



DIE KWALITEIT VAN SEKERE ASPEKTE VAN VERPLEEGSORG
VANUIT DIE OOGPUNT VAN SEKERE PASIËNTE IN DIE
BLANKE ALGEMENE VERPLEEGOPLEIDINGSHOSPITALE
IN DIE ORANJE-VRYSTAAT

deur

MAUD VERA VERMAAK

'n Verhandeling voorgelê om te voldoen aan
die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE (VERPLEEGKUNDE)

in die

018088

Fakulteit Sosiale Wetenskappe

(Departement Verpleegkunde)

aan die

Universiteit van die Oranje-Vrystaat

September 1979

Studieleier: Mej. L. R. Uys

UOVS-SASOL-BIBLIOTEK 0280840



111008074701220000019

Universiteit van die Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN

17-06-1980

KLAS No. 1610.73309683 Ver

No.

280840

BIBLIOTEEK

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE
BIBLIOTEK VERWYDER WORD

DANKBETUIGINGS

Graag spreek ek my opregte dank en waardering aan die volgende persone uit:

Die Direkteur van Hospitaaldienste in die Oranje-Vrystaat vir toestemming om die navorsing in hospitale onder sy beheer te doen;

Mev. C. I. van der Merwe, Hoofverplegingsbeampte van die Provinsiale Administrasie van die Oranje-Vrystaat, vir die hulp wat sy verleen het in haar amptelike hoedanigheid, sowel as vir haar persoonlike belangstelling;

die matrones en verpleegpersoneel van die hospitale waar die onderhoude gevoer is. Matrone R. Lochner van Bloemfontein word spesiaal bedank vir haar spontane aanbieding van toegang tot die lêers met bedankingsbriewe;

my studieleier, vir haar insig, wysheid en haar geduld;

Prof. R. A. Viljoen, vir sy leiding in verband met die opstel van die vraelys, die afbakening van die populasie en die trek van die steekproef;

Mev. E. Lamprecht, vir haar raad en hulp in verband met die statistiese berekeninge;

my vriendin, Hèlène Luwes, wie se bystand en onderskraging 'n bron van inspirasie was;

laastens, maar die belangrikste, alle lof en dank aan my Hemelse Vader wat my in staat gestel het om die taak te voltooi.

I N H O U D S O P G A W EPaginaHOOFSTUK 1DIE RATIONALE, DOEL EN ONTWERP VAN DIE STUDIE

INLEIDING EN RATIONALE	1
DIE DOEL VAN DIE STUDIE	2
DIE ONTWERP VAN DIE STUDIE	3

HOOFSTUK 2DIE ROL EN FUNKSIE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE

GESKIEDKUNDIGE ORIËNTASIE	6
DIE ONTWIKKELING VAN DIE KONSEP "VERPLEGING" IN DIE V.S.A. SEDERT DIE TWEEDE WERELDOORLOG	11
Die invloed van die sosiale wetenskappe op die konsep "Verpleging" in die V.S.A.	14
Die konsep "verpleging" in die V.S.A. vandag	15
Hospitaalverpleging in die V.S.A. in die praktyk	17
Huidige tendense om die situasie te verbeter	19
Samevatting	22
DIE BRITSE VERPLEEGKUNDIGE SE SIENING VAN HAAR ROL EN TAAK	22
Vakkundige literatuur en handboeke as aanwysers van die professie se siening	30
Samevatting	32
DIE SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGKUNDIGE SE SIENING VAN HAAR ROL EN TAAK	33
Universiteitsopleiding vir verpleegkundiges in Suid-Afrika	37
Samevatting	39

HOOFSTUK 3DIE PASIËNT : FOKUS VAN VERPLEEGSORG

INLEIDING	40
DIE KONSEPTE "SIEKROL" EN "PASIËNTROL"	41
Die siekrol	41
Die pasiëntrol	44
ROLGEDRAG VAN DIE PASIËNT	47
DIE PASIËNT SE BELEWENIS VAN SY VERPLEEGSORG	51
Die pasiënt se verwagting van die verpleegkundige	51
Die pasiënt se belewenis van sy kontak met die verpleegkundige	52
Pasiënte se tevredenheid met hul verpleegsorg	55
Redes waarom pasiënte nie kla nie	56
Faktore wat ontevredenheid in die hand werk	56
Samevatting	57

HOOFSTUK 4

METODES OM DIE PASIËNT SE ERVARING VAN SY VERPLEEG=
SORG TE MEET

STUDIES OOR PASIËNTE SE MENINGS AANGAANDE HULLE VERSORGING	59
Samevatting	66
STUDIES OOR DIE EMOSIONELE BEHOEFTE VAN PASIËNTE IN ALGEMENE HOSPITALE	67
Samevatting	
BESPREKING VAN DIE HELE HOOFSTUK	74

HOOFSTUK 5METODOLOGIE VAN DIE STUDIE

INLEIDING	76
Die instrumente	77
DIE VRAELYS	77
Ontwikkeling van die vraelys vir die voorlopige ondersoek	78
Eerste voorlopige vraelys	79
Tweede voorlopige vraelys	79
Struktuur van die vraelys	81
Die monster	82
Prosedure	83
Bespreking	84
Kategorie A. Oriëntering en inligting. Vrae 1 tot 29	84
Kategorie B. Higiëne en gemak. Vrae 30 tot 35	88
Kategorie C. Rus en slaap. Vrae 36 tot 42	89
Kategorie D. Vog en voeding. Vrae 43 tot 54	89
Kategorie E. Uitskeiding. Vrae 55 tot 64	89
Kategorie F. Wond. Vrae 65 tot 68	90
Kategorie G. Medikasies. Vrae 69 tot 71	90
Kategorie H. Pyn. Vrae 72 tot 76	90
Kategorie I. Privaatheid. Vraag 77	90
Kategorie J. Tydverdryf. Vrae 78 tot 80	90
Kategorie K. Onderrig. Vrae 81 tot 86	91
ONTLEDING VAN SKRIFTELIKE DANKBETUIGINGS EN KLAGTES	94
Die databron	94
Metode	94

	<u>Pagina</u>
Die getal boodskappe	94
Die diagnoses van die pasiënte	95
Inhoud van die boodskappe	96
Bespreking	98
DIE HOOFONDERSOEK	99
Die populasie	99
Die grootte van die populasie	102
Die steekproef	102
Prosedure vir onderhoudvoering	103

HOOFSTUK 6

RESULTATE VAN DIE HOOFONDERSOEK

AANBIEDING VAN DIE RESULTATE	104
A. BIOGRAFIESE DATA	105
Geslag	106
Huwelikstaat	107
Ouderdom	107
Beroepe	108
Woonplek	109
Diagnostiese kategorieë	109
Tydperk van hospitalisasie	111
Samevatting	111

DEEL I

RESPONSE OP ELKE VRAAG SOOS GEGEE DEUR RESPONDENTE IN STEDELIKE EN PLATTELANDSE HOSPITALE	112
--	------------

	<u>Pagina</u>
AFDELING B: IDENTITEIT EN ORIËTERING	
Vraag 1 : Vorige hospitalisasie	112
Vrae 2 tot 4 : Handhawing van identiteit en selfbeeld	113
Vrae 5 tot 15 : Oriëntering tot, en inligting oor die hospitaal	115
Vrae 16 tot 18 : Besoekure	128
Opsomming van Afdeling B	131
AFDELING C: BASIESE FISIESE BEHOEFTE	
C.1 Higiëne en gemak	132
Opsomming	136
C.2 Rus en slaap	136
Opsomming	141
C.3 Voeding	141
Opsomming	146
C.4 Uitskeiding	147
Opsomming	152
C.5 Pyn	153
Opsomming	156
AFDELING D: TEGNIESE VERSORGING	
D.1 Wondsorg	156
D.2 Medikasies	157
Opsomming	160
AFDELING E: PSIGIESE BEHOEFTE	
E.1 Privaatheid en tydverdryf	160
Opsomming	162
E.2 Voorligting, inligting, emosionele ondersteuning	162
Opsomming	174

	<u>Pagina</u>
AFDELING F: ALGEMENE GEVOEL	175

DEEL 2

VERGELYKING TUSSEN DIE ANDER BIOGRAFIESE VERANDERLIKES EN VRAE VAN TOEPASSING OP ELK	178
---	-----

A.2 Tipe Akkommodasie	178
A.3 Geslag	179
A.4 Huwelikstaat	181
A.5 Ouderdom	181
A.6 Beroep	183
Opsomming	188
A.7 Woonplek	189
A.8 Diagnose	189
A.9 Aantal dae in hospitaal	191

HOOFSTUK 7

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

BASIESE FISIESE, EN EENVOUDIGE TEGNIESE VERSORGING	194
ORIËNTERING, VOORLIGTING EN ONDERRIG	198
Aanbeveling 1	198
Aanbeveling 2	201
Aanbeveling 3	201
Aanbeveling 4	204
EMOSIONELE ONDERSTEUNING (VOORKOMING EN VERLIGTING VAN ANGS)	205
Rolpersepsie van die respondente	208
Aanbeveling 5	210
Aanbeveling 6	210

	<u>Pagina</u>
SLOT	211
BIBLIOGRAFIE	212
BYLAE 1: EERSTE VOORLOPIGE VRAELYS OOR PASIËNTE SE HOSPITAALERVARINGS	
BYLAE 2: TWEDE VOORLOPIGE VRAELYS OOR PASIËNTE SE HOSPITAALERVARINGS	
BYLAE 3: VRAELYS	
BYLAE 4: GIDS VIR VRAELYS	
BYLAE 5: KORRELASIES EN BEDUIDENDHEID OP DIE 5% PEIL	

LYS VAN TABELLE

<u>Tabel</u>		<u>Pagina</u>
5 - 1	Biografiese data van die respondente (voorlopige studie)	83
6 - 1	Verhouding tussen beddetalle en getalle respondente	105
6 - 2	Tipe akkommodasie	106
6 - 3	Getalle en persentasies mans en vroue	106
6 - 4	Huwelikstaat	107
6 - 5	Ouderdomme	108
6 - 6	Beroepe in volgorde van voorkoms	108
6 - 7	Woonplek	109
6 - 8	Diagnostiese kategorieë	110
6 - 9	Tydperk van hospitalisasie	111
6 - 10	Vraag 2: Ken die verpleegpersoneel u van?	113
6 - 11	Vraag 3: Gevoel oor aanspreekvorm wat hulle gebruik	113
6 - 12	Vraag 4: Wie het die meeste gedoen om u hier te laat tuisvoel?	114
6 - 13	Vraag 5: Weet u wie is die hoofsuster?	116
6 - 14	Vraag 6: Hoe het u uitgevind?	117
6 - 15	Vraag 7: Uitken van verskillende kategorieë van verpleegkundiges	118
6 - 16	Vraag 8: Hoe verskil hulle pligte?	119
6 - 17	Vraag 9: Hoe het u dit uitgevind?	119
6 - 18	Vraag 10: Gevoel oor vooruitsig op hospitalisasie	120
6 - 19	Vraag 10: Samevatting van tabel 6 - 18	121
6 - 20	Getal respondente wat inligting oor hospitaal= fasiliteite wou hê	123
6 - 21	Vraag 11: Die soort inligting wat hulle wou hê in volgorde van voorkoms	123

<u>Tabel</u>		<u>Pagina</u>
6 - 22	Vraag 12: Hoeveel van die inligting het u gekry?	124
6 - 23	Vraag 13: By wie het u die inligting gekry?	125
6 - 24	Vraag 14: Behoeftte aan oriëntering tot saal- omgewing en roetine	126
6 - 25	Getal respondente wat oriëntering benodig het	127
6 - 26	Vraag 15: Hoeveel oriëntasie is spontaan deur verpleegsters aan u gegee?	128
6 - 27	Vraag 16: Hoe voel u oor die besoekure?	129
6 - 28	Vraag 17: Gevoel oor oop besoektye	130
6 - 29	Vraag 18: Sou oop besoektye u naasbestaandes beter pas?	131
6 - 30	Vraag 19: Ervaring van volwas	133
6 - 31	Vraag 20: Behoeftte aan opknapping later in die dag	133
6 - 32	Vraag 21: Wat gebeur as u vra om later in die dag op te knap?	135
6 - 33	Vraag 22: Kry u genoeg geleentheid om tande te borsel?	135
6 - 34	Vraag 23: Kry u altyd genoeg hulp om te was?	136
6 - 35	Vraag 24: Wat hou u snags uit die slaap?	137
6 - 36	Vraag 25: Wat doen die verpleegsters as u nie kan slaap nie?	138
6 - 37	Vraag 26: Vind u baat by hulle optrede?	139
6 - 38	Vraag 27: Sou u verkies om soggens later te slaap?	141
6 - 39	Vraag 28: Weet die verpleegsters dat u eetlus swak is?	142
6 - 40	Vraag 30: Begrip van dieet	144
6 - 41	Vraag 31: Wie het voorligting gegee oor dieet?	145
6 - 42	Vraag 33: Kry u genoeg hulp om te eet?	146

<u>Tabel</u>		<u>Pagina</u>
6 - 43	Vraag 34: Word die ondersteek/urinaal gou genoeg gebring as u dit vra?	148
6 - 44	Vraag 35: Word dit gou genoeg na gebruik verwyder?	148
6 - 45	Totale van vrae 34 en 35	149
6 - 46	Vraag 36: Begrip van veilige hantering van kateter	150
6 - 47	Vraag 37: Wie het dit aan u verduidelik?	150
6 - 48	Vraag 39: Begrip van vogbalanskaart	151
6 - 49	Vraag 42: Word die pynstiller gou genoeg gebring as u dit vra?	153
6 - 50	Vraag 43: Ander verpleegaksies vir pyn= verligting	154
6 - 51	Vraag 44: Help die aksies?	155
6 - 52	Vraag 45: Voel u ooit dat verpleegpersoneel nie besef hoe reg u pyn is nie?	155
6 - 53	Vraag 46: Tevredenheid met versorging van wond	157
6 - 54	Vraag 47: Kennis en begrip van geneesmiddels	158
6 - 55	Vraag 48: Wie het medikasies verduidelik?	158
6 - 56	Vraag 49: Angs oor gebrek aan begrip van medikasies	159
6 - 57	Vraag 51: Pla die gebrek aan privaatheid vir u?	161
6 - 58	Vraag 52: Behoefte aan tydverdryf	162
6 - 59	Vraag 53: Ervaring van toets/behandeling	163
6 - 60	Vraag 54: Was u vooraf angstig oor die prosedure?	164
6 - 61	Vraag 55: Moet mens vooraf weet wat om te verwag?	165
6 - 62	Vraag 56: Wie het aan u verduidelik wat om te verwag?	166
6 - 63	Vraag 57: Begryp rede vir prosedure	167
6 - 64	Vraag 58: Wie het die rede verduidelik?	167

<u>Tabel</u>	<u>Pagina</u>	
6 - 65	Vraag 59: Bespreek ontstellende ervaring met verpleegkundige	168
6 - 66	Vraag 60: Hoekom nie?	169
6 - 67	Vraag 61: Hoekom bespreek u u onsekerheid oor u toestand nie met suster nie?	172
6 - 68	Vraag 63: Gevoel oor verpleegsorg	176
6 - 69	Vraag 64: Hoe vergelyk die versorging met u verwagting?	177
6 - 70	Vraag 16: Hoe voel u oor die besoektye?	179
7 - 1	Ondoeltreffende verpleegkundige tussentredes volgens verklarings van respondente	195
7 - 2	Ondoeltreffende verpleegkundige tussentredes volgens respondente se waarneming van spesifieke aksies	196
7 - 3	Het respondente nodige inligting/voorligting ontvang?	199
7 - 4	Pla onkunde die respondente?	202
7 - 5	Wie het inligting en voorligting gegee?	203
7 - 6	Het respondente emosionele ondersteuning ontvang?	207

LYS VAN GRAFIEKE

<u>Graffiek</u>		<u>Pagina</u>
6 - 1	Vraag 5: Weet wie is hoof-suster Vraag 8: Begrip van funksies van verpleeg= personeel	185
6 - 2	Vraag 16: Tevredenheid met besoektye	186
6 - 3	Vraag 51: Ervaar gebrek aan privaatheid Vraag 52: Het behoefte aan tydverdryf	187
6 - 4	Vraag 59: Bespreek ontstellende ervaring met suster	188

HOOFSTUK 1

DIE RATIONALE, DOEL EN ONTWERP VAN DIE STUDIE

INLEIDING EN RATIONALE

Geen navorsing oor die kwaliteit van verpleegsorg wat in algemene hospitale in Suid-Afrika gegee word, is nog gepubliseer nie. Voordat diepte studies oor hierdie onderwerp onderneem kan word, moet gegewens ingesamel word om vas te stel watter aspekte van verpleegsorg die meeste probleme veroorsaak. Dit impliseer beskrywende studies om te bepaal watter take verpleegkundiges verrig met betrekking tot direkte pasiëntesorg, watter van hierdie take goed verrig word en watter minder goed. Benewens ondersoeke na hul take, sal inligting ook ingesamel moet word aangaande die houding, gesindheid en interpersoonlike vaardighede van verpleegkundiges, omdat die mens wat versorg word, nie net liggaam is nie, maar sy siekte beïnvloed ook sy gees en sosiale verhoudinge.

'n Omvattende studie van hierdie aard val buite die vermoëns van 'n enkele navorser, en die gedagte het ontstaan om die projek te benader vanuit die oogpunt van die pasiënt. Daar word toegegee dat die pasiënt nie bevoegd is om 'n oordeel te vel oor die professionele bevoegdheid van die verpleegkundige nie, maar hy is die fokuspunt van verpleegsorg, en sy belewenis van daardie sorg is dus 'n belangrike indeks van die kwaliteit daarvan.

Verpleegkundiges lewer 'n professionele diens, en die verbruikers van daardie diens vorm hul beeld van die professie in 'n groot mate uit hul ervaring daarvan, en hulle dra daardie beeld oor aan die breë gemeenskap. Indien die gemeenskap 'n swak beeld

van verpleegdienste kry, kan dit die doeltreffendheid van die dienste benadeel.

In die eerste plek sal die gemeenskap in so 'n geval min vertroue hê in verpleegkundiges, en sal dus nie bereid wees om hul leiding te aanvaar ten opsigte van die voorkoming van siekte en die bevordering van gesondheid nie. Tweedens sal die gemeenskap nie gewillig wees om die uitbouing van verpleegdienste, of die bevordering van die professionele status van verpleegkundiges te steun nie. Die gemeenskap is afhanklik van 'n sterk verpleegprofessie vir hoë gehalte verpleegdienste, en om dit te kan lewer, het die verpleegprofessie die ondersteuning van die gemeenskap nodig.

Die verbruiker van verpleegdienste het die reg op die hoogste moontlike kwaliteit diens, en die verpleegprofessie moet rekenskap kan gee van die diens wat gelewer word. Die enigste manier om dit te doen, is om verpleegsorg te meet aan wetenskaplike standaarde wat die professie self moet stel. Een aspek van die navorsing wat nodig is om sulke standaarde te bepaal, is om vas te stel in watter mate die verbruiker voel dat die verpleegsorg wat hy ontvang, in sy behoeftes voorsien.

DIE DOEL VAN DIE STUDIE

Met hierdie studie word beoog om vas te stel hoe pasiënte in spesifieke algemene hospitale die verpleegsorg wat hulle ontvang, beleef. Die volgende navorsingsvrae word gestel:

1. Voorsien verpleegkundiges, volgens die oordeel van hul pasiënte, doeltreffend in die basiese fisiese behoeftes van daardie pasiënte, byvoorbeeld in hulle gemak en higiëniese behoeftes?

2. Voorsien verpleegkundiges in hul pasiënte se behoefte aan inligting en voorligting oor hulle siekte en behandeling? Dit sluit inligting aangaande die hospitaalomgewing en roetine en diagnostiese toetse in, en voorligting oor aanpassings wat nodig mag wees weens hulle siektetoestand.
3. Voorsien verpleegkundiges in hul pasiënte se psigo-sosiale behoeftes, byvoorbeeld aan hulle behoefte aan die verligting van angs?

DIE ONTWERP VAN DIE STUDIE

Die hoofstukke van die studie is soos volg saamgestel:

Die literatuurstudie (Hoofstuk 2, 3 en 4), die voorlopige ondersoek en ontwerp van die hoofondersoek (Hoofstuk 5), die hoofondersoek (Hoofstuk 6) en die gevolgtrekkings en aanbevelings (Hoofstuk 7).

Hoofstuk 2 handel oor die rol en funksies van die professionele verpleegkundige. Voordat ondersoek ingestel kan word na die pasiënt se belewenis van die kwaliteit van die verpleegsorg wat hy ontvang, moes daar eers vasgestel word hoe professionele verpleegkundiges self hulle taak sien. Wat is hul benadering tot hulle werk? Wat beskou hulle as hul terrein ten opsigte van pasiëntesorg? Die inligting verkry uit hierdie deel van die literatuurstudie is gebruik vir die opstel van die navorsingsinstrument. Verpleegsorg word beplan en uitgevoer volgens die oordeel en siening van professionele verpleegkundiges. Dit sou logies wees om 'n vraelys op te stel in ooreenstemming met dié oordeel en siening.

Om vas te stel hoe die huidige siening van professionele verpleegkundiges tot stand gekom het, is hierdie hoofstuk uit 'n historiese oogpunt benader. Amerikaanse, Britse en Suid-Afrikaanse bronne is gebruik. Die Amerikaanse literatuur is geraadpleeg omdat dit verreweg die grootste bron van verpleegkundige literatuur en navorsing is. Die ontwikkeling van die verpleegkunde as wetenskaplike dissipline is in die V.S.A. verder gevorder as in enige ander land, en hierdie ontwikkeling, sowel as die siening van verpleegkundige leiers in die V.S.A., beïnvloed noodwendig die verpleegkunde van ander Engelssprekende lande. Dit sluit Suid-Afrika in.

Die rede waarom Britse bronne geraadpleeg is, is omdat professionele verpleging in Suid-Afrika gebore is uit die Britse tradisie en stelsel, en omdat hierdie invloed nog sterk is in Suid-Afrika.

Hoofstuk 3 handel oor navorsing wat in die buiteland gedoen is aangaande die pasiënt se belewenis van sy verpleegsorg. Dit gee 'n aanduiding van watter aspekte van verpleegsorg leemtes toon wat as leidrade kon dien vir die navorsingsvrae en die ontwerp van die instrument. Weereens was die Amerikaanse literatuur die vrugbaarste bron, maar 'n paar Britse studies is ook gevind. Geen relevante Suid-Afrikaanse studies kon opgespoor word nie.

Hoofstuk 4 dui aan hoe navorsing oor hierdie onderwerp gedoen is, en hierdie inligting is ook gebruik by die ontwerp van die instrument vir die studie.

Hoofstuk 5 is 'n uiteensetting van die voorlopige studie. Hierdie studie het bestaan uit twee dele, naamlik:

1. 'n Gestruktureerde onderhoud met 29 volwasse pasiënte in verskillende mediese en chirurgiese sale in die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein.
2. 'n Inhoudsanalise van die bedankingsbriewe wat deur pasiënte van bogenoemde hospitaal geskryf is oor 'n periode van vier maande.

Die ontwerp van die hoofondersoek het hieruit voortgevloei en word bespreek. 'n Vraelys met 64 vrae is opgestel na aanleiding van die literatuurstudie en die voorlopige ondersoek. Dit is gebruik om gestruktureerde onderhoude te voer met 192 volwasse pasiënte, in mediese en chirurgiese sale van die vyf algemene opleidingshospitale vir blanke verpleegkundiges in die Oranje-Vrystaat.

Hoofstuk 6 beskryf die resultate van die hoofondersoek.

Hoofstuk 7 is 'n bespreking van gevolgtrekkings na aanleiding van die resultate, en aanbevelings vir die vermindering van die leemtes in verpleegsorg wat deur die navorsing uitgewys is.

