"

Een respondent wat in 'n privaatkamer was, het die reuk afkomstig van 'n ander privaatkamer, as onveilig beleef toe hy aanvanklik nie geweet het wat die reuk veroorsaak het nie.

"net die pasiënt wat langs my ishet 'n erge siekte.. en daai tipe goeters en dis rêrig waar moeilik vir die pasiënte in die omgewing en..... vir die reuk wat uitkom en dit....mmmm ek moes op hulle skree.. ek weet nou nie ek is nie 'n mediese persoon nie en ek voel net daai kieme.. ...kan mos oorgedra word en ek voel dis nie reg nie.... skuif my eerder dan uit ... die gordyne kan toegemaak word ek gee nie om nie...., net dat my gesondheid bewaar is.... want ek weet nie... wat hom makeer nie ek sal eerder verkies dat hulle hom isoleer.... want ek is nie die enigste ou wat so voel nie...."

Ten opsigte van psigologiese veiligheid het een respondent opgemerk dat hy wel onveilig gevoel het, omdat hy die enigste pasiënt van 'n kultuurgroep was wat 'n vier-bedsaal met drie ander pasiënte van 'n ander kultuurgroep gedeel het.

"...dis net op een stadium dat ek bietjie onveilig gevoel het ..ek dink dis omdat ek die enigste blanke pasiënt was ene... ek het met die een suster Maxie gepraat... en ek is van 'n vierbed kamer na 'n privaat kamer...geskuif .ek het nie dieselfde caring gekry nie "

'n Omgewing wat vry is van omgewings- en medies geregtelike risiko's en waar verpleegpersoneel goeie pasiënt-verpleegkundige verhoudinge handhaaf, voorsien nie net in pasiënte se basiese behoeftes nie, maar bevorder ook die spoedige herstel van die pasiënte (Meyer, *et al.*, 2004:80; Searle, 2008:7).

- *Slaap*

Alle pasiënte wat siek is en pyn verduur het 'n behoefte aan rus, slaap en gemak (Kozier, *et al.*, 2004:1114; Gunther & Alligood, 2004:353-359; Wolf, *et al.*, 2003:391-396). Pasiënte se rus- en slaappatrone word negatief beïnvloed deur 'n vreemde hospitaalomgewing, 'n vreemde bed, hospitaalaktiwiteite wat geraas veroorsaak, pyn en bekommernis oor hul siektetoestand of operasie. Hiermee saam onderbreek verpleegkundiges pasiënte se rus en slaap deur hulle wakker te maak om roetine take uit te voer, soos die doen van post-operatiewe observasies, toedien van medikasie en saalrondtes.

Behalwe dat genoemde take uitgevoer moet word, is die wyse waarop dit gedoen word óf bevorderend vir pasiënte se slaappatroon óf dit steur die slaappatroon. Tydens saalrondtes behoort verpleegkundiges so stil as moontlik te werk te gaan en ook die minimum ligte aanskakel. Een respondent het selfs die voorstel gemaak dat verpleegkundiges van kopligte gebruik moet maak in plaas van die hele saal se ligte in die middel van die nag aan te skakel. Die respondent het ook beleef dat van die verpleegkundiges raas wanneer hulle rondtes doen terwyl ander verpleegkundiges dit saggies uitvoer.

"...maar van hulle kom hier in... sit die ligte aan... maak 'n groot lawaai...hoekom.... kanparty sag inkom en ander almal wakker maak... ek voel regtig hulle kan almal in die aand met kopligte werk..."

Drie van die respondente se belewenisse was dat hul nie genoeg slaap tydens hul verblyf in die hospitaal kry nie.

“...en in ag neem .. dat ‘n mens ... kan slaap... want mens kom op ‘n stadium dat jy...jou.... jou nag .. jy sukkel so om te slaap as... jy ‘n operasie gehad het en as jy dan aan die slaap raak, dan maak hulle jou kort –kort wakker ... om jou,....om jou te monitor ..ene...ek dink dit is partykeer oordoen...mmm....eee.....”

“... en drie- uur in die môre wat hulle die ligte komaansit om die beddens op te maak.. ek voel dis te vroeg... ek bedoel ‘n mens slaap.... nie juis in die hospitaal nie.. en net as ‘n mens dan slaap, dan word jy weer wakker...”

Die roetine uitvoer van verpleegaksies het dus met die slaappatroon van hierdie respondente ingemeng. Behalwe die onderbreking in respondente se slaappatroon, is geraas veroorsaak deur die infuus monitors se alarms wat afgaan, respondente se slaap verder versteur. Twee respondente het dit beleef dat verpleegkundiges nie altyd dadelik gereageer het op die alarms wat so lawaai het nie.

“.. en veral as die drip se alarmpie afgaan as die drip leeg is wat afgaan dan wag jy, en wag jy..... en dan druk jy die klokke en dan wag jy nog steeds soos gisteraand toe vat dit tien minute voordat my man .. vir hulle gaan roep..”

en die... dripmasjiene, maak reeds so ‘n groot lawaai as dit leeg isen dit lui lank voordat iemand kom kyk... kan hulle nie eerder gereeld meer rondtes kom doen nie ... want hulle weet mos..... min of meer wanneer dit sal leeg wees..”

Verpleegkundiges behoort gereeld rondtes te doen om infuusterapie te kontroleer en sodoende te voorkom dat infuse leegloop en die alarms laat afgaan.

- *Voeding*

Die bevordering en instandhouding van voeding is die verpleegkundige se verantwoordelikheid volgens SARV (Regulasie R2598. November 1984, soos gewysig). Pasiënte se voedingstatus en -patroon moet deurlopend beraam word.

Voorts moet verpleegkundiges toesien dat die maaltye gebalanseerd en aangepas is by die siektetoestand en verloop van die pasiënte. Verpleegkundiges moet ook toesig hou dat maaltye smaaklik en aantreklik aan pasiënte bedien word (Kozier, *et al.*, 2004: 1192-1193, 1201-1203; Smeltzer & Bare, 2004: 69, 72).

Volgens Thomas, *et al.* (1995:160) is pasiënte meer geneig om negatiewe response oor voedsel te lewer. Die kwantiteit, kwaliteit en bedieningstyd van die voedsel word gewoonlik gekritiseer. Een respondent het 'n positiewe belewenis ten opsigte van die voedsel ervaar terwyl vyf respondente negatiewe belewenisse daarvoor gehad het.

“...en die kos is uitstekend “

Van die negatiewe belewenisse was dat die voedsel koud was toe dit bedien is (een respondent) en twee respondente het die voedsel as te swaar en te veel vir die post-operatiewe tydperk beleef.

“..die koffie en tee is koud.....kos ...dieselfde ...temperatuur hou...as wat hulle skep...en ek voel hulle bring dit vir die pasiënt..en jy is nie nou... dadelik honger nie.....ee...hier.. langs die pasiënt se bed... byvoorbeeld na tien minute waarop die borde warm gehou kan word”

“.... Ook miskien... die kos... dis so swaar en nie 'n ligte iets soos 'n slaai of sosal lekker wees, veral as'n mens vir 'n dag of twee nie geëet het nie... ek kon regtig nie die kos eet nie .. dit was te veel.... en te swaar.. net die ontbyt was lig..”

Dit is belangrik om die oorgang vanaf nil per mond (pre-operatief) na 'n normale dieet (post-operatief) geleidelik gedoen word, ten einde komplikasies soos naarheid, braking en gastriese ongemak te voorkom (Kozier, *et al.*, 2004:920, Smeltzer & Bare, 2004:453). Pasiënte behoort dus na sekere chirurgiese ingrepe

eers nil per mond gehou te word en dan, afhangende of naarheid voorkom al dan nie, oorgaan na 'n vloeistof of sagte dieet.

Dit is egter kommerwekkend dat twee respondente geen kos ontvang het toe hulle dit wel moes kry nie. Een respondent se ontbyt moes gebêre word, want sy het tydens die ontbytyd vir toetse gegaan. Met haar terugkoms na die saal, was die kos weg en het sy geen ontbyt gehad nie. 'n Tweede respondent kon post-operatief 'n helder vloeistofdieet volgens die geneesheer se voorskrif ontvang. Vir 'n volle twee dae was hierdie voorskrif nie uitgevoer nie en het die pasiënt dors en honger gely. Dié respondent het die insident as uiters nalatig beleef.

“... net dat hulle ook gisteroggend my ontbyt vergeet het, iemand het gesê dat hulle my ontbyt moet bêre, want ek gaan vir toetse... en toe ek terugkom... toe weet niemand nie ... en toe vind hulle uit, nee maar iemand het gesê ek moet vir toetse gaan... en toe weet niemand nie, daai ou is toe dood....”

“ .. maar sy het geweet ek kan helder vloeistowwe kry wat hulle nooit vir my gegee het nie..ek het vir twee dae daar gelê, wat ek al kon gehad het wat hulle nie vir my gegee het nie en die Vrydagaand toe roep hulle my kind en sê sy kan vir my gaan vloeistowwe koop wat ek kan drink, so hulle het nooit vir my helder vloeistowwe gegee nie, nadat dr. Vermaak hulle gesê het, daar het hulle bietjie “opgeslip”,

“..maar ek was nie honger nie ..net verskriklik dors as..ek net kon water kry...maar hulle het nie vir my gegee nie..”

Dit is onaanvaarbaar dat pasiënte nie voedsel in die hospitaal ontvang nie. Dit dui beslis nie op lewering van kwaliteitverpleegsorg nie (Kozier, *et al.*, 2004:920; Smeltzer & Bare, 2004:453).

- *Higiëne*

Die instandhouding van higiëne dra by om pasiënte se gemak te verseker, hulle rustiger te maak en dit bied ook 'n geleentheid vir die verpleegkundige om die

pasiënt te kan observeer (Kozier, *et al.*, 2004:698-699). Verpleegkundiges moet by alle pasiënte 'n volledige beraming uitvoer om te bepaal of die pasiënte hulp met die handhawing van higiëne benodig en hulle moet toesien dat hulle daardie hulp kry (Kozier, *et al.*, 2004:698, 712; SANC. Regulations: Scope of Practice, 2007:intyds). Hierdie beraming moet nie net by toelating tot die hospitaal uitgevoer word nie, maar wel op 'n daaglikse basis en veral nadat die pasiënte ingrepe soos byvoorbeeld operasies ondergaan het. Wanneer daar effektief in pasiënte se behoeftes rakende higiëne voorsien word, beleef hulle dit positief en sien dit as kwaliteit verpleegsorg wat gelewer is (Wolf, *et al.*, 2003:391-396).

Een respondent se belewenis met handhawing van higiëne was negatief omdat sy as gevolg van oorgewig nie die baddens kon gebruik nie en haarself voor die wasbak moes was. Sy het drie keer die behoefte aan stortfasiliteite uitgespreek.

“ Baie, baie beslis storte... dit is absoluut 'n groot, groot leemte ... want dis eintlik jare al wat ek nie meer in 'n bad kan klim nie en die baddens is heeltemal te klein”

“ met 'n stort in vandag se tye is dit baie higiënies en..”

“..ding is, ek gooi vir my 'n handdoek voor die wasbak en ... ek bad myself ...maar op die handdoek.... waar ek was en afspoel met water... en my afdroog..... en dis hoe ek maar basies bad as ek in die hospitaal is..... want ek het nie 'n ander manier van bad nie.... en dis net die tye wat ek baie siek was, waar hulle my in my bed gewas het....”

Handhawing van higiëne is 'n eenvoudige maar tog kritiese verpleegaksie en verpleegkundiges behoort aanvaarbare aanpassings te maak waar pasiënte nie van beskikbare metodes gebruik kan maak nie.

- *Ondersteuning*

Volgens Searle (2008:256) benodig pasiënte sigbare bewyse dat die verpleegkundiges hulle ondersteun en besorgd oor hulle welstand is. Dit kan

gedoen word deur hulp aan pasiënte te verleen met die uitvoer van basiese behoeftes. Die verpleegkundige is verantwoordelik om hulp aan pasiënte, veral in die voorskryf, bevordering en instandhouding van basiese behoeftes te verleen (SANC. Regulations: Scope of Practice, 2007:intyds; Koziar, *et al.*, 2004:419-420; Tomey & Alligood, 2006:57). Pasiënte beleef verpleegsorg as negatief indien daar nie aan hulle hulp verleen word om hulle te help met eet, draai en gemaklik maak wanneer hulle dit benodig nie (Johansson, *et al.*, 2002:2: Attree, 2001:456-466).

Tydens die navorsing het twee respondente ondervind dat hul geen hulp ontvang het, ten opsigte van gemak, posisionering en etes nie.

“..... en toe ek sukkel om my kussings reg te kry, het net niemand ingekom om my te vra : hoor hier is jy gemaklik nie “

“.. net dat ook hulle sit my kos ...daar neer (wys na die voetenent van die bed waar die oorbedtrollie staan)... ek kan nie regop kom nie, ek het ‘n kateter in...ek kan nie eers sit nie, my lieste is so seer ek wil nie my bene beweeg nie, ek kom nie daar uit nie... niemand vra.. moet ek jou bed vir jou...hoër stel of..kan ek ‘n kussing agter jou rug insit of...so nie .. jy spook letterlik dat jy papnat gesweet is om net so te kom...ek het gelê en geëet, soos wat ek nou lê, het ek net die ding nader aan my getrek en gelê en eet

‘n Ander respondent was nie in staat om die posisie in te neem wat nodig was vir die uitvoer van ‘n prosedure nie. Sy het dit baie onaangenaam beleef omdat die professionele verpleegkundige haar nie hiermee wou (kon) help nie.

“..... gisteraand toe die suster..vir my... ‘n suppositrie kom insit het... toe sê sy vir my... draai op jou sy.....eee....gisteraand ...was vir my moeilik om op my sy te kom....as iemand..as sy net haar arm aangebied het en net my gehelp het om om te draai... maar as.. sy het net gestaan en gewag tot ek nou...hierdie kant toe... dan daai kant toe... op die ou end het ek met groot gesukkel op hierdie kant se sy gekom...en.....”

Veldnota: Die nagsuster is deur die pasiënt as ouerig beskryf. Die betrokke verpleegkundige is naby aftree-ouderdom en het 'n paar maande gelede 'n knie vervanging gehad.

Dit is 'n tendens wêreldwyd dat die meerderheid van verpleegkundiges ouer persone is. Ouer verpleegkundiges vind dit moeilik om tred te hou met die werkslading (Letvack & Buck, 2008:159-165; Tourangeau, *et al.*, 2006:4-8). Indien verpleegkundiges nie meer in staat is om die werkslading te kan hanteer nie, kan pasiënte dit negatief beleef.

- *Onsekerheid*

Wanneer pasiënte inligting het of ingelig is, lei dit tot sekerheid. Pasiënte ervaar onsekerheid wanneer hulle nie die verlangde inligting rakende hul siekte, diagnoses of prosedures wat uitgevoer gaan word, ontvang nie (Bowles, *et al.*, 2001:347-354; McCabe, 2004:41-49; Peterson, Charles, DiCenso & Sword, 2005:673). Onsekerheid kan aanleiding gee tot angstigheid en dit lei tot 'n negatiewe belewenis van kwaliteit verpleegsorg.

Twee respondente het drie keer in hierdie navorsing na onsekerheid verwys.

“ die ligte was nie eers aan nie...hoe weet ek.of hulle hande gewas het.”

“..onsekerheid wat op jou wag”

“.. en jy weet nie... wat.... hulle met dit gaan doen nie... en dis nogal . dit is as 'n mens nie weet wat , wat dit is.. en wat hulle gaan doen nie....”

Een van bogenoemde respondente het ook onseker gevoel oor die oorsprong van 'n onaangename reuk waarvan hy bewus geword het. Hy het ervaar dat dit sy gesondheid kon benadeel. Die reuk was afkomstig vanaf 'n pasiënt in die kamer langs syne. Die pasiënt het 'n kolostomie gehad en die skoonmaak van

die kolostomie sakkie het die onaangename reuk veroorsaak. Die respondent het die verpleegkundiges kwalik geneem omdat hulle hom nie daarvoor ingelig het nie.