HOOFSTUK 2

DIE ROL EN FUNKSIE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE

GESKIEDKUNDIGE ORIËNTASIE

Verpleging, as 'n georganiseerde beroep, het sy beslag in die tweede helfte van die 19de eeu gekry, hoofsaaklik deur die werk van Florence Nightingale. Mej. Nightingale se uitsprake oor verpleging en die taak van die verpleegkundige geld vandag nog.

In 1859 het sy geskryf dat slegs die natuur kan genees en dat die geneesheer net die natuur kan help om die siekte te genees. Die verpleegkundige se taak, volgens haar, "is to put the patient in the best condition for nature to act upon him." (Nightingale, 1970, p.75). Om dit te doen, sê mej. Nightingale, moet die verpleegkundige in die basiese behoeftes van die pasiënt voorsien en sy moet sy fisiese omgewing manipuleer om sy gemak te verseker. Sy moet hierdie dinge doen "according to his wants, not according to (her) theory of his wants." (Dolan, 1968, p.156). Sy moet fyn, wetenskaplike waarnemings van die pasiënt se toestand en reaksies op behandeling doen, sodat sy haar verpleegsorg daarvolgens kan aanpas, en sodat sy dit aan die geneesheer kan rapporteer. Sy moet sorg dat die pasiënt nie onnodig fisies afhanklik van haar bly nie, en sy moet poog om die pasiënt se angs te verlig.

Mej. Nightingale se siening was dat verpleging pasiënt-gesentreerd moet wees: "The sick person must be treated, not the disease." (Dolan, op.cit). Verder het sy geglo dat die kuns van verpleging gegrond moes wees op wetenskaplike kennis, en daarom het sy formele opleiding van verpleegkundiges aan die St. Thomas Hospitaal in Londen begin. Hierdie opleidingskool was finansiële onafhanklik

van die hospitaal, sodat die opleiding nie ondergeskik was aan die verpleegdiens nie. (Glaser, 1966). Haar siening van verpleging het dwarsdeur die Engelssprekende wêreld versprei saam met die "Nightingale nurses" wat verpleegopleidingskole in verskeie lande gaan stig het.

Suster Henrietta Stockdale, wat verpleegopleiding in Suid-Afrika begin het, was nie 'n "Nightingale nurse" nie, maar sy het soos mej. Nightingale, geglo dat verpleegkundiges ten opsigte van kennis 'n deeglike, wetenskaplike basis moes bekom om reg te kon laat geskied aan hulle professionele rol. In die Jaarverslag van 1889 van die Kimberley-hospitaal skryf sy: "These (pupils), in addition to their work in the wards, are engaged in learning their profession. They are constantly instructed by the doctors and head nurses at the bedside of the patients. In the winter months a course of lectures is given on various subjects, such as Anatomy, Elementary Psychology, Practical Nursing, Surgery, Sick Cookery." (Loots en Vermaak, 1975, p.107).

Suster Henrietta het haar op twee maniere beywer vir die verbetering van die kwaliteit van verpleging. Eerstens wou sy hê dat die eksaminering van kandidate in die verpleegkunde in die hande van 'n onafhanklike onderwysowerheid moes wees. 'n Eenvormige, hoë standaard van kennis kon daardeur bevorder word. Die beginsel wat hier gegeld het, was dat die opleiding van verpleegkundiges onafhanklik van die diensbehoefte van die hospitaal moes wees. Tweedens het sy haar beywer vir die registrasie van verpleegkundiges wat die nodige standaard van kennis en vaardigheid verworf het. Hierdeur sou die publiek beskerm word teen onbevoegde swendelaars.

Die eerste ideaal is in 'n groot mate nou nog nie verwesenlik nie. Daar is wel eksaminerende liggame wat onafhanklik van die hospitaalowerhede is, maar die opleiding van verpleegkundiges ressorteer steeds in die meeste gevalle onder die owerhede wat die diens lewer. Suster Henrietta was gelukkiger met haar tweede ideaal, want deur haar toedoen was die Kaapkolonie in 1891 die eerste owerheid ter wêreld wat 'n statutêre register vir professionele verpleegkundiges daargestel het.

Die visie van verpleegkundiges soos Florence Nightingale en Suster Henrietta is ongelukkig nie deur al hulle kollegas gedeel nie, en ook nie deur die hospitaalowerhede van verpleegopleidingskole nie. Die "voluntary hospitals" waar die meeste verpleegkundiges opgelei is, was finansieel afhanklik van bydraes van die publiek, en moes dus op alle moontlike maniere koste besnoei. Die vakleerlingskapstelsel van verpleegopleiding het hieruit voortgevloei, want op dié wyse kon die hospitaal goedkoop arbeid bekom, terwyl dit terselfdertyd genoeg verpleegkundiges vir sy eie behoeftes kon oplei. (Strauss, 1966).

Dat die *raison d'être* van die hospitaal, naamlik kwaliteit pasiëntesorg, deur hierdie kortsigtige benadering sou skade lei, is blykbaar nóg deur die meeste matrones, nóg deur die hospitaalowerhede besef. Selfs in die V.S.A., waar 'n universiteitskursus vir opgeleide verpleegkundiges reeds in 1891 ingestel is (Glaser, op.cit.) was daar min tekens van werklike insig op hierdie gebied. Die Johns Hopkins verpleegopleidingskool in Baltimore, was die eerste van vele wat op een of ander manier met 'n universiteit geaffilieër is, maar tog het dit studente voorsien vir die hospitaaldiens. Die verpleegstudente het dus nie werklik 'n

universiteitsopleiding gekry nie, en mej. Isabel Hampton, die superintendent van die skool, het blykbaar geen fout met die stelsel gevind nie. Sy het in 1893 geskryf dat die superintendant van 'n opleidingskool 'n drieledige verantwoordelikheid het, eerstens, aan die hospitaal waar sy werk, tweedens aan die pasiënte wat aan haar sorg toevertrou is, en in die derde plek eers aan die studente vir wie se opleiding as verpleegkundiges sy verantwoordelik is. (Strauss, op.cit).

Die opleiding van verpleegkundiges bly nog in sommige lande, insluitende Suid-Afrika, in die praktyk ondergeskik aan die diens.

Die gevolge van die vakleerlingskapstelsel van opleiding binne 'n burokratiese organisasie, was verreikend. Verpleegkundiges het nie die tyd of geleentheid gekry om 'n wetenskaplike verplegingspraktyk te ontwikkel en uit te bou nie. Hulle wetenskaplike kennis het nie tred gehou met die ontwikkeling van die mediese en aanverwante wetenskappe nie. In die streng hiërargiese sisteem van die hospitaal is hulle gekondisioneer om bevel te gehoorsaam, maar nie om onafhanklik te dink nie. Dit was dus logies dat geneeshere mettertyd begin glo het dat die primêre rol van die verpleegkundige, diensbaarheid aan die mediese profesie was. Dit is ook nie moeilik om te verstaan hoekom verpleegkundiges hierdie rol gelate aanvaar het nie.

Die beeld van die verpleegkundige as diensmaagd van die geneesheer, huishoudster, bediende, en aanvanklik ook moeder surrogaat, het in die eerste helfte van die 20ste eeu ontwikkel. Vanaf die veertigerjare het die mediese tegnologie met rasse skrede voortuitgegaan. Al meer tegniese prosedures is in die genees-

kunde ontwikkel, en omdat die geneesheer nie die tyd kon vind om hulle almal self uit te voer nie, het hy hulle gedelegeer — eers aan die verpleegkundige, maar die verpleegkundige se huishoudelike en administratiewe take het soveel van haar tyd in beslag geneem dat 'n al groter verskeidenheid paramediese beroepe in die lewe geroep is om behulpsaam te wees.

In die eerste paar dekades na die Tweede Wêreldoorlog, het die verpleegkundige daarin geslaag om sommige van haar huishoudelike pligte aan nie-verpleegpersoneel te deleger, maar sy het al meer "prosedure" georiënteerd geraak, met ander woorde, die klem het van een soort taak na 'n ander verskuif. Henderson (1966) skryf soos volg in hierdie verband: "Most of my basic training was in a general hospital where, for the nurse, technical competence, speed of performance and a 'professional' (actually an impersonal) manner were stressed. We were introduced to nursing as a series of almost unrelated procedures ... Physicians who lectured to student nurses simply compressed and simplified the didactic instruction they gave medical students." Volgens Riehl en Roy (1974) was verpleegkundige handboeke voor die Tweede Wêreldoorlog eintlik prosedure handleidings, en geleidelik het handboeke gebaseer op die mediese model, met titels soos "Geneeskunde vir Verpleegsters" begin verskyn. Baie van laasgenoemde boeke is deur geneeshere geskryf, sodat die verpleegkundige se siening van haar rol vanaf die begin van haar opleiding geskoei is op die lees van die mediese model.

Binne die bestek van omtrent 70 jaar het die rol van die verpleegkundige in die hospitaal dan ook verander vanaf 'n groot mate van onafhanklikheid van die geneesheer, en die verskaffing van

pasiënt-gesentreerde fisiese en emosionele versorging, na byna totale afhanklikheid van die geneesheer, en taak-georiënteerde, fisiese versorging, met weinig aandag aan die emosionele behoeftes van die pasiënt. Benewens tegniese prosedures, is al meer van die verpleegkundige se tyd in beslag geneem deur administratiewe pligte. Haar moeder-surrogaat of ekspressiewe rol, is nooit tydens haar opleiding beklemtoon nie. Verpleegkundiges met 'n natuurlike aanleg en aanvoeling daarvoor, het op 'n intuïtiewe manier emosionele steun aan hul pasiënte verleen. Hoe meer tegniese prosedures egter bygekom het, en hoe vinniger die omset van pasiënte geraak het weens die ontwikkeling van die mediese wetenskap, hoe minder tyd kon hulle bestee aan interpersoonlike kontak met hul pasiënte.

DIE ONTWIKKELING VAN DIE KONSEP "VERPLEGING" IN DIE V.S.A. SEDERT DIE TWEEDE WERELDOORLOG

Verpleegkundige leiers in die V.S.A. het hierdie neiging raakgesien en het reeds tydens, en net na afloop van die Tweede Wêreldoorlog, aangedui dat hulle siening van verpleging breër en dieper was as dit wat in die praktyk gerealiseer het.

In 'n verslag oor verpleegopleiding wat in 1948 gepubliseer is, haal Brown (volgens Dolan, 1968, p.347) Suster M. Olivia Gowan se definisie van verpleging aan: "Nursing in its broadest sense may be defined as an art and a science which involves the whole patient, body, mind and spirit; promotes his spiritual, mental and physical health by teaching and by example; stresses health education and health preservation, as well as ministrations to the sick. involves the care of the patient's environment -

social and spiritual, as well as physical; and gives health service to the family and community as well as to the individual."

Vanaf die middel van die eeu het al meer stemme van verpleegleiers begin opgaan teen die rigting wat hospitaalverpleging ingeslaan het. Dit was dan ook veral Amerikaanse verpleegkundiges wat die noodsaaklikheid van 'n pasiënt-georiënteerde benadering sterk beklemtoon het. Peplau, (1952, p.4) skryf: "What is nursing? ... Inquiry points to the fact that nursing is not only what it does, but what it can and ought to be doing ... it is an interpersonal process, and often a therapeutic one ... the operations involved in the nursing process are interpersonal and technical ones, but the process itself cannot be defined as technical."

Dat hierdie benadering tot verpleging in die vyftigerjare nie beperk was tot die V.S.A. nie, blyk duidelik uit die feit dat Virginia Henderson se alombekende definisie van die funksie van die verpleegkundige, deur die Internasionale Verpleegstersraad aanvaar en gepubliseer is. Dit lui soos volg: "The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible." Henderson het hierdie konsep in 1955 ontwikkel. Sy skryf verder: "The nurse is the (independent) authority on basic nursing care", en sy som haar siening van verpleging in die volgende woorde op: "I see nursing as primarily complementing the patient by supplying what he needs in knowledge, will, or

strength to perform his daily activities and to carry out the treatment prescribed for him by the physician." (Henderson, 1966, p.15).

Die meer holistiese benadering tot verpleging en tot die ontvanger van die dienste van die verpleegkundige het sedert die vyftigerjare al duideliker na vore getree in die verpleegkundige literatuur van die V.S.A.

Verpleegkundige handboeke het ook begin verander vanaf besprekings van die tekens, simptome en behandeling van spesifieke siektes, na 'n meer geïntegreerde konsep van die pasiënt, en van pasiëntesorg. Die fokus het verskuif vanaf die behandeling van die siekte, na die voorsiening in die sieke se behoeftes aan verpleegsorg. Sterk klem word gelê op die individualisering van verpleegsorg, en op interpersoonlike vaardighede. Volgens Riehl en Roy (1974) was Shafer (1958) die eerste verpleegkundige handboek waarin mediese en chirurgiese verpleging saam bespreek is. Abdellah (1960, p.26) gee 'n lys van vyf basiese elemente van verpleegkundige praktyk, waarvan vaardighede in interpersoonlike verhoudinge bo-aan staan. Die ander elemente is waarnemings- en interpretasievermoë, die analise van verpleegkundige probleme en die seleksie van die nodige aksie, sowel as die organisering van haar pogings om 'n doel te bereik. Abdellah skryf voorts dat verpleging gedoen is tensy 'n pasiënt-gesentreerde benadering tot die verpleegpraktyk gevolg word, en tensy beramings van verpleging gemaak word op die basis van die effek daarvan op pasiëntesorg.

Beland (1965) onderskryf Henderson se siening wanneer sy konstateer dat die verpleegkundige die pasiënt moet help om in daardie

behoefte te voorsien waarin hy nie self kan voorsien nie. Op hierdie manier dra sy by tot die welsyn van die pasiënt deur wat sy doen sowel as deur die manier waarop sy hom versorg. Beland sien 'n tweeledige rol vir die verpleegkundige, naamlik die terapeutiese rol, wat verband hou met die voorkoming en behandeling van siekte, en die ekspressiewe rol, waar die klem val op die manier waarop die versorging gegee word.

Du Gas (1972) sien die rol van die verpleegkundige as drieledig, naamlik die versorgende aspek, waarin sy die pasiënt help met daardie aktiwiteite wat hy normaalweg self sou uitvoer; die genesende aspek waarin sy die geneesheer help, verpleegsorg beplan en die pasiënt onderrig; en die koördinerende aspek, waarin sy die pogings van die verpleegspan en die ander lede van die gesondheidspan koördineer. Dit sluit ook haar rol as voorspraak vir die pasiënt in.

Die konsepte van die verpleegkundige as gesondheidsopvoeder van en voorspraak vir die pasiënt, tree in die huidige dekade al meer na vore. In die derde uitgawe van Du Gas (1977) word hierdie twee konsepte as addisionele aspekte van haar rol beskryf: Sy gee voorligting ter bevordering van gesondheid en voorkoming van siekte, maar ook aan die sieke in sake sy behandeling en rehabilitasie. As voorspraak vir die pasiënt, tree sy namens hom in by die ander lede van die gesondheidspan om s6 sy belange te bevorder.

Die invloed van die sosiale wetenskappe op die konsep "verpleging" in die V.S.A.

In die V.S.A. word tans meer universiteitskursusse in die verpleegkunde aangebied as in enige ander land ter wêreld. Gevolglik

is daar meer verpleegkundiges met nagraadse grade as in enige ander land wat die denkers, skrywers en navorsers van die professie is. Hierdie leiersgroep, wie se menings en sienings in die literatuur opgeneem word, werk, veral sedert die Tweede Wêreldoorlog, saam met sosiale wetenskaplikes ten opsigte van verpleegkundige navorsing, en in hulle onafhanklike navorsing maak hulle in 'n groot mate gebruik van sosiaal-wetenskaplike metodes. Hierdie kontak met die sosiale wetenskappe is miskien een rede waarom die holistiese benadering tot verpleging by uitstek in die V.S.A. uitgebou word.

Voorbeelde van bogenoemde samewerking is Esther Lucile Brown, 'n sosioloog, wat reeds in 1948 'n verslag gepubliseer het oor die toekoms van verpleging in opdrag van die destydse National Nursing Council van die V.S.A. (Brown, 1948). Sedertdien het sy verskeie boeke geskryf oor sosiologiese aspekte van verpleging, sommige alleen, (byvoorbeeld 1961, 1970), en sommige in samewerking met ander skrywers (byvoorbeeld Davis, 1966). Hans Mauksch is 'n sosioloog wat getrou is met 'n verpleegkundige, en wat publikasies oor verpleegkundige aangeleenthede die lig laat sien het (byvoorbeeld in Davis, 1966 en in Freeman, 1972). Brown, Mauksch, Davis en ander sosioloë en sosiale sielkundiges, beklee akademiese of navorsingsposte wat hulle in noue aanraking met verpleegkundiges bring (Davis, 1966, p.V).

Die konsep "verpleging" in die V.S.A. vandag

Die Amerikaanse siening van verpleging tree na vore uit die publikasies van verpleegkundige leiers, waarby verpleegkundige handboeke ingesluit is. 'n Professie se siening van sy diens word bepaal deur sy siening van die ontvanger van die diens.

Volgens hulle publikasies sien die Amerikaanse verpleegkundige haar pasiënt as 'n mens met 'n unieke fisiese en psigiese samestelling, wat lid is van 'n gesin, 'n gemeenskap en 'n kultuurgroep, en al hierdie faktore oefen 'n invloed uit op sy belewenis van sy siekte. Die verpleegkundige moet dus al hierdie faktore in aanmerking neem in haar hantering van die sieke, en hiervoor het sy kennis nodig van die sosiale wetenskappe. Verder ly die ontvanger van haar dienste, (veral as hy in 'n hospitaal opgeneem is), aan 'n siekte of besering wat die onafhanklike uitvoering van daaglikse aktiwiteite op een of ander manier belemmer. Die verpleegkundige moet sy ontbrekende vermoëns in hierdie verband aanvul, en hiervoor het sy kennis nodig van die biologiese, mediese en natuurwetenskappe, byvoorbeeld om 'n pasiënt met ernstige asemhalingsprobleme te help. In die derde plek moet die verpleegkundige die geneesheer help om sy spesifieke terapeutiese behandeling van die pasiënt uit te voer, en hiervoor benodig sy ook kennis van bogemelde wetenskappe.

Die Amerikaanse verpleegkundige se siening van die pasiënt en haar benadering tot hom, verskil van dié van die geneesheer. Die geneesheer is siekte-georiënteerd, die verpleegkundige is persoon-georiënteerd. Lynaugh en Bates (1973) illustreer hierdie verskil deur te wys op die woorde en sinsnedes wat die twee professies gebruik as hulle oor hul pasiënte praat. Pasiënte wat byvoorbeeld deur 'n geneesheer hoog op prys gestel word, is "goeie kliniese materiaal" of "boeiende gevalle" en dié wat die verpleegkundige hoog op prys stel, is "goeie, gawe pasiënte" en pasiënte "wat regtig hulp nodig het". Ten opsigte van die behoeftes van die pasiënt, vra die geneesheer: "Wat is sy diagnose? Watter behandeling benodig hy?" en die verpleegkundige

vra: "Wat is sy probleme? Hoe hanteer hy hulle? Watter hulp benodig hy?"

Opsommend kan dus gesê word dat die Amerikaanse verpleegkundige haar pasiënt sien as 'n unieke individu wat behoeftes het soos enige ander mens en wat weens sy siekte probleme het. Hierdie probleme mag direk verband hou met sy siekte, en hy mag ook probleme hê met betrekking tot sy belewenis van sy siekte, sowel as ten opsigte van die implikasies van die siekte vir sy gesin, sy werk en sy gemeenskap. Volgens hierdie siening moet die verpleegkundige die pasiënt as totale mens bystaan en begelei deur sy siekte.

Basiese verpleegkundige opvoeding, veral aan universiteite, word op hierdie siening gebaseer. Davis, et al (in Davis, 1966, pp. 164-165) noem die volgende voorbeeld: "... the school's educational philosophy greatly emphasizes the interpersonal aspects of nurse-patient relations, comprehensive approaches to nursing care, health teaching, and an innovative, problem-solving stance toward issues of patient care. In sum, this ideology propounds a holistic view of the patient the school succeeds admirably in converting (students) to this humanistic, interpersonally sensitive and antibureaucratic ideology of nursing."

Hospitaalverpleging in die V.S.A. in die praktyk

Dit blyk dat verpleging in die meeste Amerikaanse algemene hospitale taak georiënteerd bly, ten spyte van die pogings van die leiers van die professie en verpleegkundige opvoeders om die fokus op die menswees van die pasiënt te plaas. (Davis, op.cit.)

(Collins en Joel, 1971) (Mauksch en David, 1974). Skrywers vind

verskillende redes vir hierdie verskynsel, benewens die feit dat taakoriëntasie 'n inherente deel is van burokratiese organisasies. Een rede wat aangevoer word, is dat gegradueerde verpleegkundiges 'n klein minderheid vorm van die personeel van algemene hospitale, en gediplomeerde verpleegkundiges het blykbaar minder selfvertroue as gegradueerdes met betrekking tot onderrig en ondersteuning van pasiënte. Hulle verkies tegniese versorging (Hover, 1975). Bullough en Sparks (1975) vind dat gegradueerde, geregistreerde verpleegkundiges dikwels in die praktyk gedwarsboom word in die uitvoering van hul ekspressiewe rol (dit wil sê psigiese en emosionele ondersteuning en versorging).

Abdellah (1960) skryf dat die groot meerderheid praktiserende geregistreerde verpleegkundiges in die V.S.A. die produkte is van 'n opleidingstelsel wat prosedure en diagnose gesentreerd is, en wat ingestel is op die diensbehoefte van die hospitaal, eerder as op die behoeftes van pasiënte. Dit beteken dat hierdie verpleegkundiges nie toegerus is vir hul ondersteunende rol nie. Die hospitaalopset verskaf ook nie die geleentheid vir die uitvoering van hierdie rol nie.

Veertien jaar later vind Zind (1974) geen wesenlike verskil in die situasie nie. Sy vind dat die hospitaal, as burokratiese organisasie, 'n drieledige status hiërargie handhaaf wat noodwendig die kwaliteit van verpleegsorg inhibeer. In hierdie stelsel het geneeshere hoë status, asook verpleegkundiges in die belangrike administratiewe poste. Die pasiënte het die laagste status. Geregistreerde verpleegkundiges in die pasiënteenhede word dus op twee maniere beloon: eerstens deur bevordering in die administratiewe hiërargie. Dit neem hulle weg van die pasiënt

en dien nie as aansporing vir beter kwaliteit verpleegsorg uit die oogpunt van betrokkenheid by die menswees van die pasiënt nie. Tweedens word hulle beloon deur die geneesheer se goedkeuring vir "goeie" verpleegsorg, uit sy oogpunt beskou. Omdat die geneesheer diagnose en behandeling georiënteerd is, en omdat hy homself beskou as die leier van die terapeutiese span, heg hy groot waarde aan goeie tegniese verpleging, en aan gehoorsaamheid aan sy opdragte.

Net soos Abdellah, vind Zind dat verpleegkundiges in die praktyk nie toegerus is om te voorsien in die psigo-sosiale behoeftes van die pasiënt nie. Om hierdie onvermoë die hoof te bied, beperk verpleegkundiges in die praktyk hul rolpersepsie tot taakgeoriënteerde funksies.

Smith (1974) brei uit op hierdie gedagte en wys daarop dat studies daarop dui dat 'n toename in verpleegpersoneel en/of 'n afname in nie-verpleegkundige take, nie die aanvaarding van 'n kliniese verpleegrol meebring nie, want as 'n mens nie weet hoe om 'n sekere rol te vertolk nie, vind 'n mens een wat vir jou gemaklik is. Daarom klou verpleegkundiges aan die hiërargiese, administratiewe patroon.

Huidige tendense om die situasie te verbeter

Verpleegkundige skrywers het die afgelope dekade of meer pogings aangewend om hulle kollegas in die praktyk toe te rus om hul pasiënte emosioneel te ondersteun. Dit word ondermeer gedoen deur publikasies in vakkundige tydskrifte. Twee voorbeelde word hier ter illustrasie genoem: In September 1968 het die American Journal of Nursing reeds 'n geprogrammeerde onderrig module

gepubliseer met die titel "Understanding Hostility". Die Maart 1974-uitgawe van Nursing Clinics of North America is gewy aan krisis tussentrede, en Zind doen hierin die volgende aan die hand: dat 'n kliniese verpleeg-spesialis in geestesgesondheid in die algemene hospitaal aangestel word om met indiensopleidingsprogramme te help, en om as 'n verpleegkundige rolmodel op te tree in die hantering van die pasiënt se emosionele probleme.

'n Tweede manier waarop verpleegleiers in die V.S.A. probeer om die kwaliteit van verpleegsorg te verbeter, is met behulp van verpleegsorgbeplanning. Die konsep dat verpleging 'n proses is en dat dit beplan moet word, is baie jare gelde reeds deur Peplau (1952) bespreek. In die afgelope dekade het verpleegsorgbeplanning as 'n praktiese metode van verpleging, sy beslag in Amerika gekry. Little en Carnevali (1969) het die wiel aan die rol gesit en sedertdien het daar 'n aantal boeke en artikels verskyn wat al meer prakties uitvoerbare uiteensettings van die stelsel gee, byvoorbeeld Lewis (1970), Mayers (1972), Browning (1974). Minstens twee handboeke (Du Gas 1972) en Brunner, et al (1972) gebruik die verpleegsorgplan as uitgangspunt vir die aanbieding van die leerstof.

Die verpleegproses is die reeks stappe wat die verpleegkundige doen in die beplanning en uitvoering van verpleegsorg (Du Gas 1977). Dit verseker dat verpleegsorg pasiënt-gesentreerd sal wees, omdat dit op die probleme van individuele pasiënte gerig is. Dit is basies 'n probleem-oplossingsproses. Mauksch en Davis (1974) beskou die verpleegproses as die wetenskaplike basis van die verpleegpraktyk, en hulle voorspel die ondergang van verpleging as 'n diskrete beroep tensy verpleegkundiges die verpleegproses

as 'n professionele lewenswyse aanvaar. Volgens hulle het verpleging tot dusver nie 'n sigbare outonome, effektiewe praktyk ontwikkel nie. In hospitale weerspieël dit 'n burokratiesgeoriënteerde en organisatories gedwonge reeks funksies wat grootliks deur andere voorgeskryf word. Daar is 'n gebrek aan kohesie en kontinuïteit van sorg.

Die verpleegproses fokus op die pasiënt en sy gesin en dit is die basis vir die verpleegpraktyk: die lewering van 'n breë kennisgefundeerde diens wat ontwerp is om in 'n universele behoefte van die gemeenskap te voorsien. "The nursing process restores nursing to its primary commitment, delivering care to people on a one-to-one basis, and thereby eliminates our present tendency to relinquish this overall function to those who are not prepared to fulfil it." (Ibid., p.2).

Kritiek word wel uitgespreek oor die praktiese toepassing van die proses deur middel van verpleegsorgbeplanning. (Ciuca, 1972), (Malloy 1976] en (Mayers 1972] gee verskeie redes wat deur verpleegkundiges in die praktyk aangevoer word waarom dit nie prakties uitvoerbaar is nie. Die onderliggende probleem by al die redes, is 'n gebrek aan begrip van die stelsel. Volgens Mayers kan verpleegsorg wetenskaplik en sistematies beplan word sonder om die burokratiese struktuur van die hospitaal te verander, en sonder addisionele personeel. Die stelsel wat sy voorstaan is in 'n 450-bed hospitaal ontwikkel en uitgetoets deur die hospitaal se verpleegpersoneel onder haar leiding.

Samevatting

Dit blyk dat die denkers en leiers onder Amerikaanse verpleegkundiges wel besig is om die praktyk van verpleging te beïnvloed in die rigting van 'n pasiënt-gesentreerde benadering, en weg van die taak- en tegniek-georiënteerde benadering.

DIE BRITSE VERPLEEGKUNDIGE SE SIENING VAN HAAR ROL EN TAAK

Omdat verpleegopleiding in Brittanje in 'n baie mindere mate as in Amerika aan universiteite aangebied word, is daar baie minder navorsingsverslae oor verpleegkundige aangeleenthede in die Britse literatuur. Die Royal College of Nursing het 'n omvattende navorsingsprojek oor verskillende aspekte van verpleegsorg in samewerking met die Nasionale Verpleegstersraad onderneem. Een van veertien verslae wat daaruit voortgespruit het, handel oor die rol van die verpleegkundige (Anderson, 1973). Anderson het gevind dat verpleegkundiges emosionele ondersteuning van die pasiënt belangriker ag as tegniese versorging. Toe verpleegkundiges egter gevra is met wie, volgens hulle mening, 'n pasiënt moet praat as hy ontsteld is, het 'n paar die maatskaplike werker genoem, 'n paar die geneesheer, en die oorgrote meerderheid het vaagweg geantwoord dat hy met "iemand wat simpatiek is" moet praat. Die gevolgtrekking wat hieruit gemaak kan word, is dat Britse verpleegkundiges wat in die kliniese situasie staan, wel die pasiënt se emosionele behoeftes raaksien, maar dat hulle dit nie as deel van hulle rol beskou om daarin te voorsien nie.

Oor die opleiding van verpleegkundiges het Anderson die menings van slegs geneeshere ingewin. Sy gee geen redes waarom sy nie uitgevind het wat verpleegkundiges dink oor verpleegopleiding nie.

In haar inleiding tot hierdie deel van haar verslag, skryf sy egter dat daar weerstand is onder Britse verpleegkundiges teen universiteitsopleiding. Hieroor haal sy 'n ongepubliseerde verhandeling aan¹⁾ waarin daar bevind is dat een rede vir die weerstand is dat Britse verpleegkundiges verpleging sien as 'n roeping wat toewyding eerder as opvoeding verg. Die term "akademies" word deur hulle vertolk as die aanleer van nuttelose abstraksies. Dit is ook bevind dat min verandering en vernuwing die afgelope eeu ingetree het in die opleidingstelsel waarin student verpleegkundiges die hoofbron van arbeid is. Die groot "teaching hospitals" trek nog goed gekwalifiseerde kandidate uit die hoër sosiale klasse, en die matrones van hierdie hospitale wil nie hierdie groep aan die universiteite afstaan nie.

'n Verdere aanduiding van die siening van verpleging deur Britse verpleegleiers, is die implikasies van die Salmon-verslag van 1966. Hierdie verslag het die verpleegkundige personeelstruktuur in Britse hospitale bepaal, met klem op die administratiewe funksies van verpleegkundiges, vanaf die rang van saalsuster opwaarts. Volgens die Salmonstelsel is bevordering nie moontlik behalwe in die administratiewe hiërargie nie. (Anderson, op.cit.). Is 'n moontlike rede vir die klem op die administratiewe rol van die hospitaal verpleegkundige dalk dat die verpleegkundige leierskorps in Brittanje in 'n groot mate bestaan uit verpleegadministrators? Is 'n ander rede dalk dat kliniese verpleegkunde as 'n vakdissipline gering geag word deur verpleegkundiges

1) Reinkenmeyer, Sister Mary Hubert (1966). The limited impact of basic university programmes in nursing; A British case study; manuscript of dissertation from the University of California, Berkeley.

self, omdat die akademiese aspek gering geskat word? Hieruit sal volg dat dit deur die owerhede wat die hospitaal administrasie beheer, ook gering geskat sal word.

Die opmerking van een geneesheer in Anderson se verslag is miskien insiggewend: "The ward sister's is the biggest tragedy. She can't advance if she wants to remain in bedside nursing." (op.cit., p.85).

Williams (1974) bespreek die implikasies en betekenis van twee ideologieë van verpleging, naamlik dié van "roeping" en van "professie". Volgens haar is die "professionele" beeld van die verpleegkundige een waar sy fokus op kliniese prosedures en waarnemings. Dit is in kontras met die tradisionele verpleegkundige wie se werk gesentreer het om die hulpeloosheid van die sieke, en wat verrig was met idees van naastediens, sodat die individualiteit en die waardigheid van die sieke bewaar gebly het.

Vandag verrig die verpleegkundige komplekse kliniese take, sodat basiese take, soos voer en was, in vergelyking beskou kan word as 'n mors van kundige tyd. Hulle word beskou as ondergeskikte take en benodig dus nie die belegging van die self nie. 'n Ideologie van roeping raak uitgedien waar kundige take onafhanklike oordeel verg eerder as gehoorsaamheid. Hierdie nuwe eienskappe van verpleging word vervat in die ideologie van professie. Die ideologie van professie is ook 'n aanspraak op gelykheid — in hierdie geval gelykheid tussen geneesheer en verpleegkundige. Volgens Williams konstateer die Briggs-verslag dat verpleging 'n professie is en as sulks nie ondergeskik aan die geneeskunde nie, maar aanvullend daartoe.

Williams en Reinkenmeyer (aangehaal deur Anderson) verskil in hul beoordeling van die Britse verpleegkundige se siening van haar taak, in die opsig dat Reinkenmeyer bevind het dat hulle nog steeds verpleging as 'n roeping beskou, wat toewyding verg.

Williams glo dat die hulpelose toestand as *menslike* toestand van die pasiënt, verlore kan raak deur die klinies georiënteerde oordele en gedrag van die "professionele" verpleegkundige. Sy noem as voorbeelde dat kliniese definisies van siekte en hulpeloosheid beklemtoon word. Die situasie word nie benader vanuit die sieke as mens, se behoefte aan hulp nie, byvoorbeeld die voeding van 'n pasiënt met hemiplegie word gedefinieer in terme van kliniese prosedures en steriele tegnieke. Sodra so 'n pasiënt nie meer hierdie gespesialiseerde en kundige aandag benodig nie, word hy oorgegee aan nie-"professionele" verpleegkundiges omdat basiese roetine versorging nie beskou word as die taak van die "professionele" verpleegkundige nie. Die nie-"professionele" verpleegkundiges se ideologieë is nog ongesistematiseer behalwe ten opsigte van die aspek van bewaarsorg, wat hulpeloosheid by volwassenes beskou as regressie na babagedrag. In so 'n geval mag dit gebeur dat die pasiënt se waardigheid nie bewaar sal bly nie. Williams voel dat die ideologie van professie soos sy dit by verpleegkundiges in haar land waarneem, belangrike konsekwensies inhou vir die status van die sieke.

Williams se waarnemings toon dat die Britse professionele verpleegkundige 'n baie oppervlakkige siening van haar taak het. 'n Moontlike rede mag geleë wees in die feit dat daar in haar opleiding gekonsentreer word op tegniese vaardighede sonder 'n stewige akademiese teoretiese fondament. Sy leer dus nooit om te dink oor die volle implikasies en konsekwensies van siekwees

vir die pasiënt nie, en besef nie dat dit haar taak is om die sieke as mens in sy totaliteit te begelei nie.

Al meer gesaghebbende verpleegkundiges in Brittanje, veral verpleegkundige opvoeders, spreek hulle in die jongste tyd uit oor die oppervlakkige en tegnies georiënteerde praktyk van verpleging in hulle land. Die Nursing Times (Vol. 71(46) p.1797) publiseer 'n bespreking van 'n boek deur Eve Bendall, die destydse registrateur van die Verpleegstersraad van Engeland en Wallis. Die boek, "So you passed, nurse?" handel oor die bevindinge van 'n navorsingsprojek oor die korrelasie tussen verpleegkundiges se eksamenprestasies en die manier waarop hulle take uitvoer in die praktyk. Sy het gevind dat eksamen antwoorde in 63% van gevalle geen indikasie gee van die gehalte van praktiese werk nie. Sy skryf dit toe aan die feit dat die verpleegkundige lede van die Verpleegstersraad (wat die eksaminerende liggaam is) meesal administrators en dosente is wat ver verwyderd is van die praktyk. Hulle het 'n ideale konsep van "totale pasiëntesorg", maar geen praktiese kennis of ervaring daarvan nie. Dit word ook nêrens in hulle hospitale gepraktiseer nie. Daarom word sillabusse vir die opleiding van verpleegkundiges steeds volgens die mediese model van tekens, simptome en behandeling opgestel, en van die holistiese benadering, naamlik die versorging van die totale mens, kom daar niks tereg nie.

Dring Bendall deur tot die kern van die probleem? Is die rede vir die swak sillabusse nie eerder geleë in die feit dat diegene wat hulle opstel te min akademiese onderleg het in die verpleegkunde om sinvolle leerplanne op te stel en konsepte toe te pas nie? Universiteitsopleiding vir verpleegkundiges in Brittanje

is nog in sy kinderskoene en vorder stadig, en daar is baie min verpleegkundiges met nagraadse kwalifikasies om hierdie werk te doen.

Bendall glo dat die konflik tussen die ideale en die realiteite in verpleging opgelos moet word deur die sillabus radikaal te verander sodat dit nie op feitelike kennis berus nie, maar op vaardighede — handvaardighede, waarnemings- en tegniese vaardighede, organisatoriese en verhoudingsvaardighede, en onderrigvaardighede.

Bendall se voorgestelde oplossing van die probleem raak myns insiens nie die kern daarvan nie, want dit vervang slegs die aanleer van een stel vaardighede met 'n ander stel. Is dit nie juis omdat verpleegkundiges nooit geleer het om te dink nie, dat die konsep van verpleging selfs as 'n professie, by die lede daarvan vervlak het tot 'n reeks tegnieke wat uitgevoer word op 'n siek liggaam? Vaardighede en tegnieke word gebaseer op die teoretiese onderbou van 'n vakrigting en hierdie teorie ontwikkel uit navorsing in die bepaalde vakrigting. Voordat die ideaal van "totale pasiëntesorg" in die praktyk toegepas kan word, moet die verpleegkunde as vakwetenskap eers uitgebou word deur verpleegkundige denkers en navorsers.

Daar is wel verpleegleiers in Brittanje wat die behoefte aan verdieping in die verpleegkunde besef. McFarlane (1975) verwerp die veronderstelling dat basiese verpleging maklik is en dat dit oorgelaat kan word aan leerders of onopgeleide personeel, terwyl tegniese verpleging moeilik is omdat dit voortspruit uit die pasiënt se mediese behandeling en daarom die veld van die geregistreerde verpleegkundige is. Sy onderskryf Virginia

Henderson se siening van verpleging. McFarlane glo dat daar baie meer aandag gegee moet word aan die wetenskaplike basis van die kuns van verpleging soos dit toegepas word in die verpleegproses, en hiervoor is navorsing nodig.

Nuttall (1975) skryf "Nursing in the way we have organized it, as a series of tasks executed in a slipshod manner, can hardly be described as "skillful". We have no objective standards of practice, for we have no criteria by which to judge nursing care ... we need to identify the nursing process and to master the craft of nursing ... If we can identify the nursing process and demonstrate its practice, we might even merit the designation of profession."

Prof. Margaret Scott Wright stel dit in 'n neutedop: "The one overall pompous and rather pious objective which is always on the lips of nurses and midwives, but which as a generality is rather meaningless, is their concern with the provision of good and better nursing care. It sounds excellent, but what does it mean? ... The plain and awkward truth is that almost nothing is known about it in a profession that has had neither the opportunity nor the inclination to pursue it scientifically ... First, the answers will need a scientific research basis; and secondly, this macroscopic goal of good nursing care must be broken down into meaningful small objectives which have some relevance to the work groups of nurses and midwives in different care categories of the profession." (Aangehaal deur Smith, 1976).

Die Amerikaanse invloed is duidelik in al drie hierdie verpleegkundiges se siening van die verpleegkundige situasie. McFarlane en ander verpleegkundige opvoeders in Brittanje besef ook dat 'n

is nog in sy kinderskoene en vorder stadig, en daar is baie min verpleegkundiges met nagraadse kwalifikasies om hierdie werk te doen.

Bendall glo dat die konflik tussen die ideale en die realiteite in verpleging opgelos moet word deur die sillabus radikaal te verander sodat dit nie op feitelike kennis berus nie, maar op vaardighede = handvaardighede, waarnemings- en tegniese vaardighede, organisatoriese en verhoudingsvaardighede, en onderrigvaardighede.

Bendall se voorgestelde oplossing van die probleem raak myns insiens nie die kern daarvan nie, want dit vervang slegs die aanleer van een stel vaardighede met 'n ander stel. Is dit nie juis omdat verpleegkundiges nooit geleer het om te dink nie, dat die konsep van verpleging selfs as 'n professie, by die lede daarvan vervlak het tot 'n reeks tegnieke wat uitgevoer word op 'n siek liggaam? Vaardighede en tegnieke word gebaseer op die teoretiese onderbou van 'n vakrigting en hierdie teorie ontwikkel uit navorsing in die bepaalde vakrigting. Voordat die ideaal van "totale pasiëntesorg" in die praktyk toegepas kan word, moet die verpleegkunde as vakwetenskap eers uitgebou word deur verpleegkundige denkers en navorsers.

Daar is wel verpleegleiers in Brittanje wat die behoefte aan verdieping in die verpleegkunde besef. McFarlane (1975) verwerp die veronderstelling dat basiese verpleging maklik is en dat dit oorgelaat kan word aan leerders of onopgeleide personeel, terwyl tegniese verpleging moeilik is omdat dit voortspruit uit die pasiënt se mediese behandeling en daarom die veld van die geregistreerde verpleegkundige is. Sy onderskryf Virginia

is nog in sy kinderskoene en vorder stadig, en daar is baie min verpleegkundiges met nagraadse kwalifikasies om hierdie werk te doen.

Bendall glo dat die konflik tussen die ideale en die realiteite in verpleging opgelos moet word deur die sillabus radikaal te verander sodat dit nie op feitelike kennis berus nie, maar op vaardighede = handvaardighede, waarnemings- en tegniese vaardighede, organisatoriese en verhoudingsvaardighede, en onderrigvaardighede.

Bendall se voorgestelde oplossing van die probleem raak myns insiens nie die kern daarvan nie, want dit vervang slegs die aanleer van een stel vaardighede met 'n ander stel. Is dit nie juis omdat verpleegkundiges nooit geleer het om te dink nie, dat die konsep van verpleging selfs as 'n professie, by die lede daarvan vervlak het tot 'n reeks tegnieke wat uitgevoer word op 'n siek liggaam? Vaardighede en tegnieke word gebaseer op die teoretiese onderbou van 'n vakrigting en hierdie teorie ontwikkel uit navorsing in die bepaalde vakrigting. Voordat die ideaal van "totale pasiëntesorg" in die praktyk toegepas kan word, moet die verpleegkunde as vakwetenskap eers uitgebou word deur verpleegkundige denkers en navorsers.

Daar is wel verpleegleiers in Brittanje wat die behoefte aan verdieping in die verpleegkunde besef. McFarlane (1975) verwerp die veronderstelling dat basiese verpleging maklik is en dat dit oorgelaat kan word aan leerders of onopgeleide personeel, terwyl tegniese verpleging moeilik is omdat dit voortspruit uit die pasiënt se mediese behandeling en daarom die veld van die geregistreerde verpleegkundige is. Sy onderskryf Virginia

nuwe bedeling in die postestruktuur vir verpleegkundiges in die Britse gesondheidsdiens noodsaaklik is vir die verbetering van die kwaliteit van verpleging. McFarlane (op.cit.) stel voor dat aandag geskenk word aan die organisasie van die verpleegkundige span om plek in te ruim en bevorderingsmoontlikhede daar te stel vir die nuwe soort verpleegkundige, naamlik die kliniese verpleegspesialis. Die Briggs-verslag (1972) beveel aan dat saalsusters wat oor besondere kliniese vaardighede beskik as gevolg van dieper kennis en ervaring, hierdie vaardighede tot die maksimum sal aanwend. Drie areas word spesifiek genoem, naamlik as konsultante vir kolleges, as deeltydse dosente en as deelnemers aan kliniese navorsing (par. 541). Daar word verder aanbeveel dat sulke susters verhoogde status in die postestruktuur kry, sowel as 'n verhoogde salaris.

Die nuwe denkrigting oor die aard van verpleging word ook weer=spieël in die Briggs-verslag oor verpleging in Brittanje. Een van die basiese uitgangspunte van hierdie verslag is dat verpleeg=dienste toegespits moet wees op die behoeftes van die pasiënt en dat verpleging nie as 'n reeks take beskou moet word nie.

(Briggs, par.39). "Professional nursing ... has as its objec= tives continuity and coordination of care in the interests of comfort, recovery and integrity of the person being cared for ... to carry out this basic integration of function ... involves a sensitive understanding of all the person's needs, physical, psychological and social." (par. 41).

Een van die aanbevelings van die verslag is dan ook dat die verpleegkundiges in pasiënteenhede in spanne toegewys moet word aan pasiënte en nie aan reekse take nie. (par.123). Om verpleeg=

kundiges toe te rus om die pasiënt in sy totaliteit te versorg, word die volgende aanbevelings onder meer gemaak ten opsigte van die opleiding van verpleegkundiges: "... the emphasis throughout this continuing learning process should be placed on comprehensive patient care. We should move away from the situation where individual nurses or midwives who are trained in the physical aspects of caring are often left to discover for themselves the psychological needs of the patient along with the relevant social information." (par. 253(r)).

In die aanbevelings ten opsigte van verpleegonderrig word die belangrikheid van verpleegkundige navorsing beklemtoon. Weens die behoefte aan 'n grondige navorsingsbasis vir verpleegkundige praktyk en administrasie word aanbeveel dat verpleegkundiges as navorsers opgelei word. (par. 377).

Vakkundige literatuur en handboeke as aanwysers van die professionele siening

In 'n groter mate as in Amerika, is verpleging in die praktyk in Brittanje taak- en tegniekgeoriënteerd omdat die oorgrote meerderheid verpleegkundiges sonder 'n wetenskaplike basis van die kunst van verpleging opgelei word. Hulle beskik dus oor geen wetenskaplike kennis van, of vaardighede in aspekte soos interpersoonlike verhoudinge en die verpleegproses nie. In die afgelope vyf tot tien jaar word die teenkating van verpleegkundige navorsers en opvoeders teen hierdie situasie al groter en word die verpleegberoep deur middel van hulle vaktydskrifte ingelig oor die siening van hierdie gesaghebbende verpleegkundiges.

Brittanje het egter 'n groot agterstand ten opsigte van Amerika, omdat in Brittanje relatief baie minder verpleegkundige navorsers, akademiese leiers en skrywers is. In Amerika word minstens vier vakkundige tydskrifte van hoë gehalte reeds jare lank gepubliseer, en artikels daarin deur lede van ander dissiplines, byvoorbeeld geneeshere, is die uitsondering. Artikels en navorsingsverslae deur verpleegkundiges oor die wetenskap en kuns van verpleging, maak byna die totale inhoud van die tydskrifte uit.

Amerikaanse verpleegkundiges word dus jare lank al op die hoogte gehou van die nuutste ontwikkelinge op hulle vakgebied, en hierdie ontwikkelinge is pasiënt-gesentreerd.

Die bekendste Britse verplegingstydskrifte is die Nursing Times en die Nursing Mirror and Midwives' Journal wat weekliks verskyn. 'n Opname is gemaak van al die uitgawes van albei tussen Oktober 1975 en Maart 1976. 50% van die artikels in beide tydskrifte was geskryf deur verpleegkundiges insluitende geregistreerdes, ingeskrewenes, studente en leerlinge. Die res is geskryf deur geneeshere en enkeles deur lede van ander dissiplines.

Te oordeel aan die artikels oor algemene verpleging, geskryf deur verpleegkundiges, is die Britse verpleegkundige se benadering nog steeds volgens die mediese model. Artikels het gehandel oor siektetoestande as sulks en dié met die opskrif "Nursing Care Study" was in die meeste gevalle dag tot dag verslae van tekens, simptome en behandeling, sonder 'n bibliografie of met 'n kort bibliografie van mediese bronne. Daar was een artikel oor die verpleegkundige beraming van 'n pasiënt.

Die deursnee Britse verpleegkundige word dus nie deur middel van haar professionele tydskrifte gestimuleer tot die nuwe gedagterigtings op haar vakgebied nie. Daar is nog te min skrywers en navorsers met die nodige akademiese agtergrond om 'n waarneembare impak op die vakliteratuur te maak en om daardeur die denke van die massa van hul kollegas te beïnvloed. Die afgelope paar jaar het daar wel twee nuwe tydskrifte met 'n meer wetenskaplike inslag die lig gesien, maar hulle is te akademies om 'n breë leserspubliek te trek.