“ ..onseker van die reuk langsaan..en ek voel daai kieme...kan mos oorgedra word..ek voel dis nie reg nie...skuif my dan uit dat my gesondheid bewaar is.. “

Verpleegkundiges behoort na pasiënte se vrae te luister al het dit nie betrekking op hulle diagnose of vordering nie, aangesien dit hulle gemoedsrus kan beïnvloed (kyk 3.4.2.4.) en sodoende hulle positief of negatief teenoor verpleegsorg laat.

- *Vrees*

Vrees is 'n emosie of gevoel van besorgdheid wat opgewek word deur dreigende, skynbare of waarneembare gevaar. Die vrees kan voorkom in reaksie op iets wat alreeds gebeur het, 'n reaksie op 'n huidige bedreiging; of 'n reaksie op iets wat 'n persoon glo nog gaan gebeur (Kozier, *et al.*, 2004:1017; Smeltzer & Bare, 2004:746). Pasiënte ervaar vrees vir die onbekende, soos byvoorbeeld hospitalisasie en chirurgie. Hierdie vrees kan beperk word indien pasiënte voldoende inligting ontvang (Searle, 2008:256; Lumby & England, 2000:140). Twee respondente het drie keer hul belewenis van vrees uitgespreek.

“ .’n.mens kan so bang wees as jy daar lê..ek dink nie hulle weet hoe bang ‘n mens kan wees as jy daar lê nie....”

“ .. bang.... Jy weet ‘n ...mens is skrikkerig... jy is nou hier.. en jy is nie... op ‘nop ‘n plek... hoe kan ek sê.. op ‘n plek waar jy weet.... ek dink dit maak ‘n mens nogal bietjie benoud.....”

“ ‘n mens is mos maar bang as jy inkom... want jy hoor so baie dinge....., ‘n mens hoor mos maar altyd stories... buite.... van mense wat ...infeksies kry ...en al sulke dinge...

dan is 'n mens maar bang om hospitaal toe te kom deesdae....."

Die hantering van pasiënte se vrees deur inligting te gee, veroorsaak 'n gevoel van veiligheid (Searle, 2008:256; Meyer, *et al.*, 2004:124-125; Lumbey & England, 2000:140) wat 'n belewenis van lewering van kwaliteit verpleegsorg tot gevolg het.

- *Skuldgevoel*

Pasiënte voel soms skuldig om die verpleegkundiges wat so besig voorkom te vra as hulle (pasiënte) hulp nodig het (Henderson, Van Eps, Pearson, James, Henderson & Osborne, 2007:146-153; McDonald, *et al.*, 2000:70-75). Twee respondente het dit ook tydens die navorsing genoem dat hulle skuldig gevoel het om die klokkie te lui, aangesien hulle nie die verpleegpersoneel wou pla nie.

"...en 'n ...ek voel skuldig om my klokkie te lui om te sê , hoor hier, asseblief kom help net om my kussings reg te sit, of soos die eerste keer toe ek gisteraand opstaan het, toe voel ek half duiselig en so en jy weet toe voel ek half skuldig om die klokkie te lui, want dit voel vir my ...ek pla hulle en ek wil hulle nie pla nie, en toe ek sukkel om my kussings reg te kry.."

Verpleegkundiges moet aan pasiënte voldoende voorligting rakende pynverligting verskaf, asook gereeld rondtes doen om te verhoed dat pasiënte skuldig voel om verpleegkundiges te raadpleeg (McGilton, *et al.*, 2003:151-156; Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007:316-318).

- *Skaamte*

Verpleegkundiges moet pasiënte inlig dat dit hulle reg is om vir pynmedikasie te vra en hulle dus nie daarvoor skaam hoef te voel nie (Kozier, *et al.*, 2004:1139-1151; Zalon, *et al.*, 2008:93-101).

Een respondent was ook te skaam om vir pynmedikasie te vra. Sy het probeer om die pyn te verduur wat tot nadeel van haarself gelei het.

“... daar is ouens soos ek wat te skaam is om te vra.vir pynmedikasie... en nie wil pla nie..”

Pasiënte kan ook sekere wanopvattinge rakende pynverligting hê soos byvoorbeeld dat hulle verwag dat hulle 'n sekere mate van pyn moet ondervind, en dat hulle nie onnodig verpleegpersoneel wil pla vir pynmedikasie nie (Phipps, *et al.*, 2003:216, 217; Kozier, *et al.*, 2004:1139-1151). Dit is onder andere die rede waarom sekere pasiënte nie pyn medikasie versoek nie. Pasiënte ervaar pyn ook verskillend en reageer verskillend daarop (kyk 3.4.2.3.3).

3.4.4 Aanvaarbaarheid

Nog 'n kenmerk van kwaliteit verpleegsorg is dat die sorg wat gelewer word, wetlik, eties verantwoordbaar en kultureel aanvaarbaar moet wees (Muller, 2008:200). Wetlik aanvaarbaar beteken dat die verpleegsorg wat gelewer word, binne die raamwerk van die lands- en professionele wette (SANC. Wet op Verpleging. No 50 van 2005. 2007:intyds) moet val.

Etiese verantwoordbare optrede beteken dat verpleegkundiges etiese beginsels soos verantwoordbaarheid, toegewydheid, respek vir selfbeslissing, ingeligte toestemming, privaatheid en konfidensialiteit in die uitvoering van hul praktyk sal nakom (Pera & van Tonder, 2005:46-56; Mellish & Paton, 2008:6-9). Lewering van kulturele aanvaarbare verpleegsorg verg 'n bewustheid en aanvaarding van verskillende kulturele oortuigings. Pasiënte se verskillende geloof, waardes, kultuur, geslag en sosiale status moet gerespekteer word en geen onderskeid moet in die verpleegsorg wat gelewer word, op grond hiervan gemaak word nie (Mellish & Paton, 2008:106-107; Kozier, *et al.*, 2004:206).

Figuur 3.8 dui die sub-kategorieë en temas van “Aanvaarbaarheid” aan.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
AANVAARBAARHEID	Eties <ul style="list-style-type: none"> • Toegewyd 	<i>“Hulle is baie goed, betroubaar en toegewyd”</i> <i>“verpleegpersoneel hulpvaardig”</i> <i>“hulle het goeie werk gedoen (as hulle vanaand by die huis kom, kan hulle tevrede voel)”</i> <i>“good and dilligent”</i> <i>“..by die hospitaal is nie soos by Provinsiaal waar hulle slaap gedurende die nag nie.”</i> <i>“baie verander..asof hulle nie toegewyd is teenoor hul werk nie”</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Privaatheid Kultureel <ul style="list-style-type: none"> • Kultuursensitief 	<i>“I was ... already naked waiting.”</i> <i>“as wat hulle sommer net begin oopruk en pluk en .”</i> <i>“ jy sit kaal en hulle gooi nie iets oor jou nie.. dit was sleg..”</i> <i>“swart of wit.het nie gevoel daar is ‘n onderskeid nie”</i> <i>‘ die swart susters..meer by hulle eie mense”</i> <i>“ was vir hulle gemakliker om..met hulle in haar taal te kommunikeer as met my..”</i>

Figuur 3.8 Sub-kategorieë en temas van aanvaarbaarheid

Alhoewel aanvaarbaarheid uit verskeie aspekte soos reeds genoem bestaan, het respondente net na die sub-kategorieë toegewydheid en privaatheid verwys.

3.4.4.1 Etiese verantwoordbaarheid

Ten einde eties verantwoordbaar te kan optree, moet die verpleegkundige etiese beginsels in die verpleegpraktyk nakom. Van die etiese beginsels is toegewydheid, hulpvaardigheid en om die privaatheid van die pasiënt deurentyd te beskerm (Muller, 2008:66; Mellish & Paton, 2008:117-118). Om eties verantwoordbaar op te tree, is die verpleegkundige vir haar daade en versuime verantwoordbaar en moet sy oor die nodige vermoëns (kennis, vaardighede, houding en waardes) beskik, asook te alle tye verantwoordelik optree in die

pasiënt se belang om toegewyde verpleegsorg te kan lewer (Muller, 2008:52-59; Searle, 2008:72, 159, 165, 174-175, 199; SANC, 2007:intyds).

3.4.4.1.1. Toegewydheid

In verpleegsorg dui toegewydheid ook op omgee of “caring” wat ‘n belangrike aanwyser van kwaliteitverpleegsorg is (Mellish & Paton, 2008:108-109, 160; Muller, 2008:200). Toegewydheid word beskryf dat die verpleegkundiges hulle verbind daartoe om veilig te kan praktiseer, deernisvol betrokke by pasiënte te wees en te alle tye persoonlike integriteit te handhaaf (SANC. Charter of Nursing Practice, 2004:online). Die publiek verwag dat verpleegkundiges sal omgee, toegewyd wees en ‘n vier en twintig uur diens lewer (Pera & van Tonder, 2005:11, 74; Takase, *et al.*, 2005:341-342).

Een respondent het ook die opmerking gemaak dat personeel deurentyd toegewyd was.

“.....Really I can see it,...really they are working... they are working, is not like other hospitals especially the Provincial or... yes.....hospitals where you find that sisters and nurses do sleep during the night just to take a nap then they will wake up in the morning.... no ... here it is not like that.....”

Drie respondente het ervaar dat die verpleegkundiges toegewyd is aan hul werk en goeie omgee-verpleegsorg gelewer het. Hulle het dus ‘n postiewe belewenis van toegewydheid ervaar, wat ook ‘n belangrike aanwyser van kwaliteitverpleegsorg is (Pera & van Tonder, 2005:6, 11-16; Searle, 2008:250; 263).

“ ...they are good and diligent..”

“..maar ek dink ook die mense wat met my gewerk het, kan regtig so voel..... so as hulle vanaand by die huis kom, dan kan hul tevrede voel, want ek het vandag ‘n goeie werk gedoen....ja.”

Die positiewe belewenis ten opsigte van toegewydheid is in ooreenstemming met wat in die literatuur beskryf is. Dougall, Russell, Rubin & Ling (2000:53-62) en Edwards (2000:417-424) meld dat pasiënte ervaar dat verpleegkundiges toegewy is aan hulle werk en “die beste doen wat hul kan!”.

“Actually the nurses are trained to do their level best, but ...what I...Ieee.. ..realize..”

Slegs een respondent het dit beleef dat verpleegkundiges nie meer so toegewyd aan hul werk is nie. Die respondent was tien jaar gelede ook in die hospitaal opgeneem en na haar mening is die toewyding nie meer dieselfde nie.

“..dat dit baie verander het..... dit is nie asof hulle ... nie toegewyd is teenoor hulle werk nie..... hulle lyk asof hulle besig is... maar hulle float maar net hier rond....”

3.4.4.1.2 Privaatheid

Pasiënte se reg tot privaatheid beteken dat privaatheid in die uitvoer van prosedures gehandhaaf moet word, privaatheid van sy diagnose en ook persoonlike inligting moet te alle tye beskerm word (South Africa. Patient Right Charter, 2007:intyds; Pera & van Tonder, 2005:36-37).

Een respondent het beleef dat haar privaatheid nie gerespekteer is nie omdat die verpleegkundige voor die uitvoer van ‘n prosedure haar lakens afgestroop en haar so ontbloot het. Twee ander respondente het ook melding gemaak dat hul nakend moes sit en wag, nadat hul gewas het totdat die verpleegkundiges hulle kom help aantrek het.

“ ...hulle sommer net begin oopruk en pluk entekere gegaan...”

“..I was already naked waiting....to assist me with the drip..”

“..jy sit kaal en hulle gooi nie iets oor jou nie..”

Drie respondente se belewenis was dat hulle privaatheid in hierdie navorsing geskend is, ongeag die feit dat die handhawing van privaatheid van pasiënte tydens prosedures baie duidelik in die Prosedure Handleiding van die privaathospitaal (Heigan, 2006) sowel as literatuur (Pera & van Tonder, 2005:36-37; Mellish & Paton, 2008:108) uitgespel is.

3.4.4.2 Kulturele aanvaarding

Die behandeling wat op 'n pasiënt uitgevoer gaan word en die verpleegkundige se optrede, moet in die pasiënt se kultuur aanvaarbaar wees (Mellish & Paton, 2008:166-168; Pera & van Tonder, 2005:167; Searle, 2008:392). Kulturele aanvaarding asook 'n bewustheid van verskillende kulture word deur Burkhardt & Nathaniel (2002:338) beskryf as die kennis oor waardes, geloof en gedrag van kulture anders as jou eie te hê. As 'n pasiënt se kultuur eerbiedig word, lei dit tot 'n positiewe belewenis en 'n ervaring dat kwaliteit verpleegsorg gelewer is.

3.4.4.2.1 *Kultuursensitiwiteit*

Kulturele sensitiwiteit, is volgens Burkhardt & Nathaniel (2002:338) en Kozier, *et al.* (2004:207) die vermoë om pasiënte se kultuur in ag te neem, in die verpleegberaming in te sluit en verpleegsorg so aan te pas dat dit sover moontlik die pasiënte se kultuurbehoefte akkomodeer.

Om kwaliteit verpleegsorg te lewer, moet die verpleegkundige konstant bewus, ingelig en sensitief wees vir kulturele verskille wat wel bestaan, sodat daar nie struikelblokke en diskriminasie ten opsigte van kulturele sensitiwiteit kan ontstaan nie (Mellish & Paton, 2008:166-168; Kozier, *et al.*, 2004:207-208; 216-218). Een respondent het ondervind dat daar geen onderskeid in verpleegsorg ten opsigte van persone van verskillende kulture waargeneem kon word nie.

“..swart of wit.. het nie gevoel daar is ‘n onderskeid nie”

Kulturele onsensitiwiteit kan ontstaan wanneer die verpleegkundige nie sensitief genoeg vir die pasiënt se voorkeure en behoeftes is nie, byvoorbeeld as hul nie mekaar se taal magtig is nie (Mellish & Paton, 2008:166; Du Toit & van Staden, 2006:41). Slegs een respondent het beleef dat hy minder goeie sorg ontvang het, omdat die verpleegkundiges nie in sy eie taal nie, maar in ‘n taal gekommunikeer het wat hy nie kon verstaan nie.

“..voel ...ek het baie minder caring gekry...as wat hulle gekry het, ... want dit was vir hulle .. die swart susters, dit was vir hulle....gemakliker om....met hulle in haar taal te kommunikeer as waar hulle met my.... ek het net gevoel...dat partykeer...hulle my vermy het....”

Dit word ook in die literatuur bevestig dat verpleegsorg verleen aan persone van verskillende kulture kan verskil. Beter verpleegsorg word verleen aan pasiënte van dieselfde kultuurgroep as die verpleegkundiges (Sequist, Fritzmaurice & Marshall, 2008:168).

3.4.5 Toeganklikheid

Toeganklikheid as kenmerk van kwaliteit verwys na die voorsiening van bevoegde personeel en die voorsiening van die nodige fasiliteite en toerusting om ‘n kwaliteit diens te kan lewer (Muller, 2008: 83-84, 87, 95-98, 122, 201; Booyens, 2000:303). Die Departement van Gesondheid het ook die toegang tot gesondheidsorg as ‘n belangrike pasiëntereg beskryf (South Africa. Patient Right Charter, 2007:intyds). Hierdie toeganklikheid sluit die voorsiening van gesondheidsorg deur bevoegde personeel in ‘n toeganklike omgewing wat sy/haar behoeftes aanspreek, in.