Wat betref verpleegkundige handboeke is die bekendste dié van Evelyn Pearce (1975). Die gewildheid van hierdie boek kan gemeet word aan die feit dat dit al 19 uitgawes beleef het. Die 19de uitgawe is onder redaksie van Pearce en daar is 37 medewerkers van wie slegs 6 verpleegsters is. Die res is geneeshere en 'n paar paramedici.

Samevatting

Die Britse gesondheidsdiens is kort na die Tweede Wêreldoorlog gerasionaliseer en sedertdien het 'n vervlakking ingetree in die Britse verpleegkundiges se siening van hul rol. Of die twee verskynsels verband hou, is nie hier ter sake nie.

Anders as in Amerika, word akademiese skoling deur Britse verpleegkundiges geringgeskat, en is daar by hulle 'n weerstand teen universiteitsopleiding. Daar is relatief baie minder Britse as Amerikaanse verpleegkundiges wat weens akademiese verdieping bevoeg is om die verpleegkunde as wetenskaplike vakgebied te ontwikkel en om die opinies en siening van die breë massa van hul kollegas te verdiep. As gevolg van hierdie toestand bly

verpleging in Brittanje tot 'n groter mate as in Amerika taak- en tegniek-gerig in plaas van pasiënt-gerig.

Die stemme van 'n klein groepie Britse verpleegkundiges wat die gevaar van die vervlakking besef, het weerklank gevind in die Briggs komitee van ondersoek na verpleging, wat ingrypende veranderinge in die benadering tot die opleiding van verpleegkundiges aanbeveel het.

Met die implementering van die aanbevelings van die Briggs-verslag sal Britse verpleegkundiges mettertyd 'n basis van wetenskaplike kennis en die gepaardgaande vaardighede aanleer om hulle praktyk te verbreed. Sodoende sal hul siening van hul rol verbreed vanaf 'n verskaffer van tegniese hulp aan die sieke, na 'n begeleier van die sieke of psigososiale sowel as fisiese vlak.

DIE SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGKUNDIGE SE SIENING VAN HAAR ROL EN TAAK

Verpleging in Suid-Afrika het ontwikkel volgens die Britse stelsel omdat Kaapland en Natal in die negentiende eeu, en ook Transvaal en die Oranje-Vrystaat, aan die begin van die twintigste eeu, Britse kolonies was.

Ondanks Suster Henrietta se oortuiging dat die diensbehoefte van die hospitaal nie inbreuk moes maak op die opleiding van verpleegkundiges nie, was die vakleerlingskapstelsel met die gepaardgaande uitbuiting van "probationers" baie jare lank die enigste vorm van opleiding in ons land, soos die geval was in Brittanje. Alhoewel die opleiding en werkstoestande sedert die Tweede Wêreldoorlog verbeter het, vorm studentverpleegkundiges nog steeds 'n groot deel van die werksmag van ons opleidings-

hospitale. Om dieselfde redes as in die V.S.A. en Brittanje, is hospitaalverpleging in Suid-Afrika ook taak- en tegniek-georiënteerd.

In Suid-Afrika is daar 'n tradisie dat verpleegkundiges na suksesvolle voltooiing van hulle basiese opleiding, op 'n spesiale seremonie in hulle opleidingskool, 'n diensgeloofte aflê, waarin die ideologie van roeping en die etiese verantwoordelikheid van die verpleegkundige beklemtoon word. Die diensgeloofte wat deur die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging in pamfletvorm uitgegee word, bevat onder andere die volgende sin: "Die algehele gesondheid van my pasiënt sal my eerste oorweging wees" (S.A. Verplegingstydskrif 43(11) p.5). Dit impliseer 'n siening van totale pasiëntesorg. Net soos in die V.S.A. en Brittanje, word hierdie siening deur die skrywers en leiers van die beroep onderskryf. Harrison (1969) skryf: "... the nurse, who must nowadays acquire an enormous amount of technical knowledge to keep pace with the tremendous developments in medicine and surgery, must not allow herself to lose sight of the human factors in the total care of the patient".

Daarbenewens word die etiese grondslae en die Christelike filosofie waaruit verpleging in die Weste ontstaan het, sterk beklemtoon. Towert (1967) stel dit so: "Our code of nursing ethics has always been ... based on the precept that the care of the patient is the first duty of the nurse ... to develop the sense of moral responsibility for the total care of the patient, which should be the hallmark of the professional nurse." Volgens Kotze (1968) is die verpleegkundige nie volkome toegerus met (slegs) "'n suiwer tegnologiese kennis en vaardigheid nie. Sy moet die mens verstaan

in al die dimensies van sy menswees; naamlik liggaamlik, psigies en geestelik." Loots (1969) glo dat die gehalte van die verplegingsdiens aan die gemeenskap afhanklik is van "die filosofie van die verpleegberoep ... die etiese grondslae van die verpleegberoep wortel in die Goddelike opdrag en in die lewe en leerstellinge van Christus." Sy lê klem op die handhawing van eie verantwoordelikheid, onvoorwaardelike eerlikheid en eie waardigheid, en die eerbiediging van die mens in sy totaliteit.

Die sterk Christelik-filosofiese inslag in die siening van hul beroep deur Suid-Afrikaanse verpleegkundige leiers, word onderstreep deur die feit dat die eerste professor in die verpleegkunde in Suid-Afrika, 'n kredo vir Suid-Afrikaanse verpleegkundiges as intreerede geskryf het. Hierin skryf sy onder andere "Verpleging is 'n geloof ... in die essensiële waarde van elke menselewe en in die goddelike rede vir die bestaan van daardie lewe ... (Verpleging) is aanvaarding van die feit dat ... siekte as afsonderlike entiteit geen bestaan het nie, maar dat daar net siek mense of mense met gesondheidsbehoefte is; dit is aanvaarding van die feit dat verpleging nie net 'n reeks take is wat verrig moet word of 'n stel prosedures is wat moet uitgevoer word nie, maar 'n professionele diens aan die mensdom wat instrumentele en ekspressiewe funksies behels ... Ons moet ons geloof in die ewige waarhede waaruit ons filosofie gebore is, telkens herbevestig. Afgesien van sy instrumentele, ekspressiewe en tegnologiese funksies het verpleging ook begrippe soos deernis, liefdevolle sorg, bemoedigende steun." (Searle, 1968).

Suid-Afrikaanse verpleegkundige leiers stem saam met hulle Amerikaanse en Britse kollegas dat die enigste manier waarop die

pasiënt in sy totaliteit verpleeg kan word deur middel van die verpleegproses is. Sodoende word die pasiënt gesien "in al die dimensies van sy menswees" (Kotze, 1968) en word gefokus op al sy probleme wat verband hou met sy siekte en sy belewenis daarvan en nie net op basiese en tegniese verpleegsorg nie. Die elemente van die verpleegproses en die belangrikheid van die toepassing daarvan in die praktyk word deur Loots (1970) benadruk. Sy skryf dat die depersonalisering van die pasiënt in die hand gewerk word indien hy "die ontvanger word van 'n reeks vir hom nie-verbandhoudende take". Volgens Loots moet "die professionele verpleegster bevoeg wees om diskriminerend te oordeel in die bepaling van die behoeftes van die sieke, en in die beplanning, uitvoering en evaluering van verpleegsorg."

Om hierdie bevoegdheid te bekom, moet die verpleegkundige 'n deeglike basis van kennis hê van die wetenskap van die verpleegkunde en van die biologiese, mediese, natuur en sosiale wetenskappe. Sy moet ook oor sekere vaardighede beskik, onder andere van waarneming, kommunikasie en verpleegsorgbeplanning, asook tegniese vaardighede.

Die teoretiese kennis van die wetenskappe hierbo genoem, word wel aan die verpleegkunde student oorgedra, want die S.A. Raad op Verpleging en die universiteite skryf dit voor in hulle sillabusse. Tegniese vaardighede of verpleegkundige prosedures het sy ook nog altyd in die praktyk geleer. Maar die vaardighede wat voortvloei uit die sosiale wetenskappe en dié wat gekoppel is aan verpleegsorg beplanning, is tot dusver byna onbekend in ons land.

Daar is slegs twee hospitale wat tot dusver verslae gepubliseer het van die eksperimentele toepassing van probleemgerigte, pasiënt-gesentreerde verpleegsorg. Hulle is die Johannesburg Algemene Hospitaal wat met die "Problem-oriented nursing record"-stelsel eksperimenteer, (Schreiber en Van den Heever, 1977) en die Welkom Hospitaal wat Mayers (1972) se metode van verpleegsorgbeplanning op die proef stel (Botha en Gouws, 1977). Slegs een artikel het tot dusver in die S.A. Verplegingstydskrif verskyn wat daarop dui dat enige ander opleidingskool hulle verpleegkundiges oplei in die toepassing van die verpleegproses (Vermaak, 1977).

Universiteitsopleiding vir verpleegkundiges in Suid-Afrika

Alhoewel die eerste voorgraadse kursus meer as 'n dekade na die Tweede Wêreldoorlog ingestel is, het sulke kursusse die afgelope dekade met rasse skrede toegeneem, vanaf twee in 1968 na elf in 1978. Op een na bied al die Blanke universiteite in Suid-Afrika nou kursusse in verpleegkunde aan. Hierdie feit is 'n aanduiding dat daar baie minder weerstand teen 'n akademiese benadering tot die verpleegkunde in Suid-Afrika as in Brittanje is, waar daar in 'n tien maal groter bevolking slegs 24 verpleegkunde kursusse aan universiteite aangebied word.¹⁾

Benewens voltydse kursusse is daar tans 'n paar duisend geregistreerde verpleegkundiges wat graad kursusse in die verpleegkunde deur middel van korrespondensie aan die Universiteit van Suid-

1. Persoonlike mededeling deur mej. M. Storey, registrateur van die General Nursing Council for England and Wales, April 1979.

Afrika volg. Laasgenoemde kursusse is egter eers in die afgelope drie jaar ingestel en die invloed daarvan in die praktyk is nog nie duidelik waarneembaar nie. Unisa studente word onderlê in die nuwer konsepte van die verpleegkunde soos die verpleegproses, kommunikasie, en die psigiese en emosionele behoeftes van die sieke. Omdat dit korrespondensiekursusse is, is daar egter nie die geleentheid om die praktiese vaardighede wat voortspruit uit hierdie konsepte aan te leer en toe te pas in die praktyk nie, byvoorbeeld kommunikasietegnieke, krisis=hantering en verpleegsorgbeplanning.

Wat die opleiding van voorgraadse studente betref, bestaan daar nog 'n groot gaping tussen die teorie wat in die klaskamer oorgedra word, en die toepassing van die konsepte in die praktyk. Die rede hiervoor is dat daar relatief min geregistreerde verpleegkundiges in die hospitaalpraktyk is wat self in hulle opleiding kennis gemaak het met die konsepte of met die pasiëntgesentreerde benadering. Dit geld veral vir die verpleegkundiges in die senior range van die administratiewe hiërargie. Die verpleegkundige administrasie het nog nie verander om aan te pas by die pasiëntgesentreerde benadering nie. Prestige poste is nog steeds administratiewe, en nie kliniese poste nie, en die werk word nog funksioneel ingedeel. Dit wil sê verpleegkundiges word aan take toegewys, nie aan pasiënte nie.

Interpersoonlike vaardighede is moeiliker om aan te leer as tegniese vaardighede en dit is moeilik om roetines wat al jarelank praktyk is te verander. Om nuwe konsepte in die praktyk toe te pas en nuwe vaardighede aan te leer, sal dus tyd neem.

Samevatting

Die siening van die Suid-Afrikaanse verpleegkundige teenoor haar taak is sterk Christelik-filosofies ingeklee. Daar is by haar minder weerstand teen universiteitsopleiding as by haar Britse kollega. Hierdie soort opleiding het in die afgelope dekade groot opgang in Suid-Afrika gemaak. Die impak daarvan in die praktyk in algemene hospitale is nog nie bepaal nie, maar volgens die artikels wat in die vaktydskrif verskyn, en te oordeel aan die feit dat taak toewysing eerder as pasiënt toewysing nog steeds die reël is in ons hospitale, wil dit voorkom asof die verdieping in die wetenskaplike konsepte van die verpleegkunde nog nie deurgewerk het na die praktyk nie.

HOOFSTUK 3DIE PASIËNT : FOKUS VAN VERPLEEGSORGINLEIDING

Dit gaan in hierdie studie om die pasiënt in die algemene hospitaal. Alhoewel hy die rede is vir die bestaan van die hospitaal en van die verpleegprofessie, is hy nie 'n deel van die formele sosiale struktuur of organisasie daarvan nie. Hy is 'n ontvanger van dienste. Die hospitaalpersoneel, sowel as die besoekende geneeshere, is lede van die hoogs-gestruktureerde sosiale sisteem van die hospitaal. Elkeen beklee 'n spesifieke statusposisie wat gekoppel is aan 'n duidelik-omskryfde rol. Die regte en verpligtinge verbonde aan elke rol is bekend aan die status-bekleërs sodat hulle gemaklik daarbinne funksioneer. Hulle gedrag is dus normatief gereguleer volgens hul onderskeie rolle. Anders gestel: die hospitaalpersoneel en geneeshere is gesosialiseer in die hospitaal se sosiale sisteem.

Die pasiënt kom nou as buitestaander in hierdie sisteem in en 'n rol word aan hom toegeken wat vir hom vreemd is. Daarbenewens mag dit gebeur dat die rolgedrag van die personeel nie strook met sy verwagtinge nie. Die pasiënt se hospitaal-ervaring gaan noodwendig beïnvloed word deur hierdie twee faktore, naamlik die manier waarop hy die pasiëntrol vervul en in watter mate die rolgedrag van die personeellede met wie hy in aanraking kom, aan sy verwagtinge voldoen.

DIE KONSEPTE "SIEKROL" EN "PASIËNTROL"

Siekte is nie net 'n biologiese en fisiese verskynsel nie, dit is ook 'n gebeurtenis wat in 'n sosiale konteks plaasvind (King, 1972). Sosioloë skenk toenemende aandag aan siektegedrag en die konsepte "siekrol" en "pasiëntrol" het hieruit voortgevloei. Hierdie konsepte vorm 'n raamwerk waarvolgens die gedrag van die sieke bestudeer kan word. Verskille in gedrag sal voorkom na gelang van die individu se persoonlikheid, die spesifieke situasie en die sosiale konteks. Daar sal egter ook ooreenkomste wees in die gedrag van siekes in 'n bepaalde samelewing.

Die siekrol

Belangrike studies in hierdie verband is deur Parsons gedoen, wat die regte en verpligtinge van die siekrol in die Westerse samelewing, en veral in die V.S.A. uiteengesit het. Dit behels kortliks die volgende: Die sieke se vermoë om sy normale rolle in die samelewing te vervul, is versteur deur die siekte. Hiervoor kan hy nie verantwoordelik gehou word nie. Daar kan ook nie van hom verwag word om sonder hulp gesond te word nie. Hy word vrygestel van sy normale verpligtinge volgens die aard en graad van sy siekte. Siekte is egter 'n ongewenste toestand en daar word van die sieke verwag om daadwerklike pogings aan te wend om gesond te word. Ten einde hierdie doel te bereik, word van hom verwag om bevoegde hulp te soek, en om sy samewerking te gee aan diegene wat hom help. Hierdie omskrywing van die siekrol impliseer, onder andere, dat "the role of illness tends to place him in a position of dependency on persons who are not sick." (Parsons, in Jaco, 1972, p.108).

Nog 'n belangrike implikasie is dat die sieke ontmoedig word om die voorregte wat die siekrol inhou, vir langer as wat dit nodig is, vir homself toe te eien. Met ander woorde, die siekrol is in die meeste gevalle tydelik, en omdat siekte as ongewens beskou word, moet die sieke so gou moontlik probeer om sy "siekrol" prys te gee en terug te keer na sy normale, onafhanklike rolle in die samelewing.

Parsons se uiteensetting van die siekrol is nie algemeen geldend nie. Die siekrol word veral deur twee stelling faktore beïnvloed, naamlik die aard van die siekte, en deur sosio-kulturele faktore. Hierdie faktore verleen 'n verskeidenheid dimensies aan dié rol.

Die samelewing ken byvoorbeeld verskillende voorregte en verpligtinge toe aan siekes wat ly aan kroniese, ongeneeslike toestande en diegene wat ly aan akute, korttermyn siektes. Die kroniese sieke is dikwels ambulant en kan sy normale rolle in die samelewing in 'n groter mate vervul as die persoon wat aan 'n akute, korttermyn toestand ly. Kassebaum en Baumann (1972) het vier dimensies van die siekrol onderskei by 'n groep chroniese siek buitepasiënte by 'n Amerikaanse hospitaal. Die belewenis van die pasiënte ten opsigte van hierdie dimensies, het saamgehang met bepaalde sosiale faktore, naamlik, afhanklikheid en skuldgevoelens weens onvermoë om normale rolle te vervul. Ontkenning van die siekrol het veral voorgekom by ouer mans met 'n lae onderwyspeil, wat hande-arbeid verrig het of wat geen beroep gehad het nie. Vroue en pasiënte sonder beroep se siekrolverwagtinge het in 'n groot mate ooreengestem met die verwagtinge wat hulle terapeute van hulle gekoester het. Beide terapeute en pasiënte het byvoorbeeld ooreengestem oor die mate van vrystelling van normale pligte.

Mumford en Skipper (1967) haal 'n verslag van Langner en Michael aan wat tot die gevolgtrekking kom dat persone met 'n lae onderwyspeil in die lae sosio-ekonomiese groepe, grootgemaak word om fatalisties en wantrouig te wees. Die implikasies van hierdie houding vir die siekrol is, onder andere, dat sulke mense weens hul inherente wantroue bang sal wees om mediese hulp te soek. Al meld hulle aan vir dié hulp, sal hulle nie maklik saamwerk om vir hulself beter gesondheid in die toekoms te verseker nie, omdat hulle weens hul fatalisme nie die waarde van vooruitbeplanning besef nie. Hierdie bevinding strook met dié van Kassebaum en Baumann (op.cit.) dat sulke persone geneig is om die siekrol te ontken.

Persone met 'n hoë onderwyspeil, wat in die hoër sosio-ekonomiese groepe ressorteer, is beter ingelig oor die tekens en simptome van siekte en hulle is meer geneig om professionele hulp te soek — en te aanvaar — in geval van siekte.

Suchman (1972) rapporteer 'n studie waarin die invloed van sosiale groeplidmaatskap op die individu se mediese oriëntasie ondersoek is. Persone in die laer sosio-ekonomiese groepe wat 'n lae onderwyspeil het, het minder kennis van siekte, staan meer skepties teenoor mediese sorg, en is meer afhanklik tydens siekte as persone in die hoër sosio-ekonomiese groepe met 'n hoë onderwyspeil.

Wat geslag en ouderdom betref, het hierdie studie getoon dat vroue in alle sosio-ekonomiese groepe relatief beter ingelig is omtrent siekte as mans en dat ouer mans in alle groepe se beskouing oor gesondheid meer "populêr" as wetenskaplik georiënteerd is.

As bogenoemde tendense in oënskou geneem word, is dit logies om te verwag dat hulle sal voortduur wanneer die sieke hom onder mediese sorg bevind, dit wil sê, wanneer hy 'n pasiënt is.

Die Pasiëntrol

Sodra die sieke terapeutiese hulp soek en aanvaar, dit wil sê, sodra die terapeut-pasiëntverhouding begin, gaan die siekrol oor in die pasiëntrol. (Van Rensburg, 1975). Die pasiëntrol is onderhewig aan die meer spesifieke verpligtinge en regte wat neergelê word deur die terapeute en die terapeutiese instansie op wie die persoon hom beroep vir hulp. Omdat daar in ons samelewing so 'n verskeidenheid terapeutiese instansies bestaan, sal die pasiëntrol nog meer variasies toon as die siekrol. Voorbeelde van sulke instansies is 'n private mediese praktyk, 'n buitepasiënte of kliniekdiens en verskillende soorte hospitale.

Die pasiëntrol kan dus beskou word as 'n voortsetting van die siekrol en as sulks is dit, om verskeie redes, 'n afhanklike rol. Volgens Suchman (op.cit.) soek alle sosiale groepe mediese hulp as hulle simptome ernstig genoeg is om hulle normale aktiwiteite in te kort.

Omdat die pasiënt professionele mediese hulp gesoek het, verwag die gemeenskap, die terapeutiese instansie waar hy gehelp word, sowel as die terapeutiese span, dat hy hom sal onderwerp aan die hulp wat verleen word. Vanweë die beperkinge wat die siekte op die pasiënt se normale, onafhanklike funksionering plaas, is hy tot 'n mindere of meerdere mate afhanklik van andere. Hierdie beperkinge sluit in fisiese swakheid, sowel as 'n verswakte vermoë om onafhanklik te dink en besluite te neem. Die vermoë

om besluite te neem, word gestrem deur die pasiënt se fisiese swakheid, die angs wat gepaard gaan met siekte, sowel as 'n gebrek aan inligting oor sy siekte en die implikasies daarvan.

Suchman (op.cit.) het gevind dat die meeste mense dit moeilik vind om pasiëntstatus te aanvaar, ongeag hulle sosiale agtergrond. Hulle vind dit moeilik om hulle normale verantwoordelikhede aan andere oor te gee en om toe te gee aan die siekte en te gaan lê. Alhoewel hulle hul bereidwillig verklaar om alle mediese advies te volg, wil hulle op hoogte gehou word van wat met hulle gaan gebeur. Hulle wil spesifiek weet waarop dui hul simptome, wat hulle prognose is en of die siekte enige nagevolge inhou. Hierdie bevindings geld vir die eerste stadium van die pasiëntrol, voor hospitalisasie, en dit dui daarop dat pasiënte in hierdie stadium nie gereed is om hulle onafhanklikheid heeltemal prys te gee nie.

Die afhanklikheid van die pasiënt word op verskillende maniere in die hospitaal beklemtoon: Vir die hospitaaladministrasie is hy 'n produk wat verwerk moet word — iemand *aan* wie, nie *met* wie, dinge gedoen moet word. Om die manipulering van die pasiënt te bevorder, gebruik die hospitaaladministrasie veral die meganisme van "stropping". Dit wil sê, die pasiënt word van sy identiteit gestroop. Dit word gedoen deur 'n nommer aan hom toe te ken vir administratiewe doeleindes (Coe, 1970) en deur die feit dat hy in die hospitaal uitgeken word, nie aan die naam, status en rol wat hy buite die hospitaal beklee nie, maar as 'n diagnose wat 'n bepaalde bed beset. Verder word die simbole van sy normale rol in die gemeenskap en van sy individualiteit wat hy saam met hom dra, naamlik sy klere en ander persoonlike besittings, van hom weggeneem. In die hospitaal word sy vryheid

aan bande gelê — hy mag byvoorbeeld nie die saal sonder toestemming verlaat nie. Sy dieet word beheer en daar word beheer uitgeoefen oor die mense wat hom mag sien en die tye waarop hulle hom mag sien. Hy word beveel en verbied om bepaalde dinge te doen. (Duff en Hollingshead, 1968). Brown (in Skipper en Leonard, 1965, p.8) som dit so op: "The individual has been reduced to the anonymity of a horizontal figure between white sheets".

Rosengren en Lefton (1969) haal die bevindinge van Coser aan.¹⁾ Coser vind dat die hospitaal se belangrikste doel die toepassing van mediese tegnologie is. Die hospitaal moet dus pasiënte met hulle verskeidenheid verwagtinge inlyf in daardie rolle en houdinge wat dit vir die hospitaal moontlik maak om sy doel te bereik. Die pasiënt moet aanpas by die hospitaal se sosiale sisteem, al hou die sosiale eise wat aan hom gestel word, nie altyd verband met sy genesing nie.