Figuur 3.9 dui die sub-kategorieë en temas van toeganklikheid aan.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
TOEGANKLIKHEID	Bevoegde personeel	Sien professionele gedrag (punt 3.4.2)
	Toerusting <ul style="list-style-type: none"> • Klokkies 	<i>“tegnologie goed verbeter, in verlede moes altyd verpleegster roep, klokkies werk goed”</i> <i>“klokkie gister nie gewerk nie”</i> <i>“klokkie nie reg gedruk nie”</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Termometers 	<i>“verkies eie termometer”</i> <i>“eerder vir elke pasiënt eie elektroniese koorspen”</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Beddens 	<i>“beddens met ‘remotes’ werk baie goed</i> <i>“ geen storte ‘n leemte.”</i> <i>“ pas glad nie in ‘n bad nie, en moes op ‘n handdoek staan voor wasbak en so staan en bad “</i>
	Fasiliteite <ul style="list-style-type: none"> • Stortfasiliteite 	

Figuur 3.9 Sub- kategorie en temas van die kategorie toeganklikheid

3.4.5.1 Bevoegde personeel

(Sien 3.4.2 *Professionele voorkoms en gedrag*)

3.4.5.2 Toerusting

Kwaliteit verpleegsorg kan alleenlik gelewer word as daar voldoende toerusting van ‘n hoë kwaliteit beskikbaar is, sodat daar in die behoeftes van die pasiënte voorsien kan word. Die beskikbaarheid van voldoende toerusting veroorsaak verder ook dat die verpleegkundiges se werksproduktiwiteit verbeter en dit lei tot lewering van kwaliteitsorg (Muller, 2008:200; Booyens, 2000:264). Pasiënt-tevredenheid met die kwaliteit van verpleegsorg word ondervind in hospitale wat van goed toegeruste toerusting en fasiliteite, sowel as die nuutste tegnologie gebruik maak (Cheng, *et al.*, 2003:346-353).

Drie van die vyftien respondente in hierdie navorsing het die toerusting effektief beleef.

3.4.5.2.1 Klokkies

Klokkies word beskou as 'n belangrike kommunikasie-middel tussen die verpleegkundige en die pasiënt en indien dit nie in 'n goeie en werkende toestand is nie, kan die pasiënt die kwaliteit van sorg as negatief beleef (Meade, *et al.*, 2006:64; Johansson, *et al.*, 2002:337-344; Gunther & Alligood, 2002:353-359).

Drie respondente in die navorsing se belewenis was dat die klokkies goed gewerk en verpleegkundiges dadelik reageer het as die klokkies gelui het.

"The bells worked very well..... technology we have now..... in the past we had to shout.. they respond..... very quickly"

Daarteenoor was drie ander respondente se belewenis ten opsigte van die werking van klokkies negatief.

"..die klokkie in die badkamer het nie gister gewerk...en ek moes dit lui vir die ander pasiënt"

Een van die respondente wie se ervaring negatief was het baie pyn verduur. Hy het egter agterna besef dat hy die klokkie nie op die regte wyse gedruk het nie.

" .. ek het die klokkie gedruk en so aan.. en niemand het gekom nie..."

In hierdie navorsing was daar dus ewe veel respondente wat 'n positiewe sowel as 'n negatiewe belewenis rakende die werking van klokkies gehad het.

3.4.5.2.2. Termometers

Indien dieselfde toerusting of apparaat vir verskeie pasiënte gebruik moet word, bestaan daar 'n hoë risiko vir die voorkoms van kruisinfeksie. Ten einde kruisinfeksie te voorkom moet goeie aseptiese maatreëls geïmplementeer word. Termometers is een van die toerusting wat by herhaling vir verskillende pasiënte gebruik moet word en val in die kategorie (Kozier, *et al.*, 2004:145,641).

In die hospitaal waar die navorsing plaasgevind het, is dit die beleid dat elke termometer, na elke gebruik skoon gemaak en gedisinfecteer moet word. Volgens die beleid word termometers in twee houers 'n "skoon" en "vuil" houer hanteer (Medi-Clinic Corporate Infection Control Policy, 2008:008).

Ongeag bogenoemde beleid, het een respondent dit beleef dat die prosedure nie effektief is nie en het hy daarop aangedring om sy eie termometer te hê.

".. ek voel eintlik moet elke pasiënt sy eie koorspen by hom hê.....ek het gevra ek wil my koorspen in my kamer hou.... en hulle het aan my versoek voldoen... maar die susters vergeet nog steeds en ek het dit aan hulle verduidelik.. haal my koorspen uit en was dit,sit dit dan in my kamer by die wasbak....maar die probleem is,dit dring nie in by hulle nie..... en hulle doen dit op die ou manier..... met die twee bakkies, die vuiles en die skones... hoe weet ek in.... watter bakkie gebruik hulle die koorspenne... my gesondheid is belangrik.. ek gee nie om , om daai koorspen te gebruik nie....maar dan reik hom vir my uit .."

Dit is egter nie die hospitaal se beleid om vir elke pasiënt tydens opname 'n termometer uit te reik nie.

3.4.5.2.3 Beddens

Aangesien pasiënte meestal bedgebonde is vir lang periodes wanneer hul siek is, is dit noodsaaklik dat beddens en matrasse van 'n hoë kwaliteit sal wees om gemak en rus te kan verseker (Kozier, *et al.*, 2004:745). Die elektroniese beddens wat in gebruik is, was ook deur een respondent positief beleef.

“toe ek hier was toe het ek 'n nuwe bed gekry die een met die remote... maar toe vra ek vir 'n outydse bed,.. want toe ek laas kom bring ek my eie drie vier kussings saam.. al die jare vat ek dit saam en ... hierdie keer het ek nie een kussing saam gebring nie ..want die nuwe bed is so lekker... jy werk hom met die remote soos jy hom wil hê, jy kan hom in die middel 'n stuk laat opkom ensoos wat jy hom wil hêom vir jou gemaklik te maak en vernaam hom... vir mywat basies net op my rug kan lê ...’

Beddens wat elektronies hoër en laer kan verstel, verseker deurlopende gemak aan die pasiënt wat 'n positiewe belewenis van verpleegsorg is (Kozier, *et al.*, 2004:746).

3.4.5.3 Fasiliteite

Met fasiliteite word verwys na die fisiese omgewing en gebou-struktuur soos die kamers en badkamers (Booyens, 2000:260; Kozier, *et al.*, 2004:671, 682). Fasiliteite moet effektief en doeltreffend benut kan word om 'n terapeutiese omgewing daar te stel om aan 'n pasiënt se behoeftes te voldoen sodat kwaliteitsorg ervaar kan word (Kozier, *et al.*, 2004:671, 682; Booyens, 2000:258; Mellish & Paton, 2008:71). In hierdie navorsing is slegs na die stortfasiliteite verwys.

3.4.5.3.1 Stortfasiliteite

Pasiënte wat onafhanklik is en self in hul higiëniese behoeftes kan voorsien, neem gewoonlik 'n bad of stortbad (Kozier, *et al.*, 2004:698-699). (kyk 3.4.3.1.1).

In die hospitaal waar die navorsing uitgevoer is, is daar egter slegs badfasiliteite en nie stortfasiliteite beskikbaar nie. Een pasiënt het die afwesigheid van stortfasiliteite sodanig as negatief beleef dat sy twee keer daarna verwys het.

“Baie, baie beslis storte... dit is absoluut ‘n groot, groot leemte ... want dis eintlik jare al wat ek nie meer in ‘n bad kan klim nie en die baddens is heeltemal te klein”

“met ‘n stort in vandag se tye is baie higiënies en..”

Nie alle pasiënte kan van die badfasiliteite gebruik maak nie, en in die geval was die pasiënt fisies te groot om in die bad te pas. Sy het dit as ‘n leemte beleef dat daar nie stortfasiliteite beskikbaar was nie, en die toeganklikheid van die fasiliteit nie as ‘n kwaliteitsorg ervaar nie (Booyens, 2000:258; Johansson, *et al.*, 2002:399-340; Mellish & Paton, 2008:71).

3.4.6 Pasiënt-tevredenheid

Die laaste eienskap van kwaliteit wat in die literatuur beskryf word, is dat kliënte tevredenheid met die sorg moet ervaar (Muller, 2008:201; Searle, 2008:229; Jooste, 2003:262-263; Booyens, 1998:595). Die outeurs beskryf kliënte in hierdie konteks as die pasiënt, familie, geneesheer, bestuur en die verpleegkundige betrokke by ‘n afdeling.

Die konsep pasiënt-tevredenheid word gedefinieer as die pasiënt se subjektiewe evaluasie van hul kognitiewe sowel as ‘n emosionele reaksie van hul belewenis van die verpleegsorg. ‘n Belewenis van tevredenheid sal afhang van hul verwagtinge van ideale verpleegsorg en hul persepsies van die werklike verpleegsorg wat hul ontvang het (Oermann, Lambert & Templin, 2000:242; Schmidt, 2003:393; Mrayyan, 2006:226).

Volgens die Picker Institute (2007:intyds) moet volledige onderhoude rakende pasiënte se belewenis van hul verpleegsorg verkry word, in plaas daarvan om met slegs 'n Lickert -skaal pasiënte se tevredenheid met verpleegsorg te bepaal.

Die belewenis van pasiënt-tevredenheid hou die volgende voordele in:

- Indien pasiënte tevrede is met verpleegsorg toon hulle beter samewerking met hul behandeling (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2002:645-654; Wolf, *et al.*, 2003:391-396);
- 'n Tevrede pasiënt sal ook weer van die dienste gebruik maak (Coyle & Williams, 2001:450-459; Little, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould, Ferrier & Payne, 2001:908-911; Peterson, *et al.*, 2005:6) ;
- Probleme kan geïdentifiseer en aangepreek word (Cheng, *et al.*, 2003:345-355; Ervin, 2006:126-130; Henderson, *et al.*, 2007:146-153).

Figuur 3.10 dui die sub-kategorieë en temas van die kategorie pasiënt-tevredenheid aan.

KATEGORIE	SUB-KATEGORIE	TEMA
PASIËNT-TEVREDENHEID	Tevredenheid beleef	<i>"dis regtig dis baie goeie diens"</i> <i>"..dit was puik, baie goed"</i> <i>"ek het uitstekende diens ontvang"</i> <i>" I received good care"</i> <i>"..ek was baie tevrede.."</i> <i>"verpleegsorg is baie goed"</i>
	Tevredenheid nie beleef	<i>"ek was so 10 jaar gelede ook hier..en ek kan sien dat dit baie verander het...dit is asof hulle...dit agteruitgegaan het.."</i> <i>"(careworkers)..of of...vir hulle wysof.. iets met hulle doen.. ek meen... ek verstaan dit maar ..die een wat langsaan is.."</i>

Fig. 3.10 Sub-kategorieë en temas van die kategorie pasiënt-tevredenheid

3.4.6.1 Tevredenheid beleef

Pasiënt-tevredenheid word as 'n belangrike aanwyser van kwaliteitverpleegsorg en ook as 'n verwagte uitkoms van verpleegsorg beskou (Larrabee & Bolden, 2001:34-60; Hudak, *et al.*, 2004:718; Tomlinson & Clifford, 2006:764). Mrayyan (2006:226) beskryf pasiënt-tevredenheid as die kongruensie van pasiënte se verwagtinge van wat die nodige verpleegsorg is en die pasiënte se belewenis van die werklike verpleegsorg wat hulle ontvang het. Pasiënte maak 'n subjektiewe evaluasie van die belewenis van verpleegsorg wat hul ontvang het. Die belewenis kan kognitief en/of emosioneel wees (Oermann, *et al.*, 2000:242; Schmidt, 2003:393; Mrayyan, 2006:226).

In hierdie navorsing het pasiënte spontaan hul belewenis van die verpleegsorg wat hul ontvang het, gedeel. 'n Positiewe belewenis van verpleegsorg dui daarop dat tevredenheid beleef is en kwaliteit verpleegsorg sodoende gelewer is.

Die meerderheid (elf)⁹ pasiënte het tydens die navorsings aan die begin van die onderhoud hul tevredenheid met die diens te kenne gegee en daarna spesifieke ervaring en belewenisse gedeel wat hul of positief (nege en vyftig response) of negatief (drie en twintig response) ervaar het.

“..dis regtig ...dis baie goeie diens”

“ dit was puik, baie goed”

“ ek het uitstekende diens ontvang”

“ek was baie tevrede..”

⁹ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die uitsette uit te wys.

3.4.6.2 Tevredenheid nie beleef nie

Pasiënte beleef verpleegsorg as negatief indien daar nie aan hulle verwagtinge en behoeftes voldoen word nie (Johansson, *et al.*, 2002:337-344; Schmidt, 2003:393-399; Davis, 2005:126-133). 'n Negatiewe belewenis van die verpleegsorg in hierdie navorsing dui daarop dat respondente minder tevrede met die verpleegsorg was.

Slegs **een** respondent het **prontuit te kenne** gegee dat die diens in tien jaar baie verander en verswak het. Sy het die stelling gemaak omdat sy tien jaar gelede ook in dieselfde saal van die hospitaal opgeneem was. Sy het dus 'n vergelyking van die verpleegsorg -lowering van die twee keer wat sy opgeneem was getref. Dit moet in gedagte gehou word dat so 'n vergelyking subjektief van aard is.

“..ek was so 10 jaar gelede ook hier met 'n histerektomie, en ek kan sien ... dat dit baie verander het..... dit is nie asof hulle..... dit het agteruit gegaan..”

'n Ander respondent wat self 'n assistent-verpleegster is, het die verpleegsorg oor die algemeen goed beleef, maar slegs ervaar dat die lekerkers (“careworkers”) doelloos rondwaal. Dit het haar die verpleegsorg as swak laat beleef.

*“..moet rêrig n plan maak met hulle (careworkers)..of of....vir hulle wysof.. iets met hulle doen.. ek meen... **ek verstaan dit** maar ..die een wat langsaan lê...**weet dit nie** en ..**hulle dink** die diens is power ...”*

Die respondent was van mening dat die lekerkers (“careworkers”) nie 'n goeie 'n indruk skep nie deurdat hulle doelloos in die sale rondwaal. Dit skep die indruk van swak kwaliteitverpleegsorg by pasiënte wat nie weet dat hul tydelike werkers is nie (kyk 3.4.1.2.2).

3.5.SAMEVATTING

In die geheel gesien, het die meerderheid van die pasiënte die verpleegsorg positief beleef. Negatiewe insidente het voorgekom en wissel van minder ernstige insidente (lekewerkers wat doelloos ronddwaal) tot ernstige insidente soos waar pasiënte se kos vergeet is, pasiënte oningelig oor pynmedikasie gelaat is en pasiënte nie goeie kommunikasie beleef het nie, wat tot onsekerheid en vrees gelei het.

In die volgende hoofstuk sal die bevindinge bespreek en gevolgtrekkings gemaak word.

HOOFSTUK 4

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

4.1 INLEIDING

Oor die laaste twee dekades was daar toenemende belangstelling, oor hoe pasiënte die verpleegsorg ervaar en beleef het (Thomas, *et al.*, 1995:153-163; Johansson, *et al.*, 2002:337-344; Pickert Institute, 2007:intyds; Muntlin, *et al.*, 2006:1045-1056; Peterson, *et al.*, 2005:672-681; Staniszewska & Henderson, 2004:185). Pasiënte se subjektiewe belewenis van wat hulle as kwaliteit verpleegsorg beleef, moet dus as aanwyser van kwaliteit verpleegsorg ondersoek word (Attree, 2001:456-466; Clemes, *et al.*, 2001:3; Johansson, *et al.*, 2002:237; Meade, 2006:59; Erwin, 2006:26).

Kwaliteit verbeteringsinisiatiewe lê ook klem op die identifikasie van pasiënte se unieke behoeftes van verpleegsorg asook die belewenis wat hul ervaar of hierdie behoeftes ontmoet is of nie (Meade, 2006:59; Erwin, 2006:26; Johansson, *et al.*, 2002:237; Picker Institute, 2007:intyds).