In die moderne algemene hospitaal word fisiese onafhanklikheid in die meeste gevalle by pasiënte aangemoedig as deel van hulle terapie, soos byvoorbeeld, vroeë ambulansie en selfversorging na chirurgiese ingrepe. In teenstelling hiermee is die benadering van die terapeutiese spanlede tot die pasiënt sodanig dat dit psigiese onafhanklikheid teëwerk, byvoorbeeld, hulle weerhou tersaaklike inligting omtrent sy toestand van hom. Coe (op.cit.) stem saam dat pasiënte dikwels in onkunde gehou word oor wat in die hospitaal gebeur en wat met hulle gebeur.

1. Coser, Rose, L., Life on the ward, 1962. East Lansing, Michigan State University Press.

Ten spyte van die drastiese verandering in hul lewenswyse wat deur siekte en hospitalisasie meegebring word, dui verskeie studies daarop dat pasiënte in 'n groot mate daarby aanpas. Brown (in Skipper en Leonard, 1965, pp.7-8) sê in dié verband: "Most patients ... assume that they will be able to adjust reasonably well to the role deprivations, the unfamiliar routines, the sometimes alarming or painful treatments ... if only 'their doctor' and 'their nurse' explain things to them in language they can understand ... " Dat die meeste pasiënte hulle wel aanpas by die rol wat van hulle verwag word in die hospitaal, blyk uit 'n ondersoek wat deur Suchman (op.cit.) gerapporteer word en waarin daar bevind is dat houdinge ten opsigte van hospitalisasie oor die algemeen gunstig was, ten spyte van die feit dat die hospitaalroetine aan baie min pasiënte verduidelik is.

Vorige hospitaalervaring mag 'n rol speel in hierdie verband, want baie pasiënte het gesê dat 'n vorige hospitalisasie hulle meer positief laat voel het oor die vooruitsig om weer hospitaal toe te gaan. Coe (op.cit.) kom tot die gevolgtrekking dat hoe meer die pasiënt se hospitaalervaring aan sy verwagtinge voldoen, hoe minder traumaties sal hospitalisasie vir hom wees.

ROLGEDRAG VAN DIE PASIËNT

Wanneer 'n sieke die pasiëntrol aanvaar, onttrek hy hom tydelik aan sy volwasse verpligtinge sodat hy al sy kragte en aandag aan sy herstel kan wy. Hy dra die verantwoordelikheid om besluite vir hom te neem tydelik oor aan die terapeutiese span. Die struktuur van sy wêreld raak nou eenvoudiger, meer soos in sy kinderdae. Hy is weer afhanklik van andere, en in hierdie sosiale situasie regresseer sy gedrag ook. Soos die gedrag

van 'n kind, word die gedrag van die pasiënt gekenmerk deur egosentrisiteit, emosionele afhanklikheid en labiliteit. Hy stel net belang in homself en die bevrediging van sy onmiddellike behoeftes. Lederer (1965), King (1972) en McGregor (1960) skryf hierdie regressie van die pasiënt toe aan angs, vrees en gebrek aan sekuriteit. McGregor (ibid.) konstateer dat die vrees spruit uit die feit dat die pasiënt homself skielik in 'n situasie en in 'n omgewing bevind waaroor hy geen beheer het nie. Volgens King weer is dit maar één rede vir die pasiënt se angs en vrees. Ander redes is die bedreiging wat die siekte vir hom inhou, byvoorbeeld die moontlikheid van die dood en tydelike of permanente beperking van funksionering.

Die regressiewe gedrag manifesteer op verskillende maniere. McGregor (op.cit.) haal 'n studie van Dichter¹⁾ aan waarin daar gevind is dat prikkelbaarheid en klagtes oor onbenullighede soos die hospitaal koffie en roetine, eintlik gedui het op 'n basiese gebrek aan emosionele sekuriteit. Beide Dichter en King (op.cit.) kom tot die gevolgtrekking dat pasiënte, in hul pogings om sekuriteit te vind en sodoende hulle angs te verlig, onbewustelik die roleienskappe van vader en moeder aan die geneesheer en verpleegkundiges onderskeilik, toeken. Hulle behoefte aan aandag en liefde maak hulle baie subjektief in hul beoordeling van die gedrag van diegene wat vir hulle sorg: as 'n verpleegkundige frons is hulle bang dat sy vir hulle kwaad is. Hulle is sensitief vir die gesindheid waarmee hulle versorg word, en is dankbaar vir enige aksies wat dui op toegeneentheid van die geneesheer of verpleegkundiges.

1. Dichter, Ernest. A psychological study of the hospital-patient relationship. *The Modern Hospital*. Vol. 83, Sept. - Dec. 1954, Vol. 84, Jan. - Feb. 1955.

Soos kinders, is pasiënte ook emosioneel labiel en ambivalent. Hulle wil versorg word, maar as hulle soos kinders behandel word, verhoog dit hulle gevoel van hulpeloosheid. Tog het die meeste respondente in 'n studie deur Suchman (op.cit) verklaar dat hulle bly was dat hulle hul verantwoordelikhede aan iemand anders kan oorgee. Pasiënte kan dan gelyktydig 'n onkritiese "liefde" en bewondering vir hulle versorgers openbaar en tog wrewel teenoor hulle koester omdat die versorgers sterker as hulle is. Uitbarstings van frustrasie en woede afgewissel met eerlike versekerings van waardering, is manifestasies van pasiënte se emosionele labiliteit. (King, *ibid.*, Lederer, *op.cit.*).

Die emosionele regressie en afhanklikheid van die pasiënt is nodig in die akute stadium van sy siekte om sy herstel te bevorder. Lederer (*op.cit.*, p.162) maak die volgende stelling in hierdie verband: "It is conceivable that through social and emotional regression the sick person re-distributes his energies to facilitate the healing process ... The biological task of the sick is to get well and this work is furthered by the focussing of personality energies on the self and withdrawing them from other uses and purposes."

Tog kan oormatige regressiewe gedrag dui op 'n hoë angsvlak. Verpleegkundige tussentrede om die angs te verlig, sal dan ook die gedrag onder beheer bring, soos die volgende twee voorbeelde aantoon. Aiken (1970) en Chamings (1969) bespreek elkeen 'n pasiënt wat uiters veeleisende gedrag openbaar het, byvoorbeeld deur elke paar minute die klokkie te lui vir onbenullighede. Hoe meer aandag die pasiënte gesoek het, hoe meer het die verpleegkundiges hulle vermy. In albei gevalle is die pasiënte se

verpleegsorgplanne gewysig in 'n poging om hierdie probleem te oorbrug. Eerstens moes die pasiënte gereeld, op gespesifiseerde tye deur 'n verpleegkundige besoek word ongeag of hulle die klokkie vir aandag gelui het of nie. Hierdie optrede moes die verpleegkundiges se bereidwilligheid om te help en hulle beskikbaarheid beklemtoon. Tweedens is hierdie reëling en alle verpleegsorg breedvoerig aan die pasiënte verduidelik. In albei gevalle het die veeleisende gedrag binne 'n dag opgehou en het die angs van die pasiënte en die wrewel van die verpleegkundiges verdwyn. 'n Vertrouensverhouding het ook in albei gevalle tussen pasiënt en verpleegkundige ontwikkel.

Albei skrywers kom tot die gevolgtrekking dat die rede vir die pasiënt se aandagsoekery 'n gevoel van onveiligheid was. Die inligting oor die versorging wat hulle kon verwag en die gereelde, belangstellende besoeke deur die verpleegkundiges het hulle veilig laat voel en daarom was dit nie langer nodig om aandag te soek nie.

Hierdie insidente staaf Mooney (1976) se waarnemings wat sy baseer op Bowlby se aanhanklikheidsteorie. Bowlby se teorie berus daarop dat die kind eers absolute sekuriteit in sy verhouding met sy moeder (of versorger) moet hê voordat aanhanklike gedrag afneem en verkenningsgedrag proporsioneel toeneem. Volgens Mooney is dit byna onmoontlik vir 'n pasiënt om sy onafhanklikheid te herwin as hy nie in die akute stadium van sy siekte 'n bevredigende emosionele verbintenis met 'n verpleegkundige gevorm het nie. Dit is eers nadat hy 'n vertrouensverhouding met haar opgebou het, dat hy sal begin werk aan sy onafhanklikheid. As die pasiënt die verpleegkundige vertrou, sal hy minder

afhanklik wees, terwyl hy nog psigologies gemaklik bly. Hy raak emosioneel stabiel en ontwikkel selfvertroue.

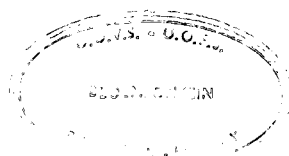
DIE PASIËNT SE BELEWENIS VAN SY VERPLEEGSORG

Uit die voorafgaande bespreking van die gedrag van die pasiënt, is dit duidelik dat sy regressiewe gedrag in 'n groot mate 'n verdedigingsmeganisme teen angs is. Hierdie angs word veral deur twee groepe faktore veroorsaak, naamlik sy siekte en al die implikasies daarvan, en die vreemde situasie en omgewing waarin die pasiënt hom bevind. Hierdie omgewing sluit mense in — die terapeutiese span — waarvan die verpleegkundiges numeries die grootste groep uitmaak. Hulle het ook die meeste kontak met die pasiënt, en sal dus noodwendig 'n groot invloed op sy belewenis van sy hospitalisasie hê.

Soos die geval in enige lewenssituasie, sal die pasiënt se belewenis van sy kontakte met verpleegkundiges grootliks beïnvloed word deur sy verwagtinge van hulle. Coe (op.cit.) se stelling geld ook vir hierdie aspek van hospitalisasie, naamlik hoe meer die werklikheid ooreenstem met sy verwagtinge, hoe minder traumaties sal die belewenis wees. Voordat die pasiënt se belewenis bespreek kan word, moet 'n antwoord op die vraag: "Wat verwag die pasiënt van die verpleegkundige?" eers gesoek word.

Die pasiënt se verwagtinge van die verpleegkundige

Die verwagtinge wat die pasiënt van die verpleegkundige koester, is deur verskeie navorsers ondersoek. Tagliacozzo (1965) het gevind dat hospitaal-pasiënte die verpleegkundige in terme van



280840

haar tradisionele rol evalueer. Hulle beskou 'n "goeie verpleegster" as een wat die pasiënt se behoeftes antisipeer, wat vriendelik en geduldig is en wat aanmoediging gee. In hierdie ondersoek het pasiënte min waarde geheg aan kennis en tegniese vaardigheid. Volgens Fuerst et al. (1974) egter, is professionele bevoegdheid bo-aan die lys van die pasiënt se verwagtinge van die verpleegkundige. Hierna volg dat hulle hul werk in 'n ernstige lig moet beskou, en bedagsaam en vol begrip moet wees teenoor hulle pasiënte. Hulle moet die pasiënt se behoeftes antisipeer en moet verduidelikings gee en vrae van die pasiënt beantwoord.

Roper (1973) se ondersoek is in drie Britse algemene hospitale gedoen en die pasiënte het die tegniese aspekte van die verpleegkundige se werk bo-aan die ranglys van verwagtinge geplaas. Sy het egter gevind dat pasiënte meer besorgd is oor emosionele ondersteuning as wat hulle wil erken, soos aangetoon word deur "onder die oppervlakte" tipes meting. Ewell (1967) kom tot dieselfde gevolgtrekking as Roper.

Samevattend kan verklaar word dat pasiënte van die verpleegkundige verwag om te voorsien in hulle behoefte aan emosionele sekuriteit deur middel van bedagsame, vaardige versorging en betekenisvolle kommunikasie. Die vraag wat hieruit ontstaan is: Voldoen die verpleegkundige aan hierdie verwagtinge?

Die pasiënt se belewenis van sy kontak met die verpleegkundige

Volgens Skipper (1965) hou kommunikasie met verpleegkundiges twee betekenis in vir pasiënte, naamlik die inwin van inligting, wat te make het met die instrumentele funksie van die verpleeg-

kundige. Die ander betekenis is interpersoonlike kontak, wat te doen het met haar ekspressiewe funksie. Hy het gevind dat "swak verduidelikings" die aspek van mediese sorg (in hospitale) is wat die meeste kritiek van pasiënte uitlok. Skipper, sowel as Tagliacozzo (1965) vind dat die grootste leemte wat pasiënte ervaar in hulle kontak met verpleegkundiges, die gebrek is aan inligting oor hulle siekte, oor prosedures wat op hulle uitgevoer word, oor medikasies, en oor die algemeen, oor wat met hulle gaan gebeur. Albei hierdie navorsers het bevind dat 'n gebrek aan hierdie soort inligting aan pasiënte tot 'n vrees vir ver=waarlosing lei en 'n vrees dat growwe foute met hulle behandeling gemaak kan word.

Die bevinding dat gebrek aan inligting en betekenisvolle kommu=nikasie 'n hoë mate van angs by gehospitaliseerde pasiënte veroorsaak, word in verskeie studies beaam, byvoorbeeld in studies deur Duff en Hollingshead (1968) en Volicer en Bohannon (1975). In 'n studie wat in Engeland gedoen is, het pasiënte 'n hoë mate van tevredenheid uitgespreek oor hulle fisiese versorging in die hospitaal, maar weer was hul grootste kritiek teen die gebrek aan inligting oor hulle toestand en die redes vir diagnos=tiese toetse en behandeling (Raphael, 1973).

Benewens navorsingsverslae publiseer veral Amerikaanse verpleeg=kundige tydskrifte sporadies artikels deur gewese pasiënte oor hulle belewenisse in die hospitaal. Die volgende dien as voorbeelde:

Bergeron (1971) het 'n lang reeks diagnostiese ondersoeke onder=gaan voordat Hodgkin se siekte gediagnoseer is. Niemand het

haar ingelig oor die geneesheer se vermoede in hierdie verband nie. Sy skryf: "They say I'm nosey because I ask. It's my body, I have a right to know, ... I'm not stupid ... I have so much pain ... what's going on? Are they keeping something from me?" Bergeron was 'n verpleegkunde student in haar senior jaar tydens hierdie episode. Blackwell (1975) skryf dat haar ervaring van 'n pneumoensefalogram die pynlikste en mees vrees= aanjaende ervaring van haar lewe was en skryf verder: "My ex= periences as a patient and a nurse have convinced me that ... the nurse should share information about these tests with the patient far enough in advance to answer whatever questions he may have."

Long (1974) skryf van die "mamma knows best" rol waarin baie verpleegkundiges die pasiënt plaas. Sy voel dat 'n pasiënt die reg het om te weet wat mense aan hom doen en hoekom, en sê dat geen inligting spontaan aan haar gegee is nie.

Die sielkundige, Veninga (1973), se ervaring was dat die meeste gesondheidswerkers in die hospitaal boodskap-georiënteerd was, dit wil sê hulle het nie belanggestel in die respons van die ontvanger van die boodskap nie. Die taak-gerigtheid van hulle aandag het die moontlikheid van dialoog met hul pasiënte feitlik uitgeskakel. Die gebrek aan kommunikasie het vir Lord (1974) beteken dat daar niemand was met wie sy kon praat oor haar bele= wenis van die feit dat sy kanker gehad het nie. Storlie (1974) se ervaring was dat die medici en verpleegkundiges haar toestand en behandeling in haar teenwoordigheid bespreek het in tegniese taal wat sy nie verstaan het nie.

Die roureaksie van Perrine (1971), wat op 20-jarige leeftyd 'n parapleeg geword het, is volgens hom vererger deur sy gebrek aan inligting. "I am convinced that months could have been knocked off my eventual adjustment if someone had leveled with me and then helped me work through it." Die verpleegkundiges se gebrek aan empatie, en die feit dat hy geen begeleiding deur hierdie ervaring gehad het nie, het hy as 'n ernstige leemte gevoel. "A professional person (for example a nurse) can act as compassionate waiter ... offer a loving relationship and wait until the patient is ready to receive her help."

Te oordeel aan die getuienis wat hier aangehaal is, wil dit voorkom asof pasiënte se belewenisse van hulle kontak met verpleegkundiges nie in alle opsigte voldoen aan hulle verwagtinge nie, veral nie aan hulle verwagtinge van en behoefte aan emosionele ondersteuning nie.

'n Vraag wat nou gestel kan word, is "Hoeveel pasiënte se belewenisse is ongelukkig in hierdie opsig?"

Pasiënte se tevredenheid met hul verpleegsorg

Om bogenoemde vraag te beantwoord, is studies oor pasiënte se tevredenheid met hulle verpleegsorg nagegaan. Die bevindinge van hierdie studies is so uiteenlopend soos die metodes en tegnieke wat gebruik is. Een algemene gevolgtrekking wat gemaak kan word, is dat min pasiënte ernstige ontevredenheid uitspreek. Die volgende redes word hiervoor aangevoer:

Redes waarom pasiënte nie kla nie

Pasiënte voel dat hulle nie die reg het om te kla nie, want hulle is nie so siek soos sommige ander pasiënte wat meer aandag nodig het nie. (Duff en Hollingshead, op.cit., Tagliacozzo en Mauksch, 1972). Pasiënte wil nie kla nie omdat die verpleegkundiges te besig is om beter versorging te gee. (Nehring en Geach, 1973; Tagliacozzo, op.cit. en New, et al., 1965). Pasiënte is bang vir verwerping deur verpleegkundiges. Hulle probeer hard om te konformeer aan hulle idee van die verpleegkundige se verwagtinge van 'n "goeie pasiënt". (Skipper, op.cit., Tagliacozzo, ibid., en Nehring en Geach, ibid.) Nog 'n rede wat gevind word vir die feit dat relatief min pasiënte kla oor verpleegsorg, is 'n vrees vir vergelding. Tagliacozzo en Meuksch (op.cit.) het gevind dat pasiënte bang is om hulle goeie verhouding met die personeel in gevaar te stel uit vrees dat noodsaaklike dienste van hulle weerhou sal word. In 'n ander studie vind Tagliacozzo (op.cit.) dat pasiënte glo dat verpleegkundiges samewerking van hulle verwag en dat hulle bang is vir negatiewe sanksies as hulle gedrag sou afwyk van hierdie verwagting.

Faktore wat ontevredenheid in die hand werk

Die onderwyspeil en sosio-ekonomiese faktore blyk uit ondersoeke die grootste invloed te hê op die tevredenheid van pasiënte met hulle verpleegsorg. Pander (1974) het gevind dat pasiënte met 'n lae onderwyspeil nie hulle behoeftes verbaliseer nie, en dit mag verband hou met Suchman (op.cit.) se bevinding dat pasiënte in die ongeskoolde beroepe die hoogste graad van tevredenheid getoon het. Hoe hoër die onderwyspeil van pasiënte, hoe meer

bewus is hulle van hulle gebrek aan inligting en hoe makliker vra hulle daarvoor. Indien hulle behoefte nie bevredig word nie, sal hulle dus ontevrede wees en dit ook verbaliseer as hulle daaroor gevra word. Smith (1976) verklaar dat die meeste klagtes oor gesondheidsorg gemaak word deur die uitgesproke middelklas.

Die fatalisme van die laer sosio-ekonomiese klasse mag dalk ook 'n rol speel in hierdie verband. Persone met 'n fatalistiese lewenshouding sal onder meer geneig wees tot gelate aanvaarding van wat met hulle gebeur as diegene wat nie so ingestel is nie.

'n Belangrike faktor wat pasiënt-tevredenheid beïnvloed, is deur Roper (op.cit.) geïdentifiseer, naamlik dat die pasiënte wat die hoogste mate van tevredenheid getoon het, in sale gehuisves was waar die susters emosionele ondersteuning van pasiënte as hulle belangrikste funksie beskou het.

Samevatting

Siekte word in die Westerse samelewings as 'n ongewenste toestand beskou en daarom word daar van die sieke verwag om bekwame hulp te soek om te herstel. Sodra hy hom onderwerp aan hierdie hulp, word hy 'n pasiënt, en as sulks word hy tydelik onthef van sy normale roloverpligtinge sodat hy al sy aandag kan wy aan die herstelproses.

As hy gehospitaliseer word, bevind hy hom in 'n situasie en omgewing waarin hy van sy normale onafhanklikheid gestroop word, waar besluite vir hom geneem word en waar hy dikwels nie weet of verstaan wat met hom gaan gebeur nie.

Die gemeenskap en die terapeutiese span verwag dat hy hom sal onderwerp aan die gesag van laasgenoemde; siekte maak hom fisies swak sodat hy nie onafhanklik kan optree nie, en hy ervaar angs oor die implikasies van die siekte en oor die vreemde hospitaalmilieu. Hierdie faktore werk almal saam om hom emosioneel te laat regresseer en sy gedrag toon dus emosionele afhanklikheid. In die toestand van emosionele afhanklikheid soek hy in die verpleegkundige 'n moeder surrogaat. Sy moet hom nie alleen emosioneel ondersteun nie, maar sy moet hom soos 'n moeder, ook met vaardigheid en kundigheid versorg; dit dra by tot sy gevoel van veiligheid.

Dit blyk uit navorsing en uit die persoonlike getuienis van pasiënte wat geboekstaaf is, dat sommige pasiënte in algemene hospitale nie die emosionele ondersteuning van verpleegkundiges kry wat hulle verwag nie. Daar is ook 'n groep wat verklaar dat hulle heeltemal tevrede is met hulle verpleegsorg. Navorsing toon egter dat meer pasiënte ontevrede is as wat hulle wil erken. Hulle word ook deur 'n verskeidenheid sosiale en persoonlike redes daarvan weerhou om hulle ontevredenheid uit te spreek.

Dit is duidelik dat dit geen maklike taak is om vas te stel hoe pasiënte in algemene hospitale werklik hulle kontakte met verpleegkundiges beleef nie, omdat daar soveel veranderlikes is wat hierdie kontakte kan beïnvloed. Die pasiënt is die fokus van verpleegsorg en die kwaliteit van daardie sorg kan nie gemeet word sonder om die pasiënt se subjektiewe ervaring daarvan in berekening te bring nie.

HOOFSTUK 4METODES OM DIE PASIËNT SE ERVARING VAN SY
VERPLEEGSORG TE MEET

Navorsingsverslae oor verpleegsorg vanuit die pasiënt se oogpunt toon 'n verskeidenheid van uitgangspunte, instrumente en tegnieke.

STUDIES OOR PASIËNTE SE MENINGS AANGAANDE HULLE VERSORGING

Sommige studies handel oor die pasiënt se belewenis van sy hospitalisasie in die geheel, met verpleegsorg as een aspek van die belewenis. Sulke studies is gewoonlik onderneem deur, of in opdrag van die hospitaaladministrasie, om vas te stel watter aspekte van hospitalisasie die meeste klagtes uitlok. Die doel was dan om pasiënte se tevredenheid met die hospitaaldiens te bepaal en om sodoende leemtes in die hospitaaladministrasie, wat direkte pasiëntesorg betref, uit te skakel.

In die meeste van hierdie studies word vraelyste gebruik om pasiënte se opinies te bepaal, byvoorbeeld (Cuddy, 1968; Eisenberg, 1969; Raphael, 1973). Wriglesworth en Williams (1975) het egter verder gegaan en 'n graderingskaal ontwerp om pasiënte se tevredenheid met alle hospitaalpersoneel te meet. Dit is gedoen deur middel van 'n 20-item vraelys op 'n 0 tot 5 skaal wat gehandel het oor dienste wat die pasiënt ontvang het, en die pasiënt se gevoelens tydens sy hospitalisasie. Hierdie navorsers het onder andere gevind dat pasiënte se algemene tevredenheid met hospitalisasie in 'n groot mate verband hou met hulle vertroue in hul geneeshere.

Navorsing oor die pasiënt se siening en belewing van die verpleegkundige en die sorg wat sy aan hom gee, wissel ook in benadering, metode en bevindinge. Ewell (1967) poog om die kwaliteit van verpleegsorg te bepaal deur pasiënte se opinies te vra van die versorging wat hulle gekry het. 'n 17-Item vraelys is in 'n gestruktureerde onderhoud toegepas 24 uur voor die ontslag van die respondente uit 'n algemene hospitaal. Die vrae het onder meer gehandel oor die pasiënt se mening van die algemene houding en doeltreffendheid van die verpleegkundiges in vergelyking met die pasiënte se vorige hospitaalervarings. Hulle is ook gevra om kommentaar te lewer oor die getal personeel en om steurende faktore en insidente te noem.