Pasiënte se **belewenisse** van die verpleegsorg word verder gebaseer op hul verwagtinge van die sorg wat gelewer moet word (Erwin, 2006:26; Hudak, *et al.*, 2004:718; Tomlinson & Clifford, 2006:764; Pickert Institute, 2007:intyds). Pasiënte se verwagtinge en belewenisse word tydens hospitalisasie deur verskeie faktore beïnvloed, soos onder andere hulle ondervinding van vorige geleenthede waar hulle sorg ontvang het, hulle kultuur asook die pasiënt se gesondheidstatus (Pickert Institute, 2007:intyds; Staniszewska & Henderson, 2004:185; Peterson, *et al.*, 2005:673).

Terwyl pasiënte in die hospitaal is, het hulle sekere verwagtinge rakende die omgewing, kommunikasie, inligting, die pasiënt-verpleegkundige verhouding, die verpleegkundige se mediese en tegniese bevoegdheid asook die wyse waarop die gesondheidsorgorganisasie funksioneer (Erwin, 2006:26; Peterson, *et al.*, 2005:673; Hudak, *et al.*, 2004:718; Tomlinson & Clifford, 2006:764; Johansson, *et al.*, 2002:337-344). Indien daar aan hulle verwagtinge voldoen word, is hulle belewenisse positief en dui dit daarop dat kwaliteit verpleegsorg gelewer is.

Vervolgens sal die gevolgtrekkings van die navorsing met moontlik toepaslike aanbevelings bespreek word.

4.2 BIOGRAFIESE DATA

Vyftien respondente het aan die navorsing deelgeneem. Die meerderheid was vroulik (11) in die ouderdomsgroep 41-50 jaar (5) en Afrikaanssprekend (12).

- **Gevolgtrekking**

Die respondente was hoofsaaklik vroulike, Afrikaans-sprekende persone. Dit is moontlik dat 'n groep wat byvoorbeeld net uit mans bestaan of van 'n ander taalgroep is, ander belewenisse ten opsigte van verpleegsorg kan hê.

- **Aanbeveling**

Die herhaling van die navorsing met spesifiek ander kultuurgroepe of manlike persone as meerderheid, kan meer lig op hul belewenisse lewer.

4.3 KWALITEIT VERPLEEGSORG

Bewys van kwaliteit verpleegsorg gelewer soos afgelei uit die respondente se belewenisse ten opsigte van doeltreffendheid, professionele voorkoms en

gedrag, terapeutiese omgewing, aanvaarbaarheid, toeganklikheid asook tevredenheid, word nou beskryf.

4.3.1 Doeltreffendheid

Doeltreffendheid ten opsigte van personeel verwys na personeelvoorsiening sowel as die produktiwiteit van verpleegpersoneel. Die verwys ook na fisiese toerusting en fasiliteite wat onder 4.3.3 bespreek word. Die eienskap van doeltreffendheid as deel van kwaliteit sorg was in geheel gesien, meer **negatief** as positief beleef.

4.3.1.1 Personeelvoorsiening

Die respondente het in die algemeen beleef dat daar 'n tekort aan personeel was. Nie een van die respondente het gemeld dat daar voldoende personeel was nie. Respondente het genoem dat dié tekort aan personeel veroorsaak dat hulle nie die kwaliteit verpleegsorg ontvang wat hulle behoort te ontvang nie. Dit is deur die volgende voorbeeld geïllustreer.

“...and I can say they are short staff the way I see it..... And what I realise , is that they ...are overworked, so you realise that you don't receive the, theservice that you were supposed to receive...”

- **Gevolgtrekking**

Van die respondente het dit beleef dat daar te min verpleegpersoneel was en dat kwaliteit verpleegsorg nie gelewer is nie. Respondente se ervaring was dat hulle as gevolg van die personeeltekort nie die nodige aandag wat hulle verwag het, om te kry, ontvang het nie. Hulle het byvoorbeeld dit beleef dat hulle lank moes wag vir iemand om op te daag nadat hulle die klokkie gelui het. Hulle het ook beleef die verpleegpersoneel altyd baie besig voorgekom het.

- **Aanbeveling**

Hospitaalbestuur kan 'n behoorlike situasie-analise doen ten opsigte van personeelvoorsiening, saalaktiwiteite en pasiënt-omset, ten einde te bepaal of daar werklik te min verpleegpersoneel is en of daar ander faktore of prosedures is wat daartoe bydra dat daar nie aan hulle verwagtinge voldoen word nie.

4.3.1.2 Produktiwiteit

Die respondente het nie spesifiek na produktiwiteit verwys nie, maar na die werkslading van die personeel in die afdeling.

4.3.1.2.1 Werkslading

In die algemeen het die respondente beleef dat die werkslading van die afdeling hoog is as gevolg van die pasiëntomset en dat daar baie pasiënte is wat aandag benodig het. Letvak & Buck (2008:159-165) bevestig dat 'n te hoë werkslading lewering van kwaliteit verpleegsorg kan inboet.

Vier van die respondente het **nege keer**¹⁰ opgemerk dat die werkslading hoog is omdat daar baie pasiënte is en dat die saal se pasiëntomset vinnig is. **Twee** respondente het **drie** keer opgemerk dat die hoë werkslading daartoe lei dat die personeel oorwerk voorkom en dat dit daartoe lei dat kwaliteit verpleegsorg nie gelewer word nie. Dit is in ooreenstemming met wat in die literatuur (Letvak & Buck, 2008:159-165) gevind word.

- **Gevolgtrekking**

Respondente het beleef dat hulle nie kwaliteit verpleegsorg ontvang het nie, omdat verpleegpersoneel se werkslading hoog was.

¹⁰ Alhoewel hier getalle genoem word, het dit nie 'n kwalitatiewe betekenis nie, maar word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

- **Aanbeveling**

Met 'n situasie-analise soos reeds voorgestel, kan vasgestel word waar die probleem lê, naamlik personeeltekort, personeel-samestelling ("skill mix") of ander administratiewe situasies wat die werkslading negatief kan beïnvloed.

4.3.1.2.2. *Lekewerkers ("careworkers")*

Die aanstelling van lekewerkers kan die werkslading verlig, mits hulle bevoeg en effektief produktief is (McCue, *et al.*, 2003:54-76; Norrish & Rundall, 2001:55-79; Heinz, 2004: 44-50). Enkele respondente het beleef dat die lekewerkers in die afdeling nie werklik bevoeg en bekwaam was om versorging doeltreffend te kon uitvoer nie.

- **Gevolgtrekking**

Lekewerkers ("careworkers") het in dié navorsing nie bygedra tot die lewering van kwaliteit verpleegsorg nie. Dit moet in ag geneem word dat dit slegs enkele respondente was wat die lekewerkers ("careworkers") negatief beleef het. Een van die respondente is egter 'n ingeskrewe verpleeg-assistent, wat bekend is met lekewerkers ("careworkers") se werksbeskrywing. Daarom is die belewenisse insiggewend.

- **Aanbeveling**

Hospitaalbestuur moet die benutting en aanstellings van lekewerkers ("careworkers") heroorweeg, teenoor aanstelling van ingeskrewe verpleeg-assistente. 'n Ingeskrewe verpleegassistent het 'n bestek van praktyk wat breër is as die werksbeskrywing van lekewerkers ("careworkers") wat hulle dus meer doeltreffend in die praktyk kan maak. Professionele regulering van die praktyk van ingeskrewe verpleegassistent (SANC, 2007:intyds) bring mee dat veilige

standaarddiens bevorder word, in teenstelling met lekewerkers (“careworkers”) wat onder geen professionele beherende liggaam val nie.

Daar moet verder ook besin word oor die aanstelling van **professionele verpleegkundiges**. Dit word in die literatuur beskryf dat meer professionele verpleegkundiges in ‘n afdeling beter pasiënt-tevredenheid en gevolglik beter kwaliteit verpleegsorg tot gevolg het (Needleman, *et al.*, 2003:487-508; McGillis Hall, *et al.*, 2004:41-45). Daarom word aanbeveel dat herbesin moet word om eerder in ‘n verpleegeenheid aan te stel.

4.3.2 Professionele voorkoms en gedrag

Pasiënte se belewenis van verpleegkundiges se professionele voorkoms en hulle gedrag speel ‘n rol in die evaluering van kwaliteitsorg (Muller, 2008:200-201; Searle, 2008:162-164; 228-230; 398-399). Enkele respondente het na die verpleegkundige se voorkoms verwys, terwyl die meeste respondente oor die professionele verpleegkundige se gedrag insette gelewer het.

4.3.2.1 Verpleegkundige se voorkoms

Een respondent het verwys na die verpleegkundiges wat oorgewig is en twee respondente het opgemerk dat verpleegkundiges moeg en oorwerk voorkom.

- **Gevolgtrekkings**

‘n Vraag ontstaan oor of persone wat oorgewig is, effektiewe fisiese verpleegsorg kan lewer, soortgelyk aan ‘n persoon wat nie oorgewig is nie. Die newe-effekte (ingekorte fisiese beweeglikheid) gekoppel aan oorgewig kan ‘n negatiewe effek op die lewering van kwaliteit verpleegsorg hê.

Die pasiënte se belewenisse dat verpleegkundiges moeg en oorwerk voorgekom het, kan wees as gevolg van die hoë werkstempo, hoë getalle pasiënte wat hanteer moet word asook die ervaring dat daar 'n tekort aan verpleegpersoneel was. Hierdie belewenisse behoort nie geïgnoreer te word nie, maar indringend ondersoek te word.

- **Aanbeveling**

Met die uitvoer van 'n situasie-analise (kyk 4.3.1) sal bevestig word watter personeel wel moeg en oorwerk voorgekom het. Toepaslike regstellings kan dan gedoen word.

4.3.2.2 Verpleegkundige se gesindheid

Gesindheid van personeel dui op hulle ingesteldheid. Die verpleegkundige moet respek aan die pasiënt in totaliteit betoon en ook toegewyd in dienslewering wees (SANC Draft Charter of Nursing Practice, 2004: intyds). In hierdie navorsing het die respondente in die algemeen verpleegpersoneel se gesindheid as positief beleef. Slegs een respondent het ervaar dat verpleegkundiges negatief was.

- **Gevolgtrekkings**

Die feit dat verpleegkundiges se gesindheid positief beleef is, is merkwaardig, gesien in die lig daarvan dat hulle ook as oorwerk beleef word. Positief gesinde personeel sal kwaliteit verpleegsorg lewer.

- **Aanbeveling**

Verpleegkundiges wat deur pasiënte aangedui word as om 'n positiewe gesindheid te hê, moet deur die Hospitaalbestuur erken word. Hierdie erkenning kan deur middel van verskillende tipes aansporings geskied.

4.3.2.3 Verpleegkundige se gedrag

Verpleegkundiges moet te alle tye professioneel optree en hulle moet ook bevoeg wees om verpleegprosedures vaardig te kan uitvoer (SANC, 2007:intyds). Respondente het verwys na verpleegkundiges se gedrag, respons as hulp benodig word, kommunikasie, pynhantering, vaardige uitvoer van verpleegprosedures en administratiewe take. Die meeste positiewe response rakende die verpleegkundiges se gedrag was ten opsigte van vaardige uitvoer van verpleegprosedures gemaak.

Die meerderheid respondente was egter negatief rakende **kommunikasie**, **pynhantering** en administratiewe take. Die respondente het verder negatiewe belewenisse ervaar ten opsigte van professionele verpleegkundiges wat hulle kollegas in die openbaar bespreek het.

- **Gevolgtrekkings**

Verpleegkundiges se gedrag is in die algemeen as professioneel ervaar wat daarop dui dat hierdie aspek kwaliteitsorg positief was.

Hierteenoor is die belewenis van onprofessionele gedrag (bespreking van kollegas) teleurstellend. Dit sou egter onrealisties wees om te verwag dat sulke onprofessionele gedrag nooit voorkom nie. Hierdie ervaring beïnvloed die belewenis van verpleegsorg wat gelewer is, negatief.

- **Aanbeveling**

Verpleegkundiges moet vir positiewe, professionele gedrag beloon word (kyk 4.3.2.2).

Geïdentifiseerde dislojaliteit onder kollegas behoort doelbewus aangespreek te word indien dit voorkom.

4.3.2.3.1 Respons as hulp benodig word

Wanneer pasiënte bedlêend is, is die klokkiestelsel die enigste kommunikasie-middel wat pasiënte in staat stel om die verpleegkundiges se aandag te vestig op hulp wat hulle benodig. Eweveel respondente het die verpleegkundiges se response op die lui van klokkies positief en negatief beleef. As pasiënte beleef dat die response op hulpontbieding vinnig is, lei dit tot tevredenheid met verpleegsorg wat kwaliteit verpleegsorg aandui.

- **Aanbeveling**

Daar behoort deurlopend ondersoek ingestel te word waarom daar nie dadelik op die lui van klokkies gereageer word nie (kyk 4.3.5.1.1).

4.3.2.3.2. Kommunikasie

Positiewe kommunikasie is ook 'n belangrike element in die lewering van pasiëntsorg (Huber, 2000:207; Searle, 2008:258-259; Meyer, *et al.*, 2004:177-179; Attree, 2001:456-466; Thorsteinsson, 2002:32-44). Pasiënte se belewenis van kommunikasie en inligting ontvang vorm deel van hoe hulle die kwaliteit van sorg wat hul ontvang het, sien (Muntlin, *et al.*, 2006:1045-1056; Peterson, *et al.*, 2005:673). Die **meeste** respondente se belewenis ten opsigte van kommunikasie was **negatief**. **Drie** respondente het ondervind dat daar nie genoegsame inligting aan hulle verskaf is nie. Nog een respondent het spesifiek uitgewys dat hy nie behoorlike inligting ten opsigte van die werking van die klokke gekry het nie. Respondente het **sewe**¹¹ keer genoem dat verpleegpersoneel aan hulle moet

¹¹ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

verduidelik wat hulle ten opsigte van verpleegprosedures en -roetines verwag word. Dit help dat pasiënte hulleself kan instel op wat gedoen gaan word.

Verpleegkundiges moet ook toepaslike, verstaanbare taal, op die vlak van die pasiënt gebruik wanneer gekommunikeer word. Een respondent het aangedui dat sy nie verstaan wat die verpleegkundiges sê, omdat hulle mediese terminologie gebruik.

Nog 'n belangrike nie-verbale kommunikasie aspek wat deur die respondente uitgelig is, is die identifikasie van verpleegpersoneel. Respondente het dit as negatief beleef dat verpleegkundiges nie hulself aan die pasiënte voorgestel het voordat hulle met hulle gekommunikeer het nie. Respondente het ook waargeneem dat sommige van die verpleegpersoneel nie naamplaatjies dra nie.

- **Gevolgtrekking**

Goeie kommunikasie is 'n kernelement van kwaliteit verpleegsorg (Muntlin, *et al.*, 2006:1045-1056; Peterson, *et al.*, 2005:673) en in hierdie navorsing was dit nie deurgaans positief beleef nie. Daar was dus nie kwaliteitverpleegsorg in dié verband gelewer nie.

- **Aanbevelings**

Aspekte van kommunikasie kan ook tydens die voorgestelde situasie-analise (kyk 4.3.1) ondersoek word. Respondente se belewenisse van “te min inligting ontvang” was nie gekwalifiseer sodat geïdentifiseer kon word waar die kommunikasieprobleem lê nie. Dit is moontlik dat daar dalk te veel inligting op een keer gegee is, of inligting kon op 'n tydstip gegee gewees het toe die pasiënt te gespanne was om behoorlik daaraan aandag te skenk. Dit is dus nodig om die kommunikasievaardighede van die professionele verpleegkundiges te evalueer.

Verpleegpersoneel se kommunikasievaardighede kan deur middel van video opnames geëvalueer word. Hierdie opnames kan in simulasië- of werklike situasies in die afdeling geskied. Indiensopleiding in die kommunikasieproses kan dan soos van toepassing gedoen word.

Instap-evaluasies (verpleegkundiges word onvoorbereid geëvalueer soos wat hulle op 'n gegewe tydstip teenoor 'n pasiënt optree) behoort gedoen te word. Verpleegkundiges moet deur die eenheidsbestuurder, hul onderskeie mentors en kliniese fasiliteerder geëvalueer word om te verseker dat hulle voldoende, toepaslike inligting aan pasiënte verskaf voordat enige prosedure uitgevoer gaan word (Patient's Right Charter, 2007:intyds; Pera & van Tonder, 2005:100; Muller, 2008:290). Hierdie stap is ook duidelik in die evalueringsinstrumente van die Privaathospitaal se Basiese Prosedure Handleiding beskryf (Heigan, 2006).

Die reëling dat verpleegkundiges hulself aan die begin van 'n skof aan die pasiënte moet gaan voorstel kan ook weer her-ingestel word. Pasiënte sal dan bewus wees wie die verpleegkundiges is wat in die betrokke skof by hulle werkzaam is. Die verpleegkundiges kan dan ook die verwagte roetine aan die pasiënte verduidelik.

Verpleegpersoneel is verplig om hul kentekens en naamplaatjies te dra, aangesien dit 'n pasiëntereg is om verpleeg te word deur 'n geïdentifiseerde persoon (Patient's Right Charter. 2007:intyds). Verpleegdiensbestuurders moet hierdie aspek daaglik kontroleer.

4.3.2.3.3 Pynhantering

Pyn is 'n subjektiewe verskynsel en pasiënte is die enigste persone wat die teenwoordigheid en ernstigheid van hulle pyn kan beoordeel (Gordon, *et al.*, 2002:116-130; Kozier, *et al.*, 2004:1142-1143; Smeltzer & Bare, 2004:217). Pynhantering moet dus op 'n individuele basis geskied en indien dit effektief

hanteer word, sal dit aanleiding gee tot positiewe ervarings, wat pasiënt-tevredenheid met kwaliteit verpleegsorg beteken (Blank, *et al.*, 2001:327-334).

Sewe¹² van die vyftien respondente het ten opsigte van pynhantering gerespondeer. Slegs twee van die sewe respondente het die pynhantering positief beleef, terwyl **vyf** respondente dit negatief beleef het.

Die negatiewe belewenisse insake pynhantering het voorgekom as gevolg van: pasiënte wat lank moes wag voordat hulle pynmedikasie ontvang het; hulle oningelig daarvoor was dat hulle daarvoor kon vra (kyk 4.3.2.3.2.) en dat hulle nie geweet het hoe die klokkies werk nie en daarom nie die personeel se aandag hieroor kon trek nie.

- **Gevolgtrekking**

Die meerderheid respondente het nie hulle pynhantering positief beleef en daarom is dit beleef dat kwaliteit verpleegsorg nie plaasgevind het nie.

- **Aanbeveling**

Die standaard vir pynhantering wat deur Joint Commission for Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO:2004) voorgestel word, moet toegepas word. Die standaard sluit onder andere in dat:

- Alle pasiënte twee- tot vieruurliks deur 'n geregistreerde verpleegkundige vir pyn beraam moet word. Die beraming moet volgens 'n pynskaal gedoen en daarvolgens toepaslik opgetree word.
- Hierdie beraming van pyn en hantering moet ook in die deurlopende verslag aangeteken word.

¹² Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

Voldoende inligting oor toediening van pynmedikasie, moet pre-operatief, post-operatief en deurlopend gedoen word (Kozier, *et al.*, 2004:1150-1153; Smeltzer & Bare, 2004:230-234).

Die beste praktyk (“evidence based practice”) vir hantering van pyn nadat morfien binnearse oorgietings gestaak is, moet ondersoek en geïmplimenteer word. Daarmee saam word aanbeveel dat elke verpleegkundige, werksaam in die chirurgiese afdeling, die Hospitaal se geakkrediteerde Pynbeheer-kursus moet deurloop.

‘n Verdere aanbeveling is dat verpleegkundiges gebruik moet maak van alternatiewe pynverligtingsmetodes. Dit sluit aksies soos byvoorbeeld verandering van ‘n pasiënt se posisie, aanwending van hitte, koue of smeermiddels en toepassing van kognitiewe- en gedragsmeganismes om pasiënte se persepsies van pyn te verminder, in. Laasgenoemde word ook in die Pynbeheer-kursus aangespreek (Phipps, *et al.*, 2003:233, Kozier, *et al.*, 2004:1158).

4.3.2.3.4 Verpleegkundige prosedures

Verpleegkundiges moet vaardig wees in die uitvoer van prosedures om kwaliteit verpleegsorg te verseker (Searle, 2008:196, 362; Muller, 2008:278, 287; SANC, 2007:intyds). **Drie**¹³ respondente het **vier** keer hul tevredenheid uitgespreek rakende die wyse waarop prosedures uitgevoer was en hulle het dit as kwaliteit verpleegsorg beleef.

Hierteenoor het enkele respondente dit beleef dat verpleegkundiges een van die stappe in die uitvoer van prosedures, naamlik dat hulle vooraf moet verduidelik wat tydens die prosedure gaan gebeur, nie gedoen het nie.

¹³ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie ‘n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys

- **Gevolgtrekking**

Respondente was meestal tevrede ten opsigte van die vaardige wyse waarop prosedures uitgevoer is. Dit is egter negatief beleef dat verpleegkundiges nie die prosedures wat uitgevoer gaan word vooraf aan die respondente verduidelik het nie en kwaliteit verpleegsorg is dus nie ten opsigte hiervan beleef nie.

- **Aanbeveling**

Identifiseer verpleegkundiges wat nalaat om vooraf prosedures aan pasiënte te verduidelik, stel deur gesprekvoering vas hoekom dit nie gedoen word nie en spreek dan die probleem aan.

Verpleegkundiges kan tydens oriëntasie asook met roetine weeklikse indiensopleidingsessies verwys word na die Basiese Prosedure Handleiding (Heigan, 2006). Dit moet sterk beklemtoon word dat prosedures nie op standaard uitgevoer word indien daar nie vooraf inligting aan pasiënte gegee word nie.

4.3.2.3.5 Administratiewe take

Administratiewe take vorm 'n kardinale deel van Verpleging en die nalaat hiervan kan wetlike implikasies inhou. Die administratiewe take sluit onder andere aanteken van alle verpleegaksies wat op die pasiënte uitgevoer word in (SANC, 2007:intyds; Muller, 2008:61; 63-64; Meyer, *et al.*, 2004:40,49,244; Searle, 2008:130; Kozier, *et al.*, 2004:329-330, 341-344). Een respondent het beleef dat verpleegkundiges meer tyd spandeer aan administratiewe take as verpleegsorgtake.

- **Gevolgtrekking**

Alhoewel slegs een respondent daarna verwys het dat daar meer aandag aan administratiewe take gegee word, dui dit daarop dat kwaliteit verpleegsorg nie gelewer is nie.

- **Aanbeveling**

Dit kan met 'n situasie-analise soos voorgestel (kyk 4.3.1) vasgestel word wat die omvang van administratiewe take is en of dit meer tyd in beslag neem as verpleegsorgtake.

4.3.3 Terapeutiese omgewing

Kwaliteit verpleegsorg kan alleenlik in 'n terapeutiese omgewing gelewer word (Searle, 2008:128-130, SANC. Draft Charter of Nursing Practise, 2004:intyds). Omgewing verwys na beide 'n fisiese- en psigologiese omgewing, wat dan terapiees vir pasiënte moet wees.

Die fisiese omgewing bestaan uit die gebou en toerusting daarin, terwyl die psigologiese omgewing die handhawing van pasiënte se basiese behoeftes soos veiligheid, voldoende slaap, voeding, higiëne en ondersteuning insluit. Pasiënte sal gemoedsrus ervaar en emosioneel veilig voel in 'n terapeutiese omgewing. Ten opsigte van psigologiese veiligheid behoort pasiënte se belewenis van 'n multikulturele opset (deel van 'n saal met persone van ander kulture) in ag geneem te word (kyk 4.6.3). Een respondent het hierdie aspek negatief beleef.

4.3.3.1 Fisiese omgewing

Verpleegkundiges moet toesien dat die fisiese omgewing (gebou en toerusting) waarbinne die pasiënt verpleeg word, veilig en bevorderlik vir hul genesingsproses sal wees (Kozier, *et al.*, 2004:144-145, 197, 671; Smeltzer & Bare, 2004: 69, 72). Respondente het slegs na die toerusting en fasiliteite van

die fisiese omgewing verwys (kyk 4.3.5.1 en 4.3.5.2) en dit oorwegend positief beleef.

4.3.3.2 Psigologiese omgewing

Pasiënte moet in 'n psigologiese omgewing waar 'n gevoel van ondersteuning en veiligheid ervaar word, verpleeg word. Indien pasiënte ook goed ingelig is, sal hierdie kennis hulle angs en spanning verlig (SANC, Draft Charter of Nursing Practise, 2004:intyds; Kozier, *et al.*, 2004:190, 263, 308, 917, 1016, 1229). Indien daar nie aan pasiënte se basiese behoeftes van veiligheid, rus, voeding, higiëne en ondersteuning voldoen word nie, sal spanning ontstaan en dit sal 'n negatiewe belewenis van kwaliteit verpleegsorg tot gevolg hê (Searle, 2008:256, 259-260; Meyer *et al.*, 2004:80).

4.3.3.2.1 Veiligheid

As pasiënte emosioneel nie veilig voel nie, sal hulle herstel stadiger wees (Kozier *et al.*, 2004:144-145, 197, 671; Patient Right Charter, 2007:intyds; Muller, 2008:6, 8). Onverwagte blootstelling aan multikulturaliteit kan die ervaring van veiligheid positief of negatief maak. 'n Respondent wat 'n vierbed kamer gedeel het met persone van ander kulture het hierdie situasie negatief beleef.

Die helfte van die respondente het negatiewe gevoelens soos vrees, onsekerheid en skuldgevoelens beleef. Ewe veel respondente het emosioneel veilig en onveilig gevoel.

- **Gevolgtrekking**

Die feit dat van die respondente nie veiligheid beleef het nie, dui aan dat kwaliteit verpleegsorg nie gelewer is nie.

- **Aanbeveling**

Pasiënte behoort met opname individueel gevra te word oor hulle gevoelens ten opsigte van deel 'n saal met persone van ander kulture. Hulle voorkeure behoort aangespreek te word waar moontlik.

Verpleegkundiges moet ook ingestel wees daarop om, veral wat kommunikasie (taal) aan betref, aandag te verleen aan pasiënte wat nie van dieselfde kultuur as hulle afkomstig is nie (Mellish & Paton, 2008:166-167; Pera & van Tonder, 2005:167; Searle, 2008:392).

4.3.3.2.2 Slaap

Slaap is 'n essensiële basiese behoefte wat elke pasiënt nodig het om daagliks te kan funksioneer en veral ook om spoedige herstel te bevorder (Kozier *et al.*, 2004:1114; Gunther en Alligood, 2004:353-359; Wolf *et al.*, 2003:391-396). Drie respondente wat na slaap verwys het, het dié aspek negatief beleef.

- **Gevolgtrekking**

Respondente het ervaar dat hulle nie voldoende kon slaap nie en het dus nie kwaliteit verpleegsorg beleef nie.

- **Aanbeveling**

Dit is deel van die verpleegkundiges se **verantwoordelikheid** om onafhanklik slaap en rus by pasiënte te bevorder (SANC. Draft Charter of Nursing Practice, 2004:intyds). Hierdie aspek moet dus weer tydens indiensopleidingsessies onder hulle aandag gebring word. Eenvoudige maatreëls, soos om nie die hoofligte in 'n saal aan te skakel as daar observasies by een pasiënte gedoen moet word nie

moet as vanselfsprekend deur verpleegkundiges geïmplementeer te word as deel van bevordering van slaap by pasiënte.

Dit word ook aanbeveel dat verpleegkundiges onafhanklik buigzaamheid in die uitvoer van roetine verpleegsorg moet toepas. Dit is byvoorbeeld nie nodig dat alle pasiënte om drieur in die oggend wakker gemaak moet word om te was nie.

4.3.3.2.3 Voeding

Die voorsiening van en inname van voedsel is ook 'n essensiële basiese behoefte en van uiterste belang vir die herstelproses (Kozier *et al.*, 2004: 1192-1193, 1201-1203; Smeltzer & Bare, 2004: 69, 72). Die meerderheid van respondente wat hierna verwys het, het die **gehalte en bediening** van die voedsel **negatief** beleef.

Die negatiewe ervarings was dat die voedsel vir twee post-operatiewe pasiënte te ryk en te swaar was, twee ander respondente het dit beleef dat die personeel **vergeet het** om voedsel aan hulle te bedien en sodoende dus nie die doktersvoorskrifte rakende hul dieet uitgevoer het nie.

Slegs een respondent het die voedsel van hoë gehalte, dit wil sê positief ervaar.

- Gevolgtrekking

Professionele verpleegkundiges het in die navorsing nagelaat om in die voorsiening en bediening van voedsel aan pasiënte te voldoen. Kwaliteitsorg was dus nie gelewer nie.

- **Aanbeveling**

Dit word aanbeveel dat daar 'n spesifieke post-operatiewe spyskaart opgestel word. Dié spyskaart moet met die pasiënte pre-operatief bespreek word sodat hulle 'n keuse hieroor kan uitoefen.

Volgens SARV Regulasie R2598 (November 1984, soos gewysig) is die bevordering en instandhouding van voeding die **verantwoordelikheid** van die geregistreerde verpleegkundige (SANC, Draft Charter of Nursing Practice, 2004:intyds). Al is die voorsiening van voedsel by hospitale uitgekonnekteer, moet verpleegkundiges steeds verseker dat elke pasiënt voedsel met elke ete ontvang en ook dat voedsel beskikbaar is indien 'n pasiënt nie met etenstye die afdeling is nie.

Die korrekte wyse van voedselbediening moet ook deurlopend beklemtoon word deur indiensopleiding aan alle personeel (voedseldiens).

4.3.3.2.4 Higiëne (kyk 4.3.5.2.1)

4.3.3.2.5 Ondersteuning

Dit is deel van verpleegkundiges se **verantwoordelikheid** (Searle, 2008:258-259; SANC, 2007:intyds; Suhonen, *et al.*, 2005:183-292; McGilton, *et al.*, 2006:35-43; Ervin, 2006:126-129) om ondersteuning en hulp aan pasiënte te verskaf. Hulp moet veral verleen word met take wat hulle nie self kan verrig nie (SARV. Regulasie: R2598. November 1984; Kozier, *et al.*, 2004:419-420; Tomey & Alligood, 2006:57).

Van die respondente het aangedui dat hulle nie hulp van verpleegpersoneel ontvang het terwyl hulle bedlêend was nie. Dit was veral tydens etenstye wanneer die kos bedien is dat dit op die oorbedtafel geplaas is dat die pasiënte

hulp benodig het. Die oorbedtafel moes nader geskuif word sodat dit binne hulle bereik kon wees. Dit was nie gedoen nie en respondente het hulpverlening dus as negatief beleef.

Ten opsigte van die psigologiese omgewing het die respondente negatiewe ervarings in die vorm van onsekerheid, vrees, skuldgevoelens en skaamte beleef.

Drie¹⁴ respondente het **vier** keer onsekerheid beleef. Die onsekerheid het ontstaan as gevolg van 'n tekort aan inligting rakende prosedures wat uitgevoer word (kyk 4.3.2.3.2).

Enkele (twee) respondente het ook vrees ondervind as gevolg van die onbekende omgewing, sowel as die impak wat die chirurgiese ingreep sal hê. Die opmerking was gemaak dat verpleegkundiges nie besef hoe bang pasiënte in sulke situasies kan wees nie.