Die bevindinge was dat 84% van die pasiënte tevrede was. Die grootste klagte was oor die gebrek aan wat die navorser "persoonlike versorging" noem, en sy gevolgtrekking is dat pasiënte bedoel dat hulle fisies goed versorg word (want daarvoor kla hulle nie), maar dat hulle nie emosioneel ondersteun word nie. Aangesien die vraelys nie gepubliseer is nie, kon die gevolgtrekking nie na waarde geskat word nie.

Abdellah en Levine (1957) het 'n omvattende opname gemaak van die menings oor verpleegsorg van meer as 9 000 pasiënte in 60 algemene hospitale in die V.S.A. Dit was deel van 'n navorsingsprojek om die kwaliteit van verpleegsorg te bepaal. (Die ander deel het die menings van verpleegkundiges getoets). Die navorsers wou onder andere 'n beter begrip kry van pasiënte se behoeftes ten opsigte van verpleegsorg, soos deur pasiënte self uitgespreek. 'n 50-Item lys van stellings oor spesifieke versuime in verpleegsorg is gebruik en pasiënte moes aandui

of hulle die versuime vandag, op 'n ander dag, of glad nie ervaar het nie. Twaalf van die 50 items gaan oor kontak met verpleegkundiges, byvoorbeeld "die verpleegkundige is altyd haastig", "die verpleegkundige het my niks omtrent my behandeling vertel nie". Die res was oor fisiese versorging.

Die resultate van hierdie studie was soos volg: Een derde van die pasiënte het geen versuime in verpleegsorg tydens hulle hospitalisasie gerapporteer nie. Slegs een persent van die pasiënte het 'n aansienlike aantal versuime gerapporteer. Die versuime wat die minste gerapporteer is, het hoofsaaklik geval in die kategorieë persoonlike higiëne en ondersteunende sorg, byvoorbeeld "bed was nie gemaklik gemaak nie", "te min skoon handdoeke". Die versuime wat mees dikwels gerapporteer was, was in die kategorieë "rus en ontspanning", "kontak met verpleegkundiges" en "kos".

Die skrywers maak die opmerking dat die volgende belangrike feit in gedagte gehou moet word by die evaluering van die data:

"... a patient often may not express his real need in reporting omissions in care, but rather voice his basic insecurity and apprehension in terms of complaints about familiar things."

Hierdie gevolgtrekking strook nie met dié van Ewell nie, want Ewell sê, by implikasie, dat pasiënte nie kla oor fisiese versorging tensy daardie versorging per se swak is nie. Dit is nie duidelik op Abdellah en Levine verwys na die meerderheid pasiënte nie, en of hulle die 1 persent wat oor baie versuime gekla het, beskou as 'n groep wat basies onveilig voel nie. White (1972) kom weer tot die gevolgtrekking dat goeie fisiese versorging en toepaslike inligting ook voorsien in die psigologiese behoeftes

van die meeste pasiënte = dit laat hulle veilig voel en verlig hulle angs.

White se uitgangspunt vir haar studie was dat die ontevredenheid van pasiënte en die frustrasies van verpleegkundiges moontlik gedeeltelik toegeskryf kan word aan verskille in konsepte oor daardie aspekte van verpleegsorg wat vir die pasiënt belangrik is. Net soos in Abdellah en Levine se projek, maar op 'n baie kleiner skaal, is verpleegkundiges en pasiënte se opinies gevra, en weereens is 'n graderingskaal van 50 stellings gebruik, hierdie keer op 'n 5 punt skaal vanaf "uiters belangrik" tot "nie van toepassing". Die stellings beskryf verpleegaktiwiteite en is in die volgende kategorieë verdeel: "Fisiese versorging", "Psigo-sosiale aspekte van versorging", "waarneming, rapportering en implementering van mediese sorg" en "voorbereiding vir ontslag". Nie een van die pasiënte wat ondervra is, was akuut siek nie en een derde van hulle het minimale fisiese versorging benodig.

Die volgende bevindinge is gemaak: Beide pasiënte en verpleegkundiges beskou die aspekte van mediese sorg as die heel belangrikste verpleegaktiwiteite. Pasiënte heg groter waarde aan fisiese versorging as verpleegkundiges en verpleegkundiges heg groter waarde aan psigologiese ondersteuning as pasiënte. Geeneen van die partye beskou voorbereiding vir ontslag as belangrik nie. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat nóg verpleegkundiges nóg pasiënte die belangrikheid daarvan besef. Wat psigologiese ondersteuning betref, is daar geen bewys dat die verpleegkundiges wel ondersteuning gee nie, slegs dat hulle sê dis belangrik, en die navorser wonder of dit nie dalk lippe-taal is, weens die nadruk wat in die jongste tyd daarop gelê word

in opleidingsprogramme nie. Dit is moeilik om te verstaan waarom pasiënte psigo-sosiale aspekte van versorging van minder belang beskou het. Is dit dalk omdat hulle dit nie as deel van die verpleegkundige se taak beskou nie? Nog 'n moontlike rede mag geleë wees in die aard van die steekproef. Miskien was die pasiënte nie siek genoeg of angstig genoeg om 'n behoefte aan emosionele ondersteuning te hê nie.

White se bevindings kan vergelyk word met dié van twee ander soortgelyke studies, naamlik dié van Bailey (1956) en Gorham (1962). Albei hierdie navorsers ondersoek die gedrag van geregistreerde verpleegkundiges volgens die opinies van geneeshere, geregistreerde verpleegkundiges en pasiënte. Albei gebruik die kritiese insident tegniek en elke respondent word gevra om een effektiewe en een oneffektiewe insident te beskryf wat die gedrag uitbeeld. Eenvoudige kriteria is aan pasiënte gegee om as riglyne te dien. Die kategorieë van response in die drie studies verskil nie veel nie, behalwe dat slegs White "voorbereiding vir ontslag" aangee.

In Bailey se studie beskryf twee-derdes van die pasiënte insidente oor emosionele aspekte, met fisiese versorging en mediese aspekte min of meer eweredig verdeel onder die res van die monster. Gorham vind dat 38% van die insidente oor psigologiese aspekte handel en 36% oor fisiese versorging terwyl 23% oor aspekte van mediese sorg handel. Die syfers vir fisiese en psigologiese aspekte moet egter beoordeel word met inagneming van die feit dat die verligting van spanning deur middel van fisiese versorging, onder fisiese versorging geklassifiseer is.

Bailey en Gorham se studies toon aan watter aspekte van verpleegkundiges se gedrag die grootste indruk op pasiënte gemaak het en die afleiding kan gemaak word dat daardie aspek vir hulle die belangrikste aspek van verpleegsorg was. Die navorsers wys nie uit watter persentasie van die insidente as effektief en watter persentasie as oneffektief deur pasiënte beskou is nie. Die studies is dus nie oor tevredenheid nie, hulle dui net aan watter aspekte van verpleegsorg deur pasiënte as belangrik beskou word.

Omdat altwee die navorsers 'n ongestruktureerde tegniek gebruik het, is die pasiënt se response nie in 'n bepaalde rigting gemanipuleer nie en kan die bevindinge as hoogs beduidend beskou word.

Wessler (1968) kritiseer pasiënt mening en tevredenheid studies op grond van die botsende bevindinge wat daaruit voortspruit, en hy wonder of die abstrakte konsep van "tevredenheid" dieselfde is as spesifieke verslae van onaangename insidente. Hy het twee vrae ondersoek wat uit hierdie soort navorsing spruit:

1. Of tevredenheid verband hou met werklike gebeurtenisse en
2. Of die abstrakte konsep van "tevredenheid" dieselfde is as spesifieke verslae van onaangename gebeurtenisse.

Hy het Abdellah en Levine se vraelys vir dié doel aangepas.

Die pasiënte wat dit voltooi het, was gehospitaliseer in sale waar hulle gebruik is in 'n ander studie oor pasiënt-verpleegkundige interaksies (waar 'n observasietegniek gebruik is).

Die data wat verkry is uit die vraelys, is onder andere vergelyk

met data oor hierdie interaksies. Wessler het geen verband tussen hierdie groepe data gevind nie. Hy het ook geen patroon van ontevredenheid gevind nie. Daar was egter spesifieke klagtes wat onafhanklik van mekaar was.

Op grond van hierdie bevindinge kom Wessler tot die gevolgtrekking dat pasiënte se klagtes nie algemene toestande in 'n hospitaal weerspieël, wat algemene indrukke van tevredenheid of ontevredenheid laat nie. Verborgte betekenis van die response moet dus nie gesoek word nie, daar moet eenvoudig op die spesifieke klagtes gereageer word. (Hy stem dus nie saam met Abdellah en Levine se suggestie dat klagtes oor fisiese versorging 'n teken is van verborge angs nie). Wessler voel dat sulke opinie vraelyste wel gebruik kan word om die kwaliteit van sorg te meet, mits die meting van kwaliteitsorg nie verwar word met die meting van die pasiënt se tevredenheid met daardie sorg nie. Volgens hom was dit juis die fout met die Abdellah en Levine studie. Die kwaliteit van sorg kan gemeet word deur items in die vraelys te gebruik wat kwaliteitsorg aandui, ongeag of die pasiënte hulle as aanwysings van kwaliteit beskou.

Ander bevindinge van Wessler se studie was dat min pasiënte onaangename insidente aan enigiemand in die hospitaal gerapporteer het, en dat baie pasiënte hulle eie kommentaar — meer as 50 persent daarvan gunstig — aan die einde van die vraelys gevoeg het. Wessler se gevolgtrekking hieroor is dat pasiëntreaksies nie in die amptelike hospitaal kommunikasiekanale beland tensy die owerhede daarom vra nie. Wessler het 194 vraelyste gepos aan pasiënte wat reeds ontslaan was, en 56% van hulle het voltooides vorms teruggestuur. Abdellah en Levine

se ondersoek is gedoen terwyl die pasiënte nog in die hospitaal was. Is dit moontlik dat Wessler se pasiënte se herinneringe aan wat in die hospitaal gebeur het, reeds besig was om te vervaag, en dat dit 'n rede mag wees vir die gebrek aan verband tussen response en waargenome pasiënt-verpleegkundige interaksies.

Anderson (1973) het 'n studie in drie Britse algemene hospitale onderneem om die siening van pasiënte, verpleegkundiges en geneeshere te peil ten opsigte van die rol van die verpleegkundige. Die pasiënte se siening, sowel as hulle belewenis van hul verpleegsorg is met behulp van 'n gestruktureerde vraelys verkry en die navorser het gevind dat pasiënte gewillig was om saam te werk slegs as hulle gehelp is om die vraelys in te vul. 20 - 30 minuut onderhoude is dus met hulle gevoer. Anderson het gevind dat die meeste pasiënte tevredenheid uitgespreek het met hulle verpleegsorg, maar met behulp van die sin voltooiingstegniek wat in die vraelys ingesluit was, is daar vasgestel dat pasiënte wel probleme en klagtes het wat dikwels nie uitgespreek word nie.

Samevatting

In die navorsing wat tot dusver in hierdie hoofstuk bespreek is, is veral twee vrae ondersoek, naamlik pasiënte se graad van tevredenheid met hulle verpleegsorg (of hospitaalversorging in die algemeen) en wat beskou pasiënte as die belangrikste aspekte van hulle versorging in algemene hospitale. Wat betref die studies aangaande tevredenheid, wissel die persentasie respondente wat heeltemal tevrede was, soos volg:

Ewell	84%
Raphael	75%
Buckley	62%
Abdellah en Levine	33%

Op grond van die nie-beslissende aard van die resultate van sulke studies, het Wessler probeer vasstel of daar 'n bepaalde patroon van ontevredenheid by pasiënte onderskei kan word.

Hy het geen patroon gevind nie.

Studies oor pasiënte se menings aangaande die belangrikste aspekte van hulle verpleegsorg toon ook verskillende resultate. Volgens White beskou pasiënte die uitvoering van mediese behandeling as die belangrikste aspek, gevolg deur fisiese versorging en met emosionele ondersteuning onder aan die lys. Bailey, sowel as Gorham vind die teenoorgestelde, naamlik dat psigologiese ondersteuning vir pasiënte van die allergrootste belang is met fisiese versorging en die uitvoer van mediese behandeling respektiewelik tweede en derde op die ranglys.

STUDIES OOR DIE EMOSIONELE BEHOEFTE VAN PASIËNTE IN ALGEMENE HOSPITALE

Dit is veral die emosionele behoeftes van pasiënte en die kwaliteit van ondersteuning wat hulle in hierdie verband kry, wat nie deur menings- en tevredenheidopnames bepaal kan word nie, omdat sulke studies nie voorsiening maak vir die meting van affek of gevoelsinhoud nie.

Navorsing oor hierdie dieperliggende behoeftes van pasiënte is wel gedoen. Hay en Anderson (1963) het 'n literatuurstudie onderneem om vas te stel in watter mate pasiënte voel dat hulle

behoefte bevredig word. Hulle het boeke en artikels van professionele en populêre aard gebruik wat geskryf is oor òf deur persone wat siekte òf gestremdheid ervaar het. Van al die behoeftes wat in die literatuur uitgewys is, was daar sewe wat volgens pasiënte se verwagtinge, deur verpleegkundiges en ander gesondheidspersoneel bevredig behoort te word. Hulle is die behoefte aan:

- 1 kennis oor hulle toestand en behandeling;
- 2 mediese en verpleegsorg;
- 3 die aanleer en uitvoering van vaardighede in verband met die daaglikse lewe;
- 4 aanmoediging en begrip;
- 5 verligting van angs en vrees;
- 6 aanvaarding;
- 7 om aan 'n groep te behoort.

Volgens die literatuur wat bestudeer is, het 33% van geneeshere en verpleegkundiges tesame aan pasiënte se eerste behoefte voldoen, terwyl 77% van verpleegkundiges voorsien het in hulle behoefte aan basiese verpleegsorg. Wat betref die leerbehoefte, kon geen afsonderlike data verkry word oor hoe verpleegkundiges hierin voorsien het nie. Altesaam 56% van verpleegkundiges het voorsien in die behoefte aan aanmoediging en begrip en 44% in die behoefte aan verligting van angs. Wat betref die laaste twee behoeftes, word geen gegewens gegee nie. Verpleegkundiges is selde genoem deur pasiënte met betrekking tot hulle behoefte aan religieuse ondersteuning, maar volgens die soort hulp wat nodig blyk te wees, voel Hays en Anderson dat verpleegsters 'n groter rol in hierdie opsig kan speel.

Die navorsers maak die volgende gevolgtrekkings uit hierdie studie:

- 1 Die meeste behoeftes van pasiënte is emosioneel van aard;
- 2 Alhoewel die meeste individuele behoeftes wat genoem is, eenvoudig was, het 25% van diegene wat kon gehelp het, dit nie gedoen nie;
- 3 Daar is geen manier om vas te stel of diegene wat die behoeftes moes bevredig het, die behoeftes nie herken het nie en of hulle net nie toepaslik gereageer het toe hulle dit raakgesien het nie. In elk geval is daar nie aan die verwagtinge van die pasiënte voldoen nie;
- 4 Die universele voorkoms van hierdie behoeftes en hulle intensiteit, ondersteun die beskouing van verpleegopvoeders dat studente effektiewe leerervaringe moet kry in die bevrediging van pasiënte se behoeftes, sonder dat daar noodwendig van hulle vereis word om direkte ervaring te kry van elke moontlike soort siektetoestand.

Verslae van ander navorsers beklemtoon die belangrikheid van die emosionele behoeftes van pasiënte. In 'n eksperiment met pasiënte wat gehospitaliseer was met peptiese ulkuse, het Putt (1970) gevind dat die meeste sukses met die verligting van angs behaal is deur 'n verpleegkundige benadering wat onderrig beklemtoon het. Daarna het 'n benadering gevolg wat psigologiese ondersteuning beklemtoon het en die minste sukses is behaal met die kontrolegroep wat volgens saalroetine deur die saalpersoneel verpleeg is.

Putt kom tot die gevolgtrekking dat 'n benadering wat beide psigologiese ondersteuning en onderrig beklemtoon nog beter resultate sal lewer. Pasiënte met aktiewe peptiese ulkuse het gewoonlik nie veel fisiese versorging nodig nie en hulle word dus nie deur verpleegkundiges as ernstig siek beskou nie. Daar kan dus afgelei word dat verpleegkundiges relatief min tyd by hulle deurbring en dat hulle die angs en emosionele behoeftes van sulke pasiënte nie sal agterkom tensy hulle spesifiek daarop ingestel is nie. Putt het bewys dat die saalpersoneel in haar eksperimentele saal nie op die pasiënte se behoeftes aan inligting en emosionele ondersteuning ingestel was nie.

Die indruk dat verpleegkundiges in die praktyk nie ingestel is op die angs van die pasiënt nie en dat die pasiënt as gevolg daarvan nie veel verligting van sy angs kry nie, word gestaaf deur die resultate van 'n eksperiment wat uitgevoer is deur Elms en Dier (1963). Die uitgangspunt van die navorsers is dat die oorkoepelende doel van die verpleegkundiges se aandeel aan die toelatingsprosedure die versekering van die pasiënt se veiligheid en gemak is, en om vertroue in die hospitaal en sy personeel in te boesem. In die praktyk kom daar egter min tereg van hierdie goeie voornemens. Tensy die verpleegkundige konsentreer op die evaluering van die pasiënt se emosionele toestand, dien die toelatingsprosedure niks meer as 'n administratiewe doel nie.

Elms en Dier se proefpersone was ginekologiese pasiënte wat opgeneem is vir elektiewe chirurgie. Twee groepe is opgeneem deur die verpleegnavorsers: een volgens die pasiënt-gesentreerde benadering en een volgens 'n prosedure-gesentreerde benadering

waartydens daar ook mildelik inligting verskaf is oor die hospitaal. Die derde groep was die kontrolegroep, opgeneem deur die saalpersoneel. 'n Paar uur na opname het 'n onafhanklike persoon 'n gestruktureerde onderhoud met die pasiënte gevoer. Die belangrikste resultate was die volgende:

— 71% van die pasiënte in groep 1 teenoor 33% in groep 3 het gesê dat hulle angs verlig is deur die verpleegkundige;

— 80% van die pasiënte in groep 1 teenoor 50% in groep 3 was "baie tevrede" met hulle opname.

Al die pasiënte in groep 1 se verwagtinge oor hulle opname is oortref terwyl minder as 50% in die ander groepe so 'n positiewe belewenis gehad het.

Elms en Dier beklemtoon die feit dat pasiënte vir elektiewe chirurgie min fisiese ongemak verduur tydens opname en dat daar dus min tegniese vaardigheid van die verpleegkundige op hierdie stadium geverg word. Wat wel nodig is om die opnameprosedure terapeuties te maak, is kommunikasievaardighede. Hierdie gevolgtrekking stem ooreen met dié van Putt, en die belangrikheid van kommunikasievaardighede om in die behoeftes van pasiënte te voorsien, word ook beklemtoon in die studies van Dye (1963) en Newman (1966).

Dye wou vasstel of 'n verpleegkundige kan aanvaar dat sy 'n pasiënt se angs verlig het sonder om hom te vra hoe hy voel oor wat sy vir hom gedoen het. Sy wou uitvind of pasiënte se versoeke en kommentaar altyd 'n aanduiding van hulle werklike behoeftes is. Dye het 'n reeks van 16 pasiënt-verpleegkundige interaksies waargeneem in 'n algemene hospitaal. Nadat die verpleegkundige

in elke geval die pasiënt verlaat het, het die navorser 'n onderhoud met hom gevoer, en hom waargeneem vir verbale en nie-verbale tekens van angs. Sy het gevind dat 14 van die pasiënte angs beleef het tydens die pasiënt-verpleegkundige interaksie en agt van hulle was nie in staat om hulle behoeftes uiteen te sit alvorens die navorser tydens die onderhoud die situasie met hulle verken het nie. Sy het verder gevind dat 13 van die pasiënte se angs verband gehou het met hulle hospitalisasie en net een s'n met die siekte. Die angs wat te wyte was aan die hospitalisasie was die gevolg van misverstande oor die siekte, diagnostiese toetse, behandelings en prosedures en vertragings in verpleegkundige hulp of behandeling.

Uit 'n analise van die data kom Dye tot die gevolgtrekking dat die doeltreffendheid van die verpleegkundige aksies geen verband gehou het met die getal beskikbare personeel, of met die tyd wat aan die pasiënte bestee is nie. Dit was die metode van verpleging wat doeltreffendheid bepaal het. Hiermee bedoel sy dat verkenning van 'n pasiënt se gevoelens om sy werklike behoeftes te bepaal, net so noodsaaklik is as die toepassing van fisiese verpleegaksies. Newman (1966) het Hay en Anderson se gevolgtrekking — dat pasiënte se behoeftes oorwegend emosioneel van aard is — as uitgangspunt gebruik. Sy wou uitvind wat 'n verpleegkundige tydens baie kort kontakperiodes kan doen om sulke behoeftes by pasiënte te identifiseer en om aksies te inisieer om daarin te voorsien. Die kontakte het in die normale verloop van haar kliniese praktyk plaasgevind en het tussen een, en 20 minute elk geduur, met een tot agt kontakte per pasiënt. Haar bevindinge was tweërlei van aard. Eerstens, insake die emosionele probleme van die pasiënte, en tweedens, insake aspekte

van die verpleegkundige se gedrag wat kommunikasie bevorder of benadeel het. Laasgenoemde is nie hier ter sake nie en word dus nie bespreek nie.

Tydens twee-derdes van die kontakte met pasiënte het die pasiënte emosionele behoeftes geverbaliseer al was die oënskynlike rede vir die kontak 'n fisiese behoefte. Meer as die helfte van die pasiënte het 'n behoefte aan inligting geverbaliseer. Newman se gevolgtrekking is dat as 'n verpleegkundige moeite doen en belangstelling toon om uit te vind of 'n pasiënt emosionele behoeftes het, en dan vir hom help om in die behoefte te voorsien, sal die pasiënt leer dat dit deel van haar taak is; hy sal sulke hulp van haar verwag en daarom sal hy makliker sy behoeftes in hierdie verband aan haar bekend maak.

Net soos die studie van Dye, dui hierdie ondersoek van Newman daarop dat baie meer pasiënte emosionele behoeftes het as wat deur oppervlakkige studies of deur oppervlakkige waarnemings in die dag-tot-dag praktyk geopenbaar word.

Samevatting

Behalwe vir die literatuurstudie van Hay en Anderson, het die ander navorsers wie se studies bespreek is, almal eksperimenteel die pasiënt se emosionele behoeftes in die algemene hospitaal probeer peil en probeer vasstel in watter mate verpleegkundiges in daardie behoeftes voorsien.

Hay en Anderson het gevind dat die meeste behoeftes van pasiënte emosioneel van aard is, en hierdie gevolgtrekking word gestaaf deur die ander studies. In die studies van Putt en Elms en Dier, waar eksperimentele en kontrolegroepe van pasiënte en

verpleegkundiges gebruik is, is daar getoon dat saalpersoneel nie voorsien in die emosionele behoeftes van pasiënte nie, omdat hulle nie daarop ingestel is nie. Daar is ook getoon dat 'n verpleegkundige benadering wat gemik is op emosionele ondersteuning tot 'n meetbare daling in die angsvlak van pasiënte lei.

Dye en Newman se studies bevestig hierdie bevindinge en hulle toon ook aan dat doeltreffende voorsiening in die emosionele behoeftes van pasiënte bepaal word deur die verpleegkundige benadering, en dat dit geen verband hou met die getal beskikbare personeellede of die tyd wat aan pasiënt-verpleegkundige kontakte bestee word nie.