Een respondent het skuldig gevoel om die klokkie te lui om verpleegkundiges om hulp te vra en een respondent het skuldig en skaam gevoel om vir pynmedikasie te vra.

In kontras hiermee het **sewe**¹⁵ van die vyftien respondente egter die verpleegkundiges as ondersteunend en empaties beleef.

- **Gevolgtrekking**

Alhoewel die meerderheid van die respondente die verpleegkundiges as ondersteunend en vriendelik beleef het, kan die belewenisse van onsekerheid,

¹⁴ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

¹⁵ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

vrees, skuldgevoelens en skaamte nie geïgnoreer word nie. Dit het hierdie respondente laat beleef dat kwaliteit verpleegsorg nie gelewer is nie.

- **Aanbeveling**

Dit word aanbeveel dat besprekings, dinkskrumms en gonsgroepe met al die verpleegkundiges rakende die SARV Regulasie R2598 (November 1984, soos gewysig) gehou moet word sodat die inhoud bekend en toegepas kan word.

Ten einde onsekerheid en vrees by pasiënte te bekamp kan 'n volledige inligtingstuk van elke diagnose en prosedure wat uitgevoer gaan word, reeds met opname beskikbaar gestel word. Die inligtingstuk moet egter nie net aan die pasiënte oorhandig word nie, maar ook met hulle bespreek word. Die pasiënte hou die inligtingstuk en kan dit agterna weer lees.

Pasiënte moet deeglike inligting kry insake pynverligting metodes wat gevolg kan word. Die pasiënt moet veral ingelig word dat dit hulle reg is om pynmedikasie te kan ontvang (kyk 4.3.2.3.3) (Gordon, *et al.*, 2002:116-130; Kozier, *et al.*, 2004:1149-1151; Zalon, *et al.*, 2008:93-101).

4.3.4. Aanvaarbaarheid

Verpleegsorg word as aanvaarbaar beleef indien dit op etiese aanvaarbare beginsels berus (Muller, 2008:200; Mellish & Paton, 2008:107; Pera & van Tonder, 2005:46-55). Respondente het na etiese verantwoordbaarheid in terme van toegewydheid en privaatheid verwys. Addisioneel was daar ook na kulturele aanvaarbaarheid verwys.

4.3.4.1 Etiese verantwoordbaarheid

Verpleegkundiges is eties vir hulle dade en versuime verantwoordbaar. Etiese beginsels van toegewydheid en privaatheid moet nagekom word tydens die uitvoering van hulle pligte (Muller, 2008:66; Mellish & Paton, 2008:117-118).

4.3.4.1.1 Toegewydheid

Toegewydheid verwys na lewering van omgee verpleegsorg (Pera & van Tonder, 2005:11-16). Die mate van toegewydheid van verpleegkundiges is ook 'n belangrike aanwyser van wat kwaliteit verpleegsorg is (Pera & van Tonder, 2005:6, 11-16; Searle, 2008:250; 263; Muller, 2008:19-20).

Van die vyftien respondente het **ses**¹⁶ na toegewydheid verwys en dit positief beleef. Geen respons ten opsigte van onverskilligheid was bekom nie.

- **Gevolgtrekking**

Verpleegpersoneel is beleef as om toegewyd te wees en omgeesorg (“caring”) te lewer. Dit is beduidend dat verpleegkundiges as toegewyd beleef is ondanks die feit dat hulle ook as baie besig beleef is. Hierdie positiewe belewenis dui daarop dat kwaliteitsorg gelewer is.

4.3.4.1.2. Privaatheid

Handhawing van privaatheid van 'n pasiënt is 'n basiese reg wat te alle tye in ag geneem en verseker moet word (South Africa. Patient Right Charter, 2007:intyds; Pera & van Tonder, 2005:36-37; Mellish & Paton, 2008:108). Handhawing van privaatheid impliseer onder andere dat pasiënte se liggame tydens die uitvoer van prosedures bedek moet word.

¹⁶ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die insette uit te wys.

Van die vyftien respondente het **drie** beleef dat hul privaatheid in dié verband nie in ag geneem is nie. Insidente in dié verband was waar een respondent te veel na haar mening ontbloot was tydens die uitvoer van 'n prosedure en in ander insidente was respondente blootgestel om lank nakend te wag voordat hulp verleen is met die aantrek van hulle klere.

- **Gevolgtrekking**

Waar privaatheid gekend is, is kwaliteitverpleegsorg nie gelewer nie.

- **Aanbeveling**

Aangesien die handhawing van privaatheid 'n basiese reg vir alle mense is en verpleegkundiges dit ook vanuit die SARV se voorskrifte moet nakom, moet dit voortdurend onder die aandag gebring word (kyk 4.3.3.2.5)

4.3.4.2 Kultuursensitiewiteit

Kultuursensitiewiteit verwys daarna om sensitief vir verskillende kultuurgroepe se spesifieke behoeftes te wees (Kozier, *et al.*, 2004:207; Burkhardt & Nathaniel, 2002:238; Smeltzer & Bare, 2004:114-115). Hierdie behoeftes verwys na die handhawing van basiese behoeftes wat onder meer kommunikasie insluit.

'n Positiewe respons in die verband was waar 'n respondent ervaar het dat geen onderskeid tussen verskillende kultuurgroepe ten opsigte van sorg verleen, gemaak kon word nie.

'n Ander respondente het beleef dat hy minder "omgee verpleegsorg" ontvang het omdat hy die enigste persoon van een kultuurgroep in 'n vierbed kamer was. Voorts het hierdie respondente kultuursensitiewiteit negatief beleef omdat daar nie met hom in sy taal gekommunikeer kon word nie. Verpleegkundiges het egter in

hulle taal met die ander pasiënte gekommunikeer. Die eersgenoemde resonant het dus uitgesluit gevoel.

- **Gevolgtrekking**

Dit is positief beleef dat verpleegpersoneel in die lewering van verpleegsorg nie 'n onderskeid tussen persone van verskillende kultuurgroepe gemaak het nie. Kultuursensitiwiteit word negatief beleef wanneer professionele verpleegkundiges pasiënte uitsluit deur in 'n vreemde taal met ander rondom hulle te kommunikeer.

- **Aanbeveling**

Beloon verpleegpersoneel as hulle kultuursensitief optree en nie 'n onderskeid tussen pasiënte maak nie (kyk 4.3.2.2).

Pasiënte se voorkeure ten opsigte van multikulturaliteit moet met opname beraam word en verkieslik daarvolgens gehandel word.

4.3.5 Toeganklikheid

Toeganklikheid verwys na die beskikbaarheid en benutting van fasiliteite en toerusting in 'n gesondheidsorgdiens. Indien fasiliteite en toerusting beskikbaar en maklik toeganklik is, ervaar pasiënte dit as kwaliteitsorg (Muller, 2008: 83-84, 87, 95-98, 122, 201; Booyens (2000:303).

4.3.5.1 Toerusting

Toerusting dra by dat verpleegsorg korrek uitgevoer kan word indien dit beskikbaar en in werkende toestand is (Muller, 2008:200; Booyens, 2000:264).

Respondente het slegs na klokkies, termometers en beddens in dié verband verwys.

4.3.5.1.1 Klokkies

Klokkies word gebruik as kommunikasiemetode tussen professionele verpleegkundiges en bedlêende pasiënte. Die response ten opsigte van die effektiwiteit van die klokkiestelsel was eweveel positief en negatief. Daar was respondente wat beleef het dat hulp opgedaag het kort nadat hulle die klokkies gelui het, maar daar was ook ander respondente wat die teenoorgestelde belewenisse gehad het, naamlik dat hulle lank moes wag voordat iemand opgedaag het nadat die klokke gelui is (kyk 4.3.2.3.1).

- **Gevolgtrekking**

Die klokkiestelsel is beskikbaar, maar dit was egter nie toeganklik vir al die respondente nie, aangesien een respondent nie geweet het hoe dit werk nie en twee ander respondente te skaam was om dit te gebruik.

- **Aanbeveling**

Ten einde kwaliteit verpleegsorg te lewer, moet verpleegkundiges nie net aanvaar dat alle pasiënte weet hoe om die klokkiestelsel te gebruik nie. Na verduideliking hiervan tydens opname en oriëntasie in die afdeling, moet die professionele verpleegkundiges weer later opvolg en pasiënte vra om die gebruik daarvan te demonstreer.

4.3.5.1.2 Termometers

Die gebruik van die saal se termometers vir verskeie pasiënte, hou die risiko van kruisinfeksie in (Kozier, *et al.*, 2004:145,641; Smeltzer & Bare, 2004:2137).

Volgens die Infeksiebeheer Handleiding van die hospitaal moet ontsmetting van die termometers na gebruik by 'n pasiënt streng toegepas word, voordat dit by 'n volgende pasiënt gebruik word. Slegs 'n enkele respons oor kruisinfeksie wat as gevolg van gemeenskaplike gebruikte termometers kan voorkom, is genoem.

- **Gevolgtrekking**

Slegs een respondent wou 'n termometer vir eie gebruik gehad het. Die respondent het slegs die hantering van gebruikte termometers bevraagteken.

- **Aanbeveling**

Die moontlikheid moet ondersoek word om 'n persoon wat sy eie termometer wil hê die geleentheid te gee om dit te kan kry.

4.3.5.1.3 Beddens

Die belewenis dat hospitaalbeddens gemaklik en ondersteunend is hospitalisasie dui op kwaliteitverpleegsorg (Kozier, *et al.*, 2004:745). Slegs een respondent het die elektroniese bed positief beleef omdat dit tot haar gemak bygedra het, aangesien sy lank bedlêend was.

- **Gevolgtrekking**

Aangesien daar geen negatiewe response ten opsigte van die beddens was nie kan aanvaar word dat die beddens in die behoeftes van die respondente voldoen het.

4.3.5.2 Fasiliteite

Die beskikbaarheid van fasiliteite van die hospitaal dra by tot die ervaring dat kwaliteitverpleegsorg gelewer word (Kozier, *et al.*, 2004:671, 682; Mellish &

Paton, 2008:71). Een respondent het die afwesigheid van stortfasiliteite as negatief beleef.

4.3.5.2.1 Stort fasiliteite

Pasiënte vind dit post-operatief meer gemaklik om van 'n stort as 'n bad gebruik te maak (Kozier, *et al.*, 2004:698-69). Slegs een respondent het gemeld dat sy liever sou wou stort. Haar voorkeur spruit uit die rede dat sy fisies nie in die bad kon pas nie.

- **Gevolgtrekking**

Die meerderheid van respondente het nie die afwesigheid van storte as swak kwaliteit verpleegsorg beleef nie.

- **Aanbeveling**

Dit sou voordelig wees indien daar in een van die badkamers in die saal 'n stort geïnstalleer kon word, sodat daar ook in die behoefte van uitsonderlike groot pasiënte se higiëne voorsien kan word.

4.3.6 Pasiënt-tevredenheid

Dit kan nie vooraf bepaal word of pasiënte tevredenheid met verpleegsorg wat gelewer gaan word sal ervaar of nie, nie. Dit is 'n belewenis wat as gevolg van persone se ervaringe (positief of negatief) oor 'n tydperk gevorm word. Hierdie ervarings word gevorm deur die graad van tevredenheid of daar aan hul verwagtinge voldoen is of nie. Indien aan hulle verwagtinge voldoen is, is dit 'n aanduiding van kwaliteit verpleegsorg wat gelewer is (Mrayyan, 2006:226; Pickert Institute, 2007:intyds; Oermann, *et al.*, 2000:242; Schmidt, 2003:393).

Die meerderheid respondente (11)¹⁷ het aan die begin van die onderhoud aangedui dat hul tevrede met die verpleegsorg was. Slegs een respondent was minder tevrede oor die algemeen en het so aan die begin van die onderhoud aangedui.

Tydens die verloop van die onderhoude was daar 59 positiewe response ten opsigte van verpleegsorg beleef. In kontras hiermee was daar 23 belewensisse dat kwaliteit verpleegsorg nie ervaar is nie.

- **Gevolgtrekking**

In die algemeen blyk dit dat die verpleegsorg toegepas, pasiënt tevredenheid tot gevolg gehad het en kwaliteit verpleegsorg dus gelewer is.

- **Aanbeveling**

Dit word aanbeveel dat 'n verslag van hierdie bevindinge aan die privaathospitaal vir kennisname gestuur word.

Persone in bestuursposisies moet kennis neem dat waarde geheg kan word aan pasiënte se belewensisse van sorg gelewer, eerder as om dit slegs deur 'n vraelys te doen.

'n Verslag sal aan die Hospitaal bestuur voorgelê word rakende die bevindinge van die navorsing. Bestuur kan hierdie inligting deurgee aan die verpleegpersoneel.

¹⁷ Alhoewel hier na getalle verwys word, het dit nie 'n kwantitatiewe betekenis nie. Dit word slegs gebruik om die belang van die uitsette uit te wys.

4.4 SAMEVATTING

In die geheel gesien wás kwaliteit verpleegsorg gelewer in die tyd wat die navorsing uitgevoer was. **Professionele gedrag** van die verpleegkundiges is positief beleef asook hulle **toegewydheid** in die uitvoering van verpleegprosedures. Kommunikasie en pynhantering wat onder professionele gedrag ressorteer is deur die meerderheid van respondente as negatief beleef. Die **toeganklikheid** van die verpleegsorg is ook deur die meerderheid respondente positief beleef. Ten opsigte van 'n **terapeutiese omgewing** was daar eweveel negatiewe en positiewe belewenisse rakende kwaliteit verpleegsorg.

Aanvaarbaarheid van verpleegsorg is deur die meerderheid respondente as positief, dit wil sê, kwaliteit sorg is gelewer, beleef. Respondente het egter **doeltreffendheid** negatief beleef, aangesien hulle ervaar het daar is 'n personeel tekort wat 'n hoë werkslading tot gevolg het. Die meerderheid respondente het **pasiënt-tevredenheid** in hierdie navorsing beleef.

4.5 LEEMTES

Die leemte wat in die navorsing beleef is, is dat die groep respondente uit meer vroue bestaan het en dat die meerderheid Afrikaanssprekend was. Groepe wat uit meer mans bestaan en/of meer respondente van 'n ander taalgroep of kultuurgroep insluit se belewenisse oor verpleegsorg mag verskil.

4.6 AANBEVELINGS

Die volgende aanbevelings word in die algemeen gemaak:

4.6.1 Situasië-analise

Die Hospitaalbestuur behoort 'n behoorlike situasie-analise te doen waarin die volgende ondersoek moet word:

- ❖ personeelvoorsiening, saalaktiwiteite en pasiënt-omset, ten einde werkslading te kan bepaal
- ❖ personeelsamestelling (“skill mix”) is.
- ❖ hoeveelheid nie-verpleegkundige take, onder andere administratiewe take gedoen moet word.
- ❖ effektiwiteit van pasiënt-verpleegkundige kommunikasie in die afdeling
- ❖ hospitaalbestuur moet die benutting en aanstelling van lekwerkers (“careworkers”) heroorweeg, teenoor die aanstelling van ingeskrewe verpleegassistente asook meer professionele verpleegkundiges.

4.6.2 Personeelontwikkeling

- Personeelontwikkeling moet fokus op:
 - ❖ Versterking van kennis en toepassing van die SARV Regulasie R2598 (November 1984, soos gewysig).
 - ❖ Verpleegkundiges werksaam in die chirurgiese saal moet die geakkrediteerde Pynbeheer- kursus deurloop.
 - ❖ Identifisering van die beste praktyk (“evidenced based practice”) insake pynhantering nadat morfien infuse gestaak is en die implementering daarvan.

4.6.3 Beloningstelsel

- Implementering van ‘n erkenning/beloningstelsel aan personeel wat kwaliteit verpleegsorg lewer, soos aangedui deur terugvoer vanaf pasiënte.

4.6.4 Post-operatiewe spyskaart

Opstel van ‘n spesifieke post-operatiewe spyskaart

4.6.5 Storte

- Die instalering van storte om in die behoefte van uitsonderlike groot pasiënte se higiëne te kan voorsien moet ondersoek word.

4.6.6. Verdere navorsing

- Die uitvoer van soortgelyke navorsing, om die belewenisse van ander groepe respondente en ook in 'n ander omgewing (staatshospitaal) te kan identifiseer.

4.7 SLOT

Yoder-Wise (2003:174) en Cherry & Jacob (2005:473) beklemtoon dat kliënte (pasiënte) in 'n gesondheidsorg organisasie éintlik kwaliteit definieer. Ten einde suksesvolle diens te kan lewer behoort gesondheidsorgorganisasies **die** aspekte te identifiseer wat vir hul pasiënte belangrik is, en moet hulle daarop fókus om die kwaliteit van verpleegsorg te handhaaf of te verbeter. Die genoemde skrywers beklemtoon ook die belangrikheid daarvan om die pasiënte as die belangrikste kliente van 'n gesondheidsorgorganisasie te sien en hulle belewenisse van verpleegsorg as standarde vir kwaliteit verpleegsorg te gebruik.

BIBLIOGRAFIE

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *Journal of the American Medical Association*. 288(16):1987-1993.

Aspinall, F., Addington-Hall, J., Huges, R. & Higginson, I. 2003. Using satisfaction to measure quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 42(4):324-339.

Attree, M. 2001. Patient's and relative 's experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*. 33(4):456-466.

Babbie, E. 2004. *The practice of sosial research*. 10th ed. Belmont:Thomson Wadsworth.

Babbie, E. & Mouton, J. 2001. *The practise of social research*. South African edition. Kaapstad:Oxford University.

Barkell, N.P., Killinger, K.A. & Schultz, S.D. 2002. The relationship between nurse staffing models and patient outcomes: A descriptive study. *Outcomes Management*. 6:27-33.

Basset, C. 2002. Nurse's perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*. 8:8-15.

Blank, F.S., Mader, T.J., Wolfe, J., Keyes, M., Kirschner, R. & Provost, D. 2001. Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. *Journal of Emergency Nursing*. 27:327-334.

Blegen, M.A., Vaughn T. & Vojir, C.P. 2008. Nurse staffing levels: Impact of organizational characteristics and registered nurse supply. *HSR: Health Services Res.* 43(1):154-173.

Booyens, S.W. 2000. *Introduction into health Service Management*. Kenwyn: Juta & Co.Ltd.

Booyens, S.W. 1998. *Dimensions of Nursing Management*. 2nd ed. Capetown: Yuta.

Booyens, L., Erasmus, H.M. & Van Zyl, M.D. 2004. *The auxiliary Nurse*. Capetown: Juta and Co Ltd.

Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. 2001. Nurse's communication skills: an evaluation of the impact of solution- focussed communication training. *Journal of Advanced Nursing*. 36:347-354.

Brink, H. 2006. *Fundamental of research methodology for Health care professionals*. 2nd ed. Kaapstad: Juta.

Bruckenthal, P. 2007. Controlled substances: Principles of safe prescribing. *The Nurse Practitioner*. 32(5):7-11.

Buerhaus, P.I., Donelan, K., Ulrich, B.T., Norman, L. & Dittus, R. 2005. Is the shortage of hospital registered nurses getting better or worse? Findings from two recent national survey of RNs. *Nursing Economics*. 23(2):61-96.

Burkhardt, M.A. & Nathaniel, A.K. 2002. *Ethics and issues in contemporary nursing*. 2nd ed. Albany New York: Delmar.

Burns, N. & Grove, S.K. 2005. *The Practice of Nursing Research: conduct, critique and utilization*. Missouri: Elsevier Saunders.

Cape Argus. 2007. Cape nursing shortage critical. [online]. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_6820/is_2_8/ai_n28173278/pg_7/?tag=content;col [Accessed on 3 September 2008].

Castledine, G. 2002. Patient comfort rounds: a new initiative in nursing. *Journal Nursing*.11(6):407.

Cheng, S.H., Yang, M.C. & Chiang, T.L. 2003. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for Quality in Health care*. 15(4):345-355.

Cherry, B. & Jacob, S.R. 2005. *Contemporary Nursing – issues, trends and management*. St. Louis, Missouri:Elsevier Inc.

Clemes, M.D., Ozanne, L.K., & Laurenson, W.L. 2001. Patient's perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of healthcare in New Zealand. *Health Mark Q*. 19(1):3-22.

Collet, K. 2008. Inligtingsgesprek met Kliëntediens Bestuurder van Hoogland Medi-Clinic. Januarie. Bethlehem.

Coulter, A. & Clearly, P. 2001. Patient's experience with hospital care in five countries. *Health Affairs*. 20(3):244-252.

Coyle, J. & Williams, B. 2001. Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person centeredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*. 36(3):450-459.

Creswell, J.W. 1994. *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks:Sage.

Davis, L.A. 2005. A phenomenological study of patients expectations concerning nursing care. *Holistic Nurse Practitioner*. 126-133.

Defloor, T., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E. & Grypdonck, M. 2006. The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 56(6):669-678.

Des Roches, C., Donelan, K., Buerhaus, P. & Zhonghe, M.S. 2008. Registered Nurses use of Electronic Health Record: National Survey Results. *Medscape Journal of Medicine*. [online] Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/574733?src=mp&spon=24&uac=113988MK>>[Accessed 25 Julie, 2008].

Du Toit, D.A. & Van Staden, S.J. 2006. *Nursing Sociology*. 3rd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Donaldson, L. 2003. Expert patients usher in a new area of opportunity for the NHS. *British Medical Journal*. 326(7402):1279.

Dougall, A., Russell, A., Rubin, G. & Ling, J. 2000. Rethinking patient satisfaction: patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. *Social Science and Medicine*. 50:53-62.

Edwards, C. 2000. Accessing the user's perspective. *Health and Social care in the community*. 8(6):417-424.

Ellis, J. R. & Hartley, C.L. 2001. *Nursing in today's world: challenges, issues and trends*. 7th ed. New York: Lippincott.

Erwin, N.E. 2006. Does patient satisfaction contribute to nursing care quality ?
The Journal of Nursing Administration. 36(3):126-30.

Erwin, N.E. & Pierangeli, L. 2005. The concept of decisional control: Building the base for evidence based nursing practice. *Worldviews Evid Based Nursing*. 2(1):1-9.

Evenpoel, L. 1999. *Effective Postoperative Pain Relief – an easy and practical guide*. Capetown: Left Justified cc.

Flick, U. 2007. *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd.

Foss, C. 2002. Gender bias in nursing care ? Gender related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 16:19-26.

Gibbs, G. 2007. *Analyzing Qualitative Data*. London: Sage Publications Ltd.

Graham, J. 2002. Adults perceptions of pain management at triage: a small exploratory study. *Accident and Emergency Nursing*. 10:78-86.

Greiner, B.A., Krause, N., Ragland, D. & Fischer, J.M. 2004. Occupational stressors and hypertension: A multi – method study using observer– based job analysis and self- reports in urban transit operators. *Social Science and Medicine*. 59:1081-1094.

Gordan, D.B., Pellino, T.A., Miaskowski, C., McNeill, J.A., Paice, J.A., Laferriere, D. & Bookbinder, M. 2002. A 10 year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes and measures. *Pain Management Nursing*. 3:116-130.

- Gunther, M. & Alligood, M.R. 2002. A discipline specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 38(4):353-359.
- Hall, D. 2004. Work related stress of registered nurses in hospital settings. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2(1):6-14.
- Heinz, D. 2004. Hospital nurse staffing and patient outcomes: A review of current literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 23:44-50.
- Heigan, I. 2006. Medi-clinic Group. *Basic Procedure Training Manual*: Stellenbosch.
- Henderson, A., Van Eps, M.A., Pearson, K., James, C., Henderson, P. & Osborne, Y. 2007. 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurse's 'care about' them. *Jan Original Research*. 23(5):146-153.
- Hiidenhovi, H., Nojonen, K & Laippala, P. 2002. Measurement of outpatients views of service quality in a Finnish University Hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 38(1):59-67.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 1996. *Qualitative Research for Nurses*. Oxford: Blackwell Science.
- Huber, D. 2000. *Leadership and Nursing Care Management*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders.
- Hudak, P.L., McKeever, P.D. & Wright, J.G. 2004. Understanding the meaning of satisfaction with treatment outcome. *Medical Care*. 42(8):718-725.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C. National Academy Press.

Jarret, N.J. & Payne, S.A. 2000. Creating & maintaining optimism in cancer care communication. *International Journal of Nursing Navorsings*. 37:81-90.

Johansson, P. Oleni, M & Fridliund, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health Care: A literature study. *Scandinavian Journal of caring sciences*.16:337-344.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations: Special Report. 2004. JCAHO National patient safety goals: practical strategies and helpful solutions for meeting these goals. *Joint Commission Perspect Patient Safety*. 3(9):2.

Jooste, K. 2003. *Leadership in health services management*. Lansdowne:Juta.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S.J. 2004. *Fundamentals of Nursing, concepts, process and practise*. 7th ed. New Yersey: Pearson Education.

Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & de Wiel, H.B.M. 2001. Communication Skills of Nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. 34:772-779.

Larrabee, J.H. & Bolden, L.V. 2001. Defining patient perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*. 16:34-60.

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.J., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C. & Plos, K.A.E. 2007. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal Caring Science*. 21:313-320.

Le Roux, R.& De Klerk, R. 2001. *Emosionele Intelligensie*. Kaapstad: Human & Rosseau (Edms) Bpk.

Letvak, S. & Buck, R. 2008. Factors influencing work productivity and intent to stay in Nursing. *Nursing Economy*. 26(3):159-165.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*. 322(7318):908-911.

Louw, D.A & Edwards, D.J.A. 2005. *Sielkunde: 'n inleiding vir studente in Suider Afrika*. 2e uitgawe. Johannesburg: Heinemann Uitgewers (Pty.Ltd).

Lumby, J. & England, K. 2000. Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *International Journal of Nursing Practice*. 6:140-145.

Lynn, M., Bradley, J. McMillen, J. & Sidani, S. 2007. Understanding and Measuring Patient's Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing research*. 56(3):159-166.

Maben, J., Latter, S. & MacLeod Clark, J. 2006. The theory practice gap: impact of professional – bureaucratic work conflict of newly qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 55:465-477.

Mack, N., Woodsong, C., Mac Queen, M., Guest, G. & Namey, E. 2005. Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide [online] Available from:<http://www.fhi.org/en/rh/pubs/bookreports/qrm_datacoll.htm> [Accessed 10 February, 2009].

Mark, B. 2003. Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 22(4):224-234.

- McCabe, C. 2004. Nurse – patient communication an exploration of patient experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 14(1):41-49.
- MacClean, L.M., Meyer, M. & Estable, A. 2004. Improving Accuracy of Transcripts in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 14(1):113-123.
- McCue, M., Mark, B.A. & Harless, D.W. 2003. Nurse staffing, quality and financial performance. *Journal Health Care Finance Summer*. 29(4):54-76.
- McDonald, D.D., McNulty, J., Erikson, K. & Weiskopf, C. 2000. Communicating pain and pain management needs after surgery. *Applied Research*. 13:70-75.
- McGillis Hall, L., Doran, D. & Pink, G.H. 2004. Nursing staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 34:41-45.
- McGilton, K., Irwin-Robinson, H., Boscart, V. & Spanjevic, L. 2006. Communication enhancement: Nurse and patient satisfaction outcomes in complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*. 54(1):35-44.
- Meade, C.M. 2006. Effects of nursing rounds: on patients call light use, satisfaction and safety. *The American Journal of Nursing*. 106(9):55-70.
- Meade, C.M., Bursell, A.L. & Ketelsen, L. 2006. Effects of nursing rounds on patient's call light use, satisfaction and safety. *AJN*. 106(9): 58-71.
- Medi-Clinic Group: Corporate Infection Control Policy. 2008. [online] Available from: <<http://www.mediclinic.co.za>>[Accessed 10 February, 2009].
- Medi-Clinic Group: Careworker Workprofile. 2008. [online] Available from: <<http://www.mediclinic.co.za>>[Accessed 10 February, 2009].

Mellish, J.M. & Paton, F. 2008. *An introduction to the Ethos of Nursing*. 2nd ed. Sandton: Heinemann Higher & Further Education.

Meyer, S.; Naude, M. & van Niekerk, S. 2008. *The Nursing Unit Manager: A Comprehensive Guide*. 2nd ed. Sandton: Heinemann Higher and Further Education(Pty) Ltd.

Miller, S.K., Alpert, P.T. & Cross, C.L. 2008. Overweight and Obesity In Nurse Advanced Practice Nurses and Nurse Educators. *Journal America Academy Nurse Practitioners*. 20:259-265.

Mouton, J. 2005. *How to succeed in your Master's & Doctoral Navorsings. A South African Guide and Resource Book*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Mrayyan, M.T. 2006. Jordanian nurse's job's satisfaction and quality of nursing care. *International Nursing Review*. 53(3) Sep:224-230.

Muller, M. 2008. *Nursing Dynamics*. 3rd ed. Sandown: Heinemann Publishers (Pty) Ltd.

Muntlin, A., Gunningberg, L. & Carlsson, M. 2006. Patient's perception of quality care at an emergency department and identification of area's for quality improvement. *Journal Clinical Nursing*. 15(8):1045-1056.

Needleman, J., Buerhaus, P.I., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. 2003. Measuring hospital quality: Can Medi care data subsitute for all-payer data? *Health Services Research*. 38:487-508.

Norrish, B. R. & Rundall, T. G. 2001. Hospital restructuring and the work of registered nurses. *The Milbank Quarterly*. 79:55-79.

Oermann, M.H., Lambert, J. & Templin, T. 2000. Parent's perceptions of quality healthcare. *The American Journal of Maternal / Child Nursing*. 25:242-247.

Pasero, C. & McCaffery, M. 2001. Pain control: The patient's report of pain. *American Journal of Nursing*, 101(2):73-74.

Pera, S.A. & Van Tonder, S. 2005. *Ethics in Health Care*. 2nd ed. Landsowne: Juta & Co. Ltd.

Perla, L. 2002. Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*. 16(2):60-66.

Peterson, W. E., Charles, C., DiCenso, A. & Sword, W. 2005. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 52(2): 672-681.

Picker Institute – Europe Survey information. 2007. [online]. Available from: <<http://www.pickereurope.org/page.php?id=21>> [Accessed 1 March, 2007].

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2004. *Nursing Research : Principles and Methods*. 7th edition. Philadelphia:Lippencott Williams & Wilkens Co.

Phipps, W.J., Monahan, F.D., Sands, J.K., Marek, J.F. & Neighbours, M. 2003. *Medical Surgical Nursing. Health and illness perspectives*. 7th edition, St Louis: Mosby.

Pogatzki-Zahn, E.M. 2007. Postoperative pain – clinical implications of basic research. *Science Direct – Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. [online] Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science-ob=Article URL&-udi=B6WBC-4NDFBNJ-3>> [Accessed 12 June, 2008].

Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. 2000. Qualitative Research in Health Care: Analysing qualitative data. *British Medical Journal*. Jan.8, 2000. [Accessed 10 July 2008].

Potter, P., Barr, N., McSweeney, L. & Sledge, J. 2003. Identifying Nurse Staffing and Patient Outcome Relationships: A guide for Change in Care Delivery. *Nurse Economy*. 21(4):158-166.

Rapley, T. 2007. *Doing Conversation, Discourse and Document Analysis*. London: Sage Publications Ltd.

Reynolds, W. & Scott, P.A. 2000. Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*. 32:235-242.

Rogers, A., Karlsen, S. & Addington–Hall, J. 2000. All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong: dissatisfaction with hospital care in the last year of life. *Journal of Advanced Nursing*. 31(4):768 -774.