BESPREKING VAN DIE HELE HOOFSTUK

Sommige navorsers kom tot die gevolgtrekking dat die pasiënte wat 'n hoë angsvlak het, in die minderheid is en dat die meeste pasiënte heeltemal gelukkig en tevrede is as hulle doeltreffende fisiese versorging ontvang. Andere voel dat goeie fisiese versorging gepaard met persoonlike belangstelling, die deurslaggewende faktore is vir pasiënttevredenheid. Abdellah en Levine het gevoel dat klagtes oor fisiese sorg dikwels 'n hulproep is vir emosionele ondersteuning, terwyl Wessler en ook Ewell tot die slotsom kom dat daar nie verborge betekenis in sulke klagtes gesoek moet word nie.

Die resultate van diepte-studies van pasiënte se emosionele belewenisse in die hospitaal staaf die siening van Abdellah en Levine en bevestig nie Wessler se bevinding nie. Hierdie diepte-studies toon dat pasiënte baie meer emosionele stress beleef as wat deur oppervlakkige waarneming raakgesien word en dat verpleeg-

kundiges in die meeste gevalle onbewus is hiervan. Dit volg dus logies dat hulle ook nie die angste van hulle pasiënte verlig nie.

Waarom toon soveel tevredenheidstudies 'n hoë mate van tevredenheid met verpleegsorg aan terwyl diepte-studies duidelik toon dat 'n groot persentasie van pasiënte emosionele behoeftes het waarin daar nie deur verpleegpersoneel voorsien word nie? 'n Moontlike rede mag wees dat verpleegkundiges nie emosionele ondersteuning as deel van hul taak beskou nie. Omdat dit nie deel is van die beeld wat verpleegkundiges uitdra nie, verwag die meeste pasiënte dit ook nie van hulle nie. Hulle verwag goeie fisiese versorging en vriendelikheid en as daar aan hierdie verwagtinge voldoen word, is hulle tevrede en dankbaar en hulle verduur hulle emosionele onsekerhede en probleme, of bespreek dit met ander spanlede of met gesinslede of vriende.

Geen verpleegkundige navorsing in verband met die pasiënt se belewenis van sy hospitalisasie en verpleegsorg is tot dusver in Suid-Afrika gepubliseer nie en daar bestaan 'n behoefte aan sulke studies. Alhoewel pasiënte nie bevoeg is om in alle opsigte 'n oordeel te vel oor die kwaliteit van verpleegsorg wat hulle ontvang nie, kan hulle subjektiewe belewenisse tog 'n waardevolle aanduiding gee van die mate waarin ons daarin slaag om in hulle behoeftes te voorsien.

HOOFSTUK 5METODOLOGIE VAN DIE STUDIEINLEIDING

Die rede vir die keuse van 'n beskrywende opname is reeds in Hoofstuk 1 gegee. Insoverre die verpleegkunde as 'n sosiale wetenskap beskou word, geld Cilliers (1973, p.139) se stelling ook in hierdie verband. "Die feit is egter dat daar op die gebied van die maatskaplike wetenskappe nog groot onkunde heers ten opsigte van die aard van die werklikheid self ... Daar bestaan dus nog veel ruimte vir beskrywende navorsing." Fox (1970) maak die stelling dat verpleegkundiges wegstroom van opname-studies omdat die ervarings en situasies wat in hierdie soort navorsing beskryf word, goed bekend is aan hulle kollegas. Die ontvangs wat die bevindinge van sulke navorsing van die professie kry, is dus dikwels, soos Fox (ibid., p.182) dit stel "We knew that all the time, who needed a research project to find that out".

Wat die kritici vergeet, aldus Fox, is dat persoonlike ervaring 'n baie klein deeltjie uitmaak van die totale universum van ervaring, en die doel van beskrywende navorsing is om die totale omvang van ervaring binne 'n bepaalde universum te beskryf. Sodoende word nuwe kennis blootgelê "by describing situations and conditions, the entities and phenomena composing them, the interrelationships of phenomena, and so on." (Wandelt, 1970, p.176). Volgens Cilliers (op.cit., p.139), is die doel van 'n beskrywende ondersoek "om 'n objektiewe, geldige, betroubare beeld te kry van hoe een of ander aspek van die werklikheid daar uitsien".

Die Instrumente

Data vir die voorondersoek is op twee maniere ingesamel, naamlik:

1. met behulp van 'n vraelys, toegepas deur middel van 'n onderhoud, en
2. deur middel van 'n inhoudsanalise van die skriftelike dankbetuiging en klagtes oor verpleegsorg, op die lëers van die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein.

I. DIE VRAELYS

Fox (1970) beskryf drie metodes vir die versameling van data in die sosiale wetenskappe, naamlik meting, observasie en vraagstelling. Volgens hom is daar nog te min data beskikbaar in die verpleegkunde om te weet presies wat om te meet, daarom is meting nie 'n goeie metode in verpleegkundige navorsing nie. Observasie word dikwels gebruik omdat dit 'n goeie metode is vir die beskrywing van gedrag en vir die evaluering van funksionele vaardighede. Die doel van hierdie studie is egter om die belewenis van pasiënte met betrekking tot hulle verpleegsorg te beskryf, en daarom is vraagstelling as metode gekies.

Die data is verkry met behulp van onderhoude wat aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys gevoer is. Hierdie tegniek is gekies eerder as vraelyste deur die pos, en wel om die volgende redes:

1. Die inligting moes versamel word tydens die hospitaalervaring om distorsie van die geheues van die respondente te vermy. Dit word as onbillik beskou om van 'n siek mens in die hospitaal te verwag om 'n lang vraelys self in te vul.

2. Meer respondente is bereid om 'n onderhoud toe te staan as om 'n vraelys self in te vul. Treece en Treece (1973) haal 'n studie aan wat aandui dat die responskoers op vraelyste 10 tot 50 persent is terwyl minstens 95 persent van respondente vrae beantwoord tydens 'n onderhoud.

3. 'n Onderhoud kan ryker data verskaf en dus meer diepte aan die studie verleen. Treece en Treece (ibid., p.120) stel dit so: "Depth of response can be assured, since the researcher can pursue any question of special interest to him. The interviewer can ask questions of the respondent that were not included initially, but that add to the richness of the interview content". Volgens Fox (op.cit.) is die onderhoud die aangewese tegniek om data op onderdie-oppervlakte en diepte vlakke te versamel omdat dit die enigste vraagtegniek is waar die navorser die vlak van vrae kan beheer.

Ontwikkeling van die vraelys vir die voorlopige ondersoek

Beide Wandelt (1970) en Treece en Treece (1973) skryf dat idees vir die opstel van 'n vraelys verkry kan word uit die literatuur en veral uit instrumente wat deur andere ontwikkel is. Treece en Treece stel verder voor dat gesprekke met kenners op die bepaalde gebied nuttig kan wees en albei bronne huldig die mening dat bestaande vraelyste aangepas kan word vir die navorser se doel. Albei voel dat die instrument vooraf uitgetoets moet word onder die omstandighede wat vir die hoofstudie sal geld. Vir hierdie studie is altesame drie vraelyste opgestel.

Eerste voorlopige vraelys

Die eerste vraelys (Bylae 1) het, benewens biografiese data, slegs 'n paar vrae bevat wat bedoel was om aan pasiënte die vryheid te bied om die optredes van verpleegkundiges te beskryf wat hulle verblyf in die hospitaal minder of meer aangenaam gemaak het. Die vraelys is tydens onderhoude met mans- en vrouepasiënte in mediese en chirurgiese sale in die Nasionale Hospitaal ingevul. Die poging is gestaak na vyf onderhoude toe dit duidelik geword het dat geen bruikbare inligting daardeur ingewin word nie. Al vyf die respondente het gesê hulle kan aan niks spesifiek in dié opsig dink nie. Verder het die navorser gevoel dat die vrae te vaag was.

In die lig van die ervaring wat opgedoen is met die tweede vraelys, word die volgende rede tentatief voorgestel vir die mislukking: Die navorser was onbedrewe in die kuns van onderhoudvoering sowel as in die kuns van die opstel van 'n vraelys. Daar was geen eenvoudige vrae met voor-die-hand-liggende antwoorde aan die begin, wat kon help om die respondente op hul gemak te stel nie, en daar was nie tyd vir die navorser om rapport met hulle op te bou nie. Onder die omstandighede was die respondente nie gemotiveer om insidente te probeer herroep nie.

Tweede voorlopige vraelys

Na die eerste poging is 'n baie langer en meer gestruktureerde vraelys opgestel. (Bylae 2). Daar is besluit om vrae te stel oor fisiese versorging sowel as oor emosionele komponente van verpleegsorg. Fisiese versorging is 'n baie belangrike komponent van die ervaring van die meeste pasiënte en dit beïnvloed hulle totale belewenis van hul verpleegsorg.

Daar is besin oor hoe om vrae te stel op 'n dieper vlak om pasiënte se emosionele belewenis van hulle verpleegsorg te bepaal. Om akkurate en geldige data te bekom omtrent emosionele belewenisse byvoorbeeld angs, verg ingewikkelde tegnieke wat op hulle beurt ingewikkelde dataverwerking benodig. Een rede hiervoor is dat mense vrae oor 'n aspek wat hulle so diep raak, as 'n bedreiging mag beskou en dus nie maklik en eerlik sal antwoord nie. Nog 'n rede is dat emosionele belewenisse hulle nie geredelik leen tot gestruktureerde vraagtegnieke met 'n beperkte getal moontlike antwoorde nie.

Om die vrae en dataverwerking redelik eenvoudig te hou en nogtans geldige inligting van die respondente te kry, is op die volgende werkswyse besluit:

Vrae sou oor 'n paar faktore wat volgens die literatuur — insluitende faktore wat in Hoofstukke 3 en 4 bespreek is — belangrike oorsake van angs by gehospitaliseerde pasiënte is, gestel word. Die faktore wat gekies is, is:

- gebrek aan privaatheid en tydverdryf;
- verlies van identiteit;
- gebrek aan inligting oor alle aspekte van die hospitaal-ervaring sowel as oor die siekte;
- gebrek aan onderrig ter bevordering van herstel en selfversorging.

Daar sou verder gepoog word om die vrae op so 'n manier te stel dat die respondente nie die doel daarvan sou besef nie en daarom sou hulle geen rede hê om hulle te ontwyk, of nie heeltemal eerlik te beantwoord nie. Die vrae sou gestel word om byvoorbeeld

vas te stel òf die pasiënt se identiteit eerbiedig is en òf daar inligting en onderrig gegee is. Die antwoorde hierop sou weliswaar nie aandui of die pasiënt angs beleef het indien dit nie gedoen is nie, maar die aanname sou wel gemaak kon word op grond van die oorweldigende getuienis van vorige navorsing.

Met bogenoemde kategorieë vrae is gehoop om die belangrikste aspekte van die pasiënt se belewenis van sy verpleegsorg te dek.

Struktuur van die vraelys

Na die biografiese data bo-aan die vraelys, is die vrae soos volg ingedeel:

<u>Kategorie</u>	<u>Getal vrae</u>
oriëntering en inligting	29
higiëne en gemak	6
rus en slaap	7
vloeistof en voedinginname	12
uitskeiding	10
wondversorging	4
medikasies	3
pyn	5
privaatheid	1
tydverdryf	3
voorbereiding vir ontslag	<u>6</u>
Totaal	<u>86</u>

Sommige vrae was van die geslote einde tipe, byvoorbeeld vraag 6 "Weet u wie is die hoof-suster?" terwyl andere van die oop-einde tipe was, byvoorbeeld vraag 2 "Hoe het u gevoel oor die vooruitsig om hospitaal toe te kom?" Die doel van die oop-einde vrae was

om data in te samel waaruit meer gestruktureerde vrae vir die finale vraelys opgestel kon word. Party vrae was nie van toepassing op al die respondente nie, byvoorbeeld die vrae oor wondversorging. Vrae oor inligting en onderrig is dwarsdeur die vraelys ingesluit waar hulle van toepassing was.

Die monster

Die voorlopige studie is gedoen in die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein, wat ten tye daarvan 600 algemene bedde gehad het.

Dit is 'n akademiese hospitaal. 'n Heterogene groep van 29 volwasse pasiënte is op die volgende manier in dertien sale geselekteer:

Die pasiëntrekords van 'n saal is deursoek vir pasiënte wat al minstens twee dae in die hospitaal was. Die gemiddelde verblyf van al die pasiënte was nege dae. Verder is gesoek na pasiënte wat aan 'n redelike ernstige siektetoestand gely het. Die mening is gehuldig dat sulke pasiënte meer afhanklik van verpleegsorg is as pasiënte met relatief "ligte" toestande soos 'n appendisektomie. Om dié rede is geredeneer dat die pasiënte wat gekies is, meer sensitief sou wees vir die kwaliteit van verpleegsorg wat hulle ontvang het. Pasiënte wat op die dag van die beoogde onderhoud uitputtende toetse of behandeling ondergaan het, is uitgesluit, en so ook enige pasiënte wat volgens die saalsuster se oordeel te siek was om 'n onderhoud toe te staan. Van die pasiënte wat op die dag waarop die navorser in 'n bepaalde saal onderhoude wou voer, voldoen het aan die kriteria, is twee tot drie pasiënte blindelings geselekteer.

TABEL 5-1BIOGRAFIESE DATA VAN DIE RESPONDENTE

INLIGTING	MANS	VROUE
Getal	12	17
Ouderdom	23 - 74	18 - 84
Huwelikstaat: Getroud	8	11
Weduwee/wewenaar	1	4
Geskei	2	0
Ongetroud	0	2
Beroep: Professioneel (onderwys, verpleegster, bibliotekaresse)	0	5
Boere en sakelui	5	2
Tegniese beroepe en klerke	7	4
Geen (bv. skolier, bejaarde, huisvrou)	0	6
Diagnose: Chirurgies (alle vertakkinge)	9	14
Medies	1	2
Geen (opgeneem vir ondersoeke)	2	1

Van die vroue was daar vyf wie se liggame uiterlik geskend was, naamlik een met 'n kolostomie, twee met mastektomies, een met 'n amputasie van die arm en een van wie albei bene ge-amputeer was. Van die mans was daar, onder andere, vier met beserings as gevolg van ongelukke.

Prosedure

Elke respondent is genader om sy/haar samewerking te verkry deur die volgende verduideliking te gee:

dat die onderhoudvoerder navorsing doen oor die pasiënt se siening van sy verpleegsorg, en dat pasiënte wat deelneem, anoniem sal bly, hulle inligting as vertroulik beskou sal word en dat geen verpleegkundige daardeur beoordeel sal word nie.

Geeneen wat genader is, het die onderhoud geweier nie. Nadat die pasiënt se toestemming verkry is, is die vrae op die lys aan hom gestel. Onderhoude het gemiddeld 40 minute geduur en het oor 'n tydperk van drie weke gestrek.

Bespreking

Die doel van die voorondersoek was om vas te stel of toepaslike data met behulp daarvan ingewin kon word, sowel as om data in te win wat die opstel van 'n meer gestruktureerde finale vraelys moontlik sou maak. Die bespreking wat volg, is dus hoofsaaklik oor die vraelys per se. Die data wat ingewin is, sal bespreek word slegs waar dit betrekking het op die vraelys. Die vrae sal bespreek word in die volgorde waarin hulle verskyn.

Kategorie A. Oriëntering en inligting. Vrae 1 tot 29

Die doel van hierdie vrae was om vas te stel of die pasiënte stress met opname beleef het, en indien wel, of die verpleegpersoneel 'n rol gespeel het in die verligting daarvan. Daar is ook gepoog om vas te stel of die verpleegpersoneel voldoen het aan die pasiënte se behoefte aan inligting omtrent die hospitaalomgewing en hulle siekte en behandeling.

Vrae 1 tot 5

Twee derdes van die respondente het geen angs gerapporteer oor die vooruitsig op hospitalisasie nie. Dit laat die vraag ontstaan

of die respondente eerlik geantwoord het. Indien nie, was dit dalk omdat die vraag te vroeg gestel is, voordat daar rapport met die onderhoudvoerder opgebou is? Bailey (1978) stel voor dat sensitiewe vrae liever later in 'n vraelys geplaas moet word, omdat 'n respondent moontlik mag weier om dit te beantwoord, en ook mag weier om voort te gaan. Bailey bespreek weliswaar vraelyste wat die respondent self invul, maar die beginsel mag ook vir 'n onderhoud geld. Hierdie vraag word dus later in die finale vraelys gestel. Daar is genoeg data daardeur verkry om voorsiening te maak vir vyf antwoordkategorieë. Een daarvan wys uit of die opname beplan of onverwags was en vraag 1 verval.

Vraag 3 het min belangrike data gelewer. Die rede vir opname was in baie gevalle ooglopend, byvoorbeeld 'n fraktuur, wat die vraag oorbodig gemaak het, en die vae antwoorde van sommige respondente kan dalk toegeskryf word aan die feit dat hulle nog nie veilig genoeg gevoel het om intieme sake met die onderhoudvoerder te bespreek nie. Die moontlikheid bestaan ook dat 'n respondent ten tye van die onderhoud nog nie bereid was om 'n siekte soos kanker aan homself of aan iemand anders te erken nie. Hierdie vraag word dus uitgelaat. In die plek daarvan word 'n vraag aan die einde van die finale vraelys gestel om vas te stel of respondente 'n behoefte het om meer omtrent hulle toestand te weet.

Vrae 4 en 5, sowel as latere vrae wat handel oor naasbestaendes se gevoelens, word uitgelaat, want die respondente het òf hulle eie gevoelens aan hulle naasbestaendes toegeskryf, òf hulle het gesê hulle weet nie hoe hulle voel nie.

Vrae 6 tot 9, oor die identiteit van die verpleegpersoneel word beter geformuleer om maklik verwerkbare data te verkry.

Vrae 6 tot 9 is ingesluit omdat die standpunt gehuldig word dat geen vertrouensverhouding opgebou kan word tussen pasiënte en verpleegkundiges as die pasiënt nie die identiteit van die verpleegkundiges ken nie.

Vrae 10 tot 13 handel oor die verhouding tussen die pasiënt en die verpleegpersoneel. Op vraag 10, waarin gevra word of die respondent al 'n onduidelikheid of 'n probleem met 'n lid van die verpleegpersoneel bespreek het, het al die mans geantwoord dat hulle geen probleme het nie.

Daar kan bespiegel word oor die rede vir hierdie eenvormige antwoord. Twee moontlike redes het te voorskyn gekom uit antwoorde op die heel laaste vraag, naamlik: "Is daar iets wat u wil byvoeg of vir my wil vra?" Een man het om 'n verduideliking gevra van die implikasies van sy siekte en 'n ander man het 'n behoefte uitgespreek aan meer inligting oor die redes vir die groot verskeidenheid diagnostiese toetse wat op hom uitgevoer is. Hy het egter duidelik laat blyk dat hy dit beskou as die geneesheer se funksie en dat dit nooit by hom opgekom het om 'n verpleegkundige daaroor uit te vra nie.

Die eerste van hierdie twee mans het òf dieselfde siening gehad, òf hy het nie die vrymoedigheid gehad om die saalpersoneel om 'n verduideliking te vra nie. Dalk was dit vir hom te bedreigend om aan die onderhoudvoerder te erken dat hy nie die vrymoedigheid gehad het om hulle te vra nie.

Omdat vrae 10 tot 13 geblyk het potensieel bedreigend vir mans te wees, word hulle later in die finale vraelys geplaas. Die vroue het klaarblyklik geen inhibisies gehad wat betref die beantwoording van hierdie vrae nie, en spesifieke redes is gegee waarom probleme nie met 'n lid van die verpleegpersoneel bespreek is nie. Sommige vroue het gerapporteer dat hulle wel probleme met 'n verpleegkundige bespreek het.

Vrae 14 tot 17 handel oor die behoud van die pasiënt se identiteit en geen probleme is met hierdie vrae ondervind nie, behalwe dat vraag 15, "Weet almal hoe om u te versorg?", 'n 100% positiewe respons uitgelok het. Miskien wou die respondente nie direkte kritiek uitspreek nie, of miskien was die vraag te vaag. Aangesien vele aspekte van versorging later in die vraelys gedek word, word hierdie vraag uit die finale vraelys gelaat. Die vrae oor aanspreekvorm word in een goed geformuleerde vraag saamgevat, en word aan die begin van die vraelys gestel net na die vraag oor die verpleegpersoneel se kennis van die respondent se identiteit. Die rede is dat sulke vrae belangstelling toon in die respondent as individu en nie bedreigend is nie.

Vrae 18 tot 21 handel oor inburgering in die hospitaal. Vrae 18 en 19 was bedoel om vas te stel of vorige hospitalisasie 'n positiewe of negatiewe vooroordeel ten opsigte van die huidige hospitalisasie veroorsaak het, maar dit het geen bruikbare data opgelewer nie, net soos in die geval van die oorspronklike vraelys, waarin dieselfde vrae gestel was. Die vrae word dus uitgelaat. Vrae 20 en 21 word met 'n enkele vraag vervang om vas te stel wie die grootste bydrae gelewer het om die respondent te laat tuis voel.

Vrae 22 tot 26 handel oor oriëntering tot die fisiese omgewing van die hospitaal, die roetine en oor inligting oor diagnostiese toetse en behandeling. Die vrae oor toetse en behandeling was moeilik om te hanteer en hulle word in die finale vraelys gewysig om dataverwerking te vergemaklik. Hulle word ook aan die einde van die vraelys, saam met ander sensitiewe vrae geplaas. In die lig van spontane kommentaar van sommige respondente, word met behulp van 'n veelvuldige-keuse vraag gepoog om vas te stel hoeveel respondente regtig vooraf inligting oor onaangename prosedures wil hê. Twee vrae word in die finale vraelys ook vroeër gestel om vas te stel of respondente 'n behoefte gehad het aan inligting oor hulle verblyf in die hospitaal, of daar in die behoefte voorsien is en deur wie.

Die data wat verkry is oor respondente se ervaring van besoektye, was genoeg om antwoordkategorieë op te stel. Daar is besluit om hierdie vraag redelik vroeg te stel, en om dit te volg met 'n vraag oor die respondent se gevoel oor oop besoektye. In die voorondersoek het die onderhoudvoerder die gevoel gekry dat sommige respondente tevredenheid met die besoektye uitspreek omdat hulle die tye as onvermydelik beskou. Sommiges het ook tevredenheid uitgespreek omdat die suster toegeeflik was teenoor besoekers wat buitenstyd gekom het. Die twee vrae mag dus interessante anomalieë lewer.

Kategorie B. Higiénie en gemak. Vrae 30 tot 35

In die finale vraelys word al die kategorieë wat handel oor basiese behoeftes, in een kategorie ingedeel, met onderafdelings vir afsonderlike groepe behoeftes.

Vraag 30 word uitgelaat, en voorsiening vir toepaslike antwoordkategorieë word by vraag 31 gemaak. Vrae 34 en 35 het geen beduidende data gelewer nie en word vervang met twee vrae om vas te stel of die respondente later in die dag geleentheid kry om op te knap as hulle behoefte daaraan het.

Vrae 32 en 33 word behou.

Kategorie C. Rus en slaap. Vrae 36 tot 42

In die lig van die data en spontane kommentaar wat verkry is, word hierdie vrae toepaslik gewysig en 'n vraag word bygevoeg om respondente se gevoel te toets oor die feit dat die hospitaal= dag so vroeg begin.

Kategorie D. Vog en voeding. Vrae 43 tot 54

Die vrae oor vloeistowwe het geen bruikbare inligting opgelewer nie en word uitgelaat.

Die agt vrae oor voeding word na ses verminder en word beter geformuleer om tersaaklike data te kry, wat maklik verwerk kan word.

Kategorie E. Uitskeiding. Vrae 55 tot 64

In die lig van die data wat verkry is, word vrae 55 en 56 uitgelaat. Sommige van die ander vrae word herformuleer en drie addisionele vrae word gestel: een om vas te stel of die ondersteek gou genoeg weggeneem word en twee om vas te stel of, en deur wie, verduidelikings gegee is.

Kategorie F. Wond. Vrae 65 tot 68

Slegs een vraag word in die finale vraelys oor hierdie aspek gestel, naamlik om die respondent se tevredenheid al dan nie, met die versorging van sy wond te bepaal. Die ander vrae het geen beduidende data gelewer nie. Hierdie vraag, sowel as die vrae oor medikasies, word onder 'n aparte kategorie, naamlik tegniese versorging, ingedeel.