Schmidt, L.A. 2003. Patient's perceptions of nursing care in hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*. 44(4):393-399.

Schneider, H. & Gilson, L. Centre of Health Policy. 2000. Initiatives Quality of Care in South Africa. Seminar Proceeding. Quality Care Initiatives in South Africa: What lessons for Policy ? Kopanong Benoni, 22 – 23 November 2000. *Centre of Health Policy*. University Witwatersrand.[online] Available from: <<http://www.doh.gov.za/docs/misc/hsummito1/sectionza.pdf>>[Accessed 24 November, 2008].

Searle, C. 2008. *Professional Practise A South African Nursing Perspective*. 4th ed. Kwazulu Natal: Heineman.

Sengin, K.K., 2001. The relationship between job satisfaction of registered nurses and patient satisfaction with nursing care in acute care hospitals.[online]. Available from<:<http://www.proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=07-09-2013&FMT=7&DID=72847937>> [Accessed 10 julye, 2008]

Mediclinic. Sentraal Streek *Patient Questionnaire*.

Sequist, T.D. Fritzmaurice, G.M. & Marshall, R. 2008. Physician performance and racial disparities in diabetes mellitus care. *Arch Intern Medical*. 168:1145-1151.

Sitzia, J., & Wood, N. 1997. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45:1829-1843.

Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2004. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippencott Williams & Wilkins.

South African Constitution 2007. *Patients Right's Charter*. [online]. Available from:<<http://www.doj.gov.za/VC/docs/policy/Patient%20Rights%20Charter.pdf>> [Accessed on 17 March, 2009].

South African Nursing Council. 2004. *Draft Charter of Nursing Practice*. [online]. Available from<:<http://www.sanc.co.za/pdf/Charter%20Draft.pdf>> [Accessed on 4 April, 2009].

South African Nursing Council. *Regulations:Scope of Practice*. 2007. [online]. Available from<:<http://www.sanc.za/regulat/Reg-scp.htm>> [Accessed on 12 Februarie, 2007)

Spence Laschinger, H.K. & Almost, J. 2003. Patient satisfaction as a nurse-sensitive outcome. *In Nursing Sensitive Outcomes: State of the Science*. 243-281.

Stadtländer, C.T.K.H. 2008. Transcription of Qualitative Research Data. *Family Practice*.25:127-131.

Staniszweska, S. & Henderson, L. 2004. Patients' evaluations of their healthcare the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient education and counseling*. 55:185-192.

Streubert Speziale, H.J. & Carpenter, D.R. 2003. *Qualitative Research in Nursing: advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippencott Williams & Wilkens.

Suhonen, R., Välimäki, M., Leino- Kilpi, H. 2005. Individualised care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 50(3):283-292.

Suhonen, R., Välimäki, M., Leino- Kilpi, H. 2002. "Individualised care" from patient's, nurse's and relatives perspective- A review of literature. *International Journal of Nursing Navorsings*. 39(6):645-654.

Suhonen, R., Välimäki, M., Leino- Kilpi, H. & Katajisto, J. 2004. Testing the individualised care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.18(1):27-36.

Suid Afrikaanse Raad op Verpleeging. Regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die wet op Verpleging, 1978, geregistreer of ingeskryf is. R2598. November 1984, soos gewysig.

Takase, M., Kershaw, E. & Burst, L. 2001. Nurse environment misfit and nursing practise. *Journal of Advanced Nursing*. 35(6):819-826.

Takase, M., Maude, P. & Manias, E. 2005. Impact of the perceived public image of nursing on nurse's work behaviour. *Nursing and Healthcare Management and Policy*. 4:333-343.

Tarantino, P. 2004. How should we measure patient satisfaction?. *Physician Executive*. [online]. Available from: <<http://findarticles.com/p/articles/mi-m0843/is-4-30/ai-n6133532>> [Accessed 18 Julie, 2007].

Tesch, R. 1990. *Qualitative Research: analyses types and software tools*. New York: Falmer.

Thi, P.L.N., Briancon, S., Emperiur, F. & Guillemin, F. 2002. Factors deterring inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*. 54:493-504.

Thomas, L.H., MacMillan, J., McColl. E., Priest, J., Hale, C. & Bond, S. 1995. Obtaining patient's views of Nursing care to inform the development of a Patient Satisfaction Scale. *International Journal for Quality Health Care*. 7(2):153-166.

Tomey, A.M. & Alligood, M.R. 2006. *Nursing Theorists and their work*. 6th ed. St Louis: Mosby.

Tomlinson, J.S. & Clifford, Y.K. 2006. Patient satisfaction: An increasingly important measure of quality. *Annals of Surgical Oncology*. 13(6): 67-72.

Thorsteinsson, L.S.C.H. 2002. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 11:32-44.

Tourangeau, A.E., Cranley, L.A. & Jeffs, L. 2006. Impact of nursing on hospital patient mortality: A focused review and related policy implications. *Quality and Safety In Health Care*. 15:4-8.

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. & Vargas, D. 2004. Nurse burnout and patient Satisfaction. *Medical care*.42(2):1157-1166.

Verster, K. 2005. Caring Client Service. *Medi-Clinic Corporation*: Stellenbosch.

Ward, S., Donovan, H.S., Owen, B., Grosen, E. & Serlin, R. 2000. An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in woman with gynecologic cancers. *Research in Nursing & Health*. 23: 393-405.

Williams, B. 1994. Patient satisfaction a valid concept ?. *Social Science & Medicine*. 381(4).

Wolf, Z.R; Miller, P.A. & Devine, M. 2003. Relationship between nurse caring and patient satisfaction patients undergoing invasive cardiac procedure. *Medsurgical Nursing*. 12(6):391–396.

Yoder-Wise, P.S. 2003. *Leading and Managing in Nursing*. 3rd ed Missouri: Mosby.

Young, G.J., Meterko, M. & Desia, K.P. 2000. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characterize. *Medical Care*. 38: 325–334.

Zalon, M.L., Constantino, R.E. & Andrews, K.L. 2008. The right to pain treatment. *Dimensions Critical Care Nurse*. 27(3):93-101.

OPSOMMING

Die doel van die navorsing was om pasiënte se belewenisse van hulle verpleegsorg as aanwyser van kwaliteit verpleegsorg te beskryf. Pasiënte evalueer kwaliteit van verpleegsorg na aanleiding van hul eie belewenisse en verwagtinge.

'n Kwalitatiewe, fenomenologiese en kontekstuele navorsing is gedoen om vyftien pasiënte se belewenisse van verpleegsorg te verken en te beskryf. Data-insameling is deur middel van in-diepte onderhoude gedoen. In hierdie navorsing het 'n positiewe belewenis van verpleegsorg op pasiënt tevredenheid en gevolglike lewering van kwaliteit verpleegsorg gedui. 'n Negatiewe belewenis het daarop gedui dat die pasiënt nie met die verpleegsorg tevrede was nie en lewering van kwaliteit verpleegsorg is nie ervaar nie.

Die data is aan die hand van die stappe, soos beskryf deur Tesch, gedoen. Die volgende kategorieë, wat die eienskappe van kwaliteit verpleegsorg beskryf, is geïdentifiseer: doeltreffendheid, professionele voorkoms en gedrag, terapeutiese omgewing, aanvaarbaarheid, toeganklikheid en pasiënt-tevredenheid.

Professionele gedrag van die verpleegkundiges is positief beleef asook hulle toegewydheid in die uitvoering van verpleeg- prosedures. Kommunikasie en pynhantering wat onder professionele gedrag ressorteer is deur die meerderheid van respondente as negatief beleef. Die toeganklikheid van die verpleegsorg is ook deur die meerderheid respondente positief beleef. Ten opsigte van 'n terapeutiese omgewing was daar eweveel negatiewe en positiewe belewenisse rakende kwaliteit verpleegsorg. Aanvaarbaarheid van verpleegsorg is deur die meerderheid respondente as positief, dit wil sê, kwaliteit sorg is gelewer, beleef. Respondente het egter doeltreffendheid negatief beleef, aangesien hulle ervaar het daar is 'n personeel tekort wat 'n hoë werkslading tot gevolg het. Die meerderheid respondente het pasiënt-tevredenheid beleef.

Die navorsing het uitgewys dat die belangrikste rolspeler in gesondheidsorg, die pasiënt, se belewenis van wat kwaliteitsorg uitmaak, kan verskil van dit wat deur middel van algemene vraelyste ingewin word. Hierdie bevinding behoort nie sonder meer geïgnoreer te word indien die lewering van kwaliteit verpleegsorg 'n belangrike fokus vir 'n maatskappy of departement is nie.

SUMMARY

The purpose of the study was to describe patients' experience of nursing care as an indicator of the quality of nursing care that they received. Patients evaluate the quality of nursing care according to their own experience and perceptions.

A qualitative, phenomenological and contextual research was done to explore and describe fifteen patients' experiences of nursing care. Data collection was done by means of in-depth interviews. In this study a positive experience of nursing care experience by the patients indicated patient satisfaction and therefore that quality nursing care was rendered. Negative experiences indicate that the patients were not satisfied with the nursing care and therefore quality nursing care was not rendered.

The data was analysed according to the steps described by Tesch. The following characteristics that describe quality nursing care were identified: applicability, professional knowledge and competence, therapeutic environment, acceptability, accessibility and patient satisfaction.

The respondents experienced the professional behaviour of nurses as well as their dedication in doing nursing procedures as positive. Communication and pain management that forms part of professional behaviour, were negatively experienced by most of the respondents. Accessibility was also positively experienced by the majority of the respondents. The therapeutic environment as part of quality care was experienced as both positive and negative by an equal number of respondents. Acceptability of nursing care was experienced as positive, meaning that quality nursing care was rendered. Respondents experienced applicability negatively due to the fact that they experienced that the personnel was short staffed. Respondents experienced that this lead to a high working load. The majority of respondents experienced patient satisfaction.

It is indicated through this study that the experience of the patient of the most important role player in health care, the patient, could differ from the information obtained through questionnaires or surveys. This finding should not merely be ignored if rendering of quality care is an important focus of a company or department.

KEY PHRASES

- Quality nursing care
- Nursing care
- Experience
- Support
- Nursing procedures
- Pain treatment
- Scheduling of nursing staff
- Empathy
- Communication
- Explain

BYLAE A 1

Toestemming tot deelname aan onderhoud en die bandopname daarvan.

TOESTEMMING

Hiermee verklaar ek myself vrywillig bereid om aan 'n onderhoud deel te neem

Ek gee toestemming dat die gesprek op band opgeneem mag word

Geteken : _____

Datum : _____

Baie dankie !

Consent : Consent to participate in an interview and tape recording thereof

CONSENT

I hereby declare myself voluntarily prepared to participate in an interview.

I give my consent that the interview may be tape recorded

Signed : _____

Date : _____

Thank you !

BYLAE A2 :

Inligtingstuk tot deelname aan Navorsing studie.

Navorsingonderwerp : Pasiënte se belewenis van verpleegsorg in 'n chirurgiese saal as aanwyser van kwaliteit verpleegsorg

Geagte Meneer / Mevrou

Baie dankie dat u ingewillig het om met hierdie navorsing behulpsaam te wees. Dit word vertrou dat almal betrokke by die navorsing iets daaruit sal leer en dat die pasiënte in die toekoms baat sal vind by die kennis wat ingewin sal word.

Die navorsing bestaan uit 'n onderhoud wat met u gevoer sal word om die navorsingsvraag aan u te vra. Onderhoude sal op oudioband vasgelê word, om latere transkribering en verwerking te vergemaklik. Dit sal in 'n private omgewing gevoer word, sodat die gesprekke so konfidensieël as moontlik sal wees. Sodoende word u privaatheid beskerm.

U word vriendelik versoek om die vraag so eerlik moontlik te beantwoord. Die navorser verseker vertroulikheid en anonimiteit te alle tye. Geen verpleeg personeellid sal toegang tot oudiobande of getranskribeerde notas hê nie. Daarom word u naam nie verlang nie, slegs 'n verwysingsnommer sal aan elke deelnemer toegesê word.

Neem asseblief ook kennis dat u deelname vrywillig is, en u mag enige tyd van die studie onttrek indien u dit sou verkies, sonder dat daar op enige manier teenoor u gediskrimineer word. Skriftelike toestemming sal van u verwag word, voordat die studie uitgevoer word.

Daar sal geen vergoeding wees vir u nie. Die voordeel van deelname aan hierdie studie vir ander pasiënte, is om te verseker dat verpleegkundiges bewus sal wees wat pasiënte as kwaliteit verpleegsorg ervaar, sodat hulle meer ingestel sal wees om kwaliteit verpleegsorg te lewer. Inligting sal na afloop van die studie in 'n artikel gepubliseer word.

Nogmaals baie dankie vir u vriendelike samewerking.

Die uwe

Rida Geldenhuys

Patient information:

Research Subject : Patients experience of nursing care as an indicator of quality nursing care

Dear Sir / Madam

Thankyou for your willigness to participate in this research. I trust that future patients will benefit from the research results.

The research consist of an interview to ask the research question. The interview will be tape recorded for further processing of data. Interviews will be carried out in a quiet place, to protect your confidentiality and privacy.

I friendly request you to answer the question thruthfully. The researcher hereby guarantee anonymity. The information on the recorded tapes as well as the notes of the researher will not be available to any nursing personnel of the hospital No names or surnames will be used, only reference numbers.

Participation is not compulsory. You have the right to decide whether you want to participate and be hereby assured that you can withdraw from the research at any time. Your written consent is needed to be included in the study.

No remuneration will be paid. The benefit from the research results that it will inform nurses, how patients experience quality nursing care. The results will be published in an article

Thank you for your participation.

Rida Geldenhuis



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

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

E-pos adres: gndkhs.md@mail.uovs.ac.za

Me H Strauss

2008-06-13

ME HG GELDENHUYS
POSBUS 2075
BETLEHEM
9700

Geagte Me Geldenhuys

ETOVS NR 94/08

**PROJECT TITLE: PASIËNTE SE BELEWENIS VAN VERPLEEGSORG IN 'N
CHIRURGIESE SAAL AS AANWYSER VAN KWALITEIT VERPLEEGSORG**

- Hiermee word u in kennis gestel dat die Etiekkomitee bogenoemde navorsingsprotokol op 10 Junie 2008 goedgekeur het op voorwaarde dat die Inligtingstuk en Ingeligte Toestemming beskikbaar is in die taalkeuse van die deelnemer.
- Die volgende dokumente word deur die Etiekkomitee ter voorligting gebruik: Die Helsinki-verklaring; ICH-, GCP-, FDA- en MNR-riglyne oor biomediese navorsing; Riglyne vir Kliniese Proewe 2000 Departement van Gesondheid RSA; Etiek in Gesondheidsnavorsing: Beginsels, struktuur en prosesse Departement van Gesondheid RSA 2004; "Dept of Health: Guidelines for Good Practice in the Conduct of Clinical Trials with Human Participants in South Africa, Second Edition (2006)"; die Grondwet van die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe; en die riglyne van die SA Medisynebeheerraad, asook die reëls en regulasies met betrekking tot Medisynebeheer.
- Enige wysiging, uitbreiding of ander veranderinge aan die protokol moet aan die Etiekkomitee voorgelê word vir goedkeuring.
- Die Komitee moet ingelig word aangaande enige ernstige, nadelige gebeurtenis en/of die beëindiging van die studie.
- 'n Vorderingsverslag moet na afloop van een jaar ná goedkeuring ingelewer word in die geval van langtermynstudies en 'n finale verslag by voltooiing van langtermyn- sowel as korttermynstudies.
- Verwys asseblief na die ETOVS-verwysingsnommer in alle korrespondensie met die Etiekkomitee Sekretariaat.

n.

Milicaen
.....
PROF WH KRUGER
VOORSITTER: ETIEKKOMITEE



DE Botha, Skool vir Verpleegkunde, UV