Kategorie G. Medikasies. Vrae 69 tot 71

Die vrae in hierdie kategorie word uitgebrei om vas te stel of respondente 'n behoefte het aan kennis van die geneesmiddels wat hulle ontvang, en om vas te stel hoe hulle gevoel het oor die verpleegpersoneel se hantering van medikasiefoute.

Kategorie H. Pyn. Vrae 72 tot 76

Die oop-einde vrae in hierdie kategorie het genoeg data gelewer om vrae vir die finale vraelys te voorsien, wat maklik verwerk= bare antwoorde sal verskaf.

Kategorie I. Privaatheid. Vraag 77

Hierdie vraag word herformuleer om voorsiening te maak vir drie antwoordkategorieë, om vas te stel of respondente 'n gebrek aan privaatheid ervaar, en indien wel, of dit hulle pla.

Kategorie J. Tydverdryf. Vrae 78 tot 80

In die finale vraelys word hierdie kategorie saam met die vraag oor privaatheid gegroepeer, en slegs een vraag word gestel om tot by die kern van die saak deur te dring, naamlik om vas te stel of respondente 'n behoefte het aan hulp om die tyd te verdryf.

Kategorie K. Onderrig. Vrae 81 tot 86

Die vrae in hierdie afdeling was bedoel om vas te stel of die respondente goed voorbereid was vir ontslag en dus geweet het wat om ná ontslag uit die hospitaal te verwag. Die data wat verkry is, was om verskeie redes onbevredigend. In sommige gevalle is die onderhoud gevoer op 'n tydstop toe dit onmoontlik was vir die geneesheer of enigiemand anders om enige voorspellings te maak. In ander gevalle was die vooruitsigte voorspelbaar vir enige redelik intelligente mens. In die gevalle waar 'n voorspelling moontlik was en die respondente nie geweet het wat om te verwag nie, was daar geen manier om vas te stel of hulle dit as 'n leemte ervaar het nie.

In die lig van hierdie gegewens, sowel as ander data wat vervolgens bespreek sal word, is besluit om hierdie laaste kategorie van die vraelys heeltemal te wysig en uit te brei.

Daar is vroeër melding gemaak van sensitiewe vrae oor die respondent se belewenisse wat later in die vraelys gestel sal word. 'n Vraag oor die verhouding tussen respondent en verpleegkundiges sowel as vrae oor sy belewenis van diagnostiese toetse en behandelings was hierby ingesluit.

Die laaste vraag op die voorlopige vraelys, naamlik "Is daar iets wat u wil vra of byvoeg?" het belangrike data gelewer wat die formulering en insluiting van vrae vir die laaste kategorie van die finale vraelys beïnvloed het.

Die reaksies op hierdie vraag kan in twee hoofgroepe ingedeel word. Een groep het waardering uitgespreek vir die simpatieke gesindheid en toewyding van die verpleegpersoneel. Die ander,

effens groter groep het vroe gestel of kommentaar gelewer, wat die volgende behoeftes openbaar het:

'n behoefte aan:

- inligting en voorligting oor die implikasies van hulle toestand;
- inligting en psigiese voorbereiding op traumatiese ervarings soos sekere diagnostiese toetse en operasies;
- verduideliking van die redes vir diagnostiese toetse;
- voorbereiding vir die emosionele aanpassing na ontslag (na die verlies van 'n ledemaat); en
- begrip en emosionele ondersteuning tydens en na 'n pynlike en ontstellende behandeling wat groot verleentheid veroorsaak het.

Bogenoemde gegewens strook met die bevindinge van navorsers in die buiteland, soos bespreek in Hoofstukke 3 en 4, naamlik dat 'n gebrek aan inligting en betekenisvolle kommunikasie, die grootste leemtes in die pasiënt se ervaring van sy hospitalisasie is.

Die finale vraelys se laaste kategorie word soos volg gewysig:

Die vroe oor voorbereiding vir ontslag verval en in die plek daarvan word twee vroe gestel om vas te stel of die respondent 'n behoefte het aan meer duidelikheid omtrent sy toestand, en indien wel, waarom hy nie die verpleegpersoneel om 'n verduideliking gevra het nie.

Die res van die vroe handel almal oor inligting, verduidelikings en emosionele ondersteuning.

Die respondent wat 'n ledemaat verloor het, se behoefte aan voorbereiding vir die emosionele aanpassing na ontslag, het betrekking gehad op haar vorige hospitalisasie. Die onderhoud met haar is gevoer tydens haar tweede hospitalisasie nadat sy uit ervaring geleer het dat die gebrek aan voorbereiding vir ontslag 'n leemte was. Daarom word 'n vraag oor hierdie behoefte nie ingesluit in die finale vraelys nie. Die belewenisse van pasiënte na ontslag uit die hospitaal en hulle gevoelens oor hulle verpleegsorg wat in retrospeksie daaruit voortvloei, sal miskien 'n meer realistiese manier wees om die behoeftes aan voorbereiding vir ontslag te bepaal. Dit verg egter 'n selfstandige navorsingsprojek.

Die finale vraelys word afgesluit met 'n veelvuldige-keuse vraag om die respondent se algemene gevoel oor sy verpleegsorg te bepaal. Hierdie data sal dan vergelyk word met sy belewenisse soos dit in die res van die vraelys openbaar word. Die heel laaste vraag op die voorlopige vraelys, "Is daar nog iets wat u wil vra of byvoeg?" word behou.

'n Gids (Bylae 4) is opgestel as hulpmiddel vir die onderhoudvoerder. Hierin word leiding gegee oor hoe om vrae verder te omskryf indien 'n respondent nie verstaan wat bedoel word nie. Daar word ook aangedui in watter gevalle die onderhoudvoerder eers moet vasstel of 'n bepaalde vraag van toepassing is op 'n bepaalde respondent, en dit uitlaat indien nie van toepassing nie. Die gids voorsien ook die sleutel tot die beroeps- en diagnostiese kategorieë.

Die veelvuldige-keuse vraag aan die einde van die vraelys is gedeeltelik geïnspireer deur die data wat verkry is uit die

skriftelike dankbetuigings van voormalige pasiënte in die Nasionale Hospitaal.

Die finale vraelys is voorgelê vir kritiek en moontlike voorstelle, aan 'n sosioloog, drie verpleegkundiges, van wie twee dosente, en een 'n administrator is, en 'n rekenaar-wetenskaplike. 'n Paar klein wysigings is op hulle aanbeveling aangebring.

ONTLEDING VAN SKRIFTELIKE DANKBETUIGINGS EN KLAGTES

Die dankbetuigings en klagte-lêers van die Nasionale Hospitaal is in die eerste plek gebruik vir die vooronderzoek, omdat toegang tot die lêers aangebied is aan die navorser. Die inhoud van die lêers is met 'n tweekledige doel ontleed. Eerstens, om data te bekom wat gebruik kon word vir die ontwerp van die finale vraelys vir die hoofondersoek, en tweedens, as 'n klein, onafhanklike studie, aanvullend tot die hoofondersoek. Die studie word in sy geheel hier bespreek.

Die databron

Alle kaartjies en briewe van bedanking en van klagtes oor die behandeling in die Nasionale Hospitaal, word geliasseer. Die lêers bevat kaartjies, telegramme en briewe wat gerig is aan die Mediese Superintendent, die matrone en aan saalsusters. Die lêers wat vir die ondersoek gebruik is, strek oor 'n tydperk van vier maande.

Metode

Die getal boodskappe wat direk betrekking gehad het op verpleegsorg, is vergelyk met die getal pasiënte wat in dieselfde tydperk

uit die hospitaal ontslaan of oorlede is. Daar was 174 dankbetuigings en geen klagtes nie. Twaalf van die dankbetuigings was van die naasbestaandes van oorledenes.

Altesaam 6 197 pasiënte is in die tydperk ontslaan en 193 is oorlede. Net 2,6% van pasiënte en 6,5% van naasbestaandes van oorledenes het skriftelik hulle dank uitgespreek vir die verpleegsorg wat hulle ontvang het.

Die diagnoses van die pasiënte wat geskryf het of oor wie geskryf is, kon slegs in 62 gevalle (74%) vasgestel word. Hulle is as volg gekategoriseer:

Chirurgies:

Noodtoestande, bv. akute buik, ongelukke	8
Ernstige operasies, bv. spinale fusie, prostatektomie, Histerektomie	14
Minder ernstige operasies, bv. appendisektomie, hemorroidektomie	7

Medies:

Terminale toestande	12
Ernstige toestande met implikasies vir toekomstige lewenspatroon, bv. miokardiale infarksie	5
Ernstige akute toestande, bv. Guilliam-Barre sindroom, gastro-enteritis	10
Akute aanvalle van chroniese toestande, bv. asma	6
Totaal	<u>62</u>

Inhoud van die boodskappe

Van die totale getal bedankings was 52% nie-spesifiek, byvoorbeeld 'n gedrukte kaartjie, of 'n kaartjie met woorde soos: "Baie dankie vir alles". Die beskrywende woorde van die res van die boodskappe is gekategoriseer en die volgende bevinding is gemaak:

1. Woorde wat die instrumentele funksie van die verpleegster beklemtoon, bv. "puik", "bekwaam", "uitmuntend" 38

2. Woorde wat die ekspressiewe funksie van die verpleegster beklemtoon, bv. "takt", "liefdevolle versorging", "menslikheid", "toewyding" 116

Benewens die feit dat meer persone woorde van die tweede groep gebruik het, was die verskeidenheid woorde in hierdie groep ook groter.

Sommige skrywers het spesifieke faktore genoem wat hulle veral getref het tydens hulle verblyf of die verblyf van hul naasbestandes. Elkeen van die volgende is deur afsonderlike skrywers genoem:

1. Die besondere aandag en liefde wat aan bejaarde pasiënte gegee word

2. Die nagpersoneel se onderskraging die eerste paar nagte na 'n operasie

3. 'n Familielid wat gereeld van veraf gebel het, was getref deur die vriendelikheid van die personeel oor die telefoon.

4. 'n Pasiënt van Transvaal wat in die Kerstyd in die hospitaal was weens 'n motorongeluk, skryf van "the kindness and sympathy of the young nurses through a difficult time."
5. 'n Bejaarde vrou wat 'n heupoperasie ondergaan het, skryf oor die goeie sorg wat sy ontvang het toe sy hulpeloos was.
6. Een vrou was getref deur die feit dat sy nooit lelike taal gehoor het nie.
7. 'n Man skryf dat hy altyd met vriendelikheid en toegeneentheid ontvang is tydens sy vrou se hospitalisasie.
8. 'n Ander skryf van die "wonderlike bystand" wat sy vrou in die ongevalle ontvang het toe hulle kind ernstig beseer was.
9. 'n Man wat 'n opehart operasie gehad het, skryf breedvoerig oor die voorligting wat hy en sy vrou ontvang het, van die bekwaamheid en "praktiese uitlewing van die beginsel van naasteliefde" van die verpleegkundiges en van die onderskraging wat sy vrou van hulle ontvang het. Die brief handel veral oor sy ervaring in die intensiewe sorg eenheid.

Van hierdie nege persone het slegs een melding gemaak van fisiese versorging, naamlik die dame met die heupoperasie. Die res was almal beïndruk met aspekte van die verpleegkundige se ekspressiewe funksie, behalwe die man wat 'n opehart operasie gehad het, wat die instrumentele funksie (bekwaamheid), sowel as die ekspressiewe funksie genoem het.

Bespreking

Geen gevolgtrekking kan gemaak word uit die persentasie van pasiënte en naasbestaandes wat skriftelik hulle waardering vir hulle verpleegsorg uitgespreek het nie.

Dit is opvallend dat die oorgrote meerderheid van dankbetuigings gekom het van pasiënte en naasbestaandes van pasiënte wat ernstig siek was, en dit is ook opvallend dat die meeste van die persone wat geskryf het, se behoefte aan emosionele ondersteuning deur die verpleegpersoneel bevredig is.

'n Tentatiewe afleiding kan gemaak word dat mense wat ernstig siek is, meer angs beleef oor hulle toestand as mense met minder ernstige kwale, en daarom het hulle 'n groter behoefte aan emosionele ondersteuning as ander pasiënte. Die verligting van hulle angs deur die simpatieke optrede en houding van hulle verpleegkundiges sal in sulke gevalle 'n groot genoeg indruk op sommige pasiënte maak om hulle waardering skriftelik te betuig.

Die feit dat geen klagtes oor verpleegsorg ontvang is nie, laat 'n paar vrae ontstaan. Was geen pasiënte of naasbestaandes ontevrede met enige aspek van hulle verpleegsorg nie? Was daar geen ernstige ontevredenheid nie? Of was geen ontevrede persoon bereid om 'n klagte skriftelik aan te gee nie?

'n Ontleding van dankbetuigings oor 'n periode van vier maande kan nie op sigself 'n aanduiding gee van die kwaliteit van verpleegsorg uit die oogpunt van die pasiënte van 'n hospitaal nie. Die soort data wat in hierdie ondersoek gebruik is, kan egter op 'n deurlopende basis uit sulke korrespondensie getrek word, en periodiek verwerk word. Dit kan as barometer van

pasiënt-tevredenheid dien, sowel as motivering vir die verpleegpersoneel. Dit kan dus 'n waardevolle hulpmiddel wees vir die verpleeg-administrator om die kwaliteit van verpleegsorg te meet en te verbeter.

Die data wat verkry is uit die dankbetuigings, het die belangrikheid wat die emosionele belewenis van sy hospitalisasie vir die pasiënt inhou, beklemtoon. Dit het ook die sleutelrol wat die verpleegkundige speel in die onderskraging van die pasiënt in hierdie belewenis, benadruk. Daar is gepoog om die vraelys vir die hoofondersoek van hierdie navorsingsprojek op so 'n manier op te stel, dat data oor emosionele ondersteuning verkry kon word.

DIE HOOFONDERSOEK

Die populasie

Die populasie vir hierdie studie was pasiënte wat voldoen het aan sekere kriteria en wat behandeling ontvang het in die vier opleidingshospitale vir Blanke verpleegkundiges in die Oranje-Vrystaat. Die hospitale is die Nasionale en Universitas

Hospitale in Bloemfontein

Die Provinsiale Hospitaal, Welkom

Die Voortrekker Hospitaal, Kroonstad

Die Provinsiale Hospitaal, Bethlehem.

Die kriteria waaraan pasiënte moes voldoen, was:

1. Hulle moes ouer wees as 13 jaar. Kindersale was dus uitgesluit.

2. Hulle moes nie kraampasiënte wees nie omdat dit 'n wanbalans in die verteenwoordiging van die twee geslagte sou veroorsaak.
3. Hulle moes nie gehuisves wees in die afdeling vir chroniese siekes in die Voortrekker Hospitaal nie. Dit is die enigste afdeling van sy soort in die Oranje-Vrystaat en dit huisves min pasiënte wat nie bejaard is nie. Dit sou 'n wanbalans ten opsigte van ouderdomsverspreiding teweegbring. 'n Groot aantal van die pasiënte is ook irrasioneel en sou dus in elk geval nie kwalifiseer vir insluiting in die ondersoek nie.
4. Hulle moes nie psigiatriese pasiënte wees nie, omdat die ondersoek gemik is op pasiënte met fisiese siektes.
5. Hulle moes nie in intensiewe sorgeenhede gehuisves wees nie omdat sulke pasiënte te siek is om lang onderhoude te voer.
6. Hulle moes langer as drie dae in die hospitaal wees op die dag van die onderhoud omdat die navorser na die vooronderzoek van mening was dat pasiënte voor daardie tyd nie genoeg ervaring van hul verpleegsorg sou hê om die vrae met gesag te kon beantwoord nie.
7. Hulle moes op die dag van die voorgenome onderhoud volgens die oordeel van die saalsuster nie te siek wees om 'n onderhoud te voer nie.
8. Daar moes op die dag van die onderhoud geen uitputtende toetse of behandeling op die pasiënt toegepas word nie.

Met inagneming van bogenoemde kriteria is die pasiënte wat in die populasie ingesluit sou word, in die volgende diagnostiese kategorieë ingedeel:

1. Akute fisiese toestande met 'n redelik tot goeie prognose.
2. Akute fisiese toestande met implikasies vir toekomstige lewenspatroon, byvoorbeeld hartsiektes, kolostomie.
3. Akute episodes van chroniese fisiese toestande, byvoorbeeld asma.
4. Geen diagnose: Opgeneem vir ondersoeke.

Die rede vir hierdie indeling in plaas van 'n konvensionele, medies-georiënteerde indeling, byvoorbeeld "kardio-vaskulêr", "ortopedies", is geleë in die uitgangspunt van die studie, naamlik die belewenis van die pasiënt van sy verpleegsorg. Die aanname word gemaak dat sy belewenis tot 'n groter mate beïnvloed word deur die erns en implikasies van sy toestand as deur die mediese kategorie waaronder dit ressorteer.

Opsommend kan dus gesê word dat die populasie bestaan het uit Blanke pasiënte in die algemene verpleegopleidingshospitale van die Oranje-Vrystaat, wat ouer as 13 jaar was; wat vir langer as drie dae gehospitaliseer was, op die dag van die onderhoud; wat op daardie dag, volgens die oordeel van die saalsuster, nie te siek was om 'n onderhoud te voer nie; wat ook nie 'n uitputtende toets of behandeling ondergaan het nie en wat gehospitaliseer was vir 'n akute, fisiese toestand, 'n akute episode van 'n chroniese fisiese toestand of vir diagnostiese ondersoeke.

Die grootte van die populasie

Die volgende prosedure is gevolg om 'n beraming te maak van die grootte van die populasie wat voldoen het aan die kriteria.

Daar is eenmalig op een dag tussen Maandag en Vrydag in elke betrokke saal in al die hospitale wat gebruik is vir die studie, vasgestel hoeveel pasiënte voldoen het aan al die kriteria. Hierdie gegewens is oor 'n periode van 'n maand ingewin.

Die totale getal pasiënte wat volgens hierdie gegewens die populasie uitgemaak het, was 376 uit 'n totale beddetal van 899 in 31 sale. 574 van die bedde was in die twee Bloemfontein hospitale, en 325 was in die drie plattelandse hospitale.

Die steekproef

'n Steekproef van 50% is gedoen om groot genoeg getalle te gee om statisties beduidend te wees in die verwerkings. Om pasiënte vir die steekproef te selekteer, is die volgende prosedure gevolg: Alle onderhoude is tussen Maandae en Vrydae gevoer binne 'n tydperk van ses weke. Op die dag waarop onderhoude in 'n bepaalde saal gevoer sou word, het die navorser vir die saalsuster gevra vir 'n lys van al die pasiënte in haar saal wat aan al die kriteria voldoen het. Die helfte van hierdie pasiënte is dan blindelings gekies en onderhoude is met hulle gevoer.

Die populasie in die verskillende sale het natuurlik nie konstant gebly op die getalle wat in die betrokke maand verkry is nie. Daardie getalle het net as leidraad gedien om die grootte van die steekproef te beraam. Daar is uiteindelik 192 onderhoude

gevoer. Vyf pasiënte het geweier om onderhoude toe te staan, een in Kroonstad, een in Welkom en drie in Bloemfontein. Twee van die vyf was vroue.

Prosedure vir onderhoudvoering

Alle onderhoude is deur die navorser self gevoer. Sy het alleen na die respondente gegaan, in privaat klere, en haarself voorgestel as 'n verpleegkundige wat navorsing doen oor die pasiënte se ervaring van hulle verpleegsorg, met die uiteindelijke doel om die verpleegopleiding, waar nodig, te verbeter. Die respondente is verseker dat die onderhoud in sy geheel vertroulik sou wees en dat hulle name nie op die vraelys verskyn nie, en gladnie gebruik sou word nie.

In samewerking met die saalsuster is soveel onderhoude as moontlik in privaatheid gevoer. Pasiënte wat kon loop, of maklik vervoer kon word en wat nie in privaatkamers gelê het nie, is in baie gevalle na wagkamers of sitkamers geneem.

HOOFSTUK 6RESULTATE VAN DIE HOOFONDERSOEKAANBIEDING VAN DIE RESULTATE

Die response op die vrae is uiteengesit in verhouding tot die biografiese data.

1. In die eerste deel van die hoofstuk, na 'n uiteensetting van die biografiese data as sulks, word die response op elke vraag vir stedelike en plattelandse hospitale gegee. In deel 2 word die ander biografiese veranderlikes vergelyk met vrae wat volgens die oordeel van die navorser van toepassing was op elke veranderlike. Die doel hiermee was om te bepaal of daar enige verband was tussen die response en die veranderlikes.
2. Die response is statisties verwerk om enige moontlike verband te meet en om sodoende die beduidendheid van verskille te bepaal. Bravais-Pearson se produk-moment korrelasiekoëffisiënt, biseriale en punt biseriale korrelasies is bereken, soos aanbeveel deur Du Toit (1966). Beduidendheid van verskille vir al die korrelasies is bereken op die 5% peil. Tabelle met die korrelasies vir die gegewens word gevind in bylae 5.
3. Tydens die onderhoude met respondente is heelwat data ingewin wat aanvullend en verduidelikend van aard was. Hierdie inligting word saam met die rou data weergegee om lig op die response te werp.

A. BIOGRAFIESE DATA

Van die 192 respondente was 125 of 65%, in die twee stedelike hospitale, naamlik die Nasionale en Universitas Hospitale, en 67 of 35%, in die drie plattelandse hospitale gesamentlik, dit wil sê die verhouding was naastenby 2 : 1 tussen stedelike en plattelandse hospitale.

Die verhouding van die getalle respondente in die stedelike en plattelandse hospitale stem tot 'n groot mate ooreen met die beddetal in die afdelings wat vir die ondersoek gebruik is.

TABEL 6 - 1VERHOUDING TUSSEN BEDDETALLE EN GETALLE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	BEDDETAL		GETAL RESPONDENTE	
	Getal	%	Getal	%
Stad	574	64%	125	65%
Platteland	325	36%	67	35%
TOTAAL	899	100%	192	100%

Altesaam 128 (67%) van al die respondente was gehuisves in twee tot ses-bed eenhede, 53 (27%) was in enkelkamers en 11 (6%) was in groot "Nightingale" sale van meer as ses bedde. Die verspreiding van akkommodasie in die stedelike en plattelandse hospitale was

proporsioneel tot die getalle respondente. Die klein getal respondente in groot sale is te wyte aan die feit dat daar baie min sulke sale in die betrokke hospitale is, naamlik twee in Kroonstad en twee in die Nasionale Hospitaal in Bloemfontein uit die 31 afdelings wat gebruik is vir die ondersoek.

TABEL 6 - 2

TIPE AKKOMMODASIE

HOSPITAAL= LIGGING	ENKELKAMER		2 - 6 BED EENHEID		GROOT SAAL		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	33	17%	88	46%	4	2%	125	65%
Platteland	20	10%	40	21%	7	4%	67	35%
TOTAAL	53	27%	128	67%	11	6%	192	100%

Geslag

Agt-en-tagtig (46%) van al die respondente was mans en 104 (54%) was vroue. Van die 88 mans was 55 (29%) in die stedelike hospitale en 33 (17%) in die plattelandse hospitale. Sewentig (36%) van die vroue was in die stedelike hospitale en 34 (18%) was in die plattelandse hospitale.

TABEL 6 - 3

GETALLE EN PERSENTASIES MANS EN VROUE

	MANS		VROUE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	55	29%	70	36%	125	65%
Platteland	33	17%	34	18%	67	35%
TOTAAL	88	46%	104	54%	192	100%

Huwelikstaat

Die oorgrote meerderheid respondente was getroud, naamlik 137 (72%). Daar was 30 (15%) weduwees en wewenaars, vyf (3%) geskeides en 20 (10%) ongetroudes. Behalwe vir die feit dat daar geen geskeides op die platteland was nie, was die verhouding 1 : 2 tussen platteland en stad min of meer gehandhaaf ten opsigte van huwelikstaat.

TABEL 6 - 4HUWELIKSTAAT

HOSPITAAL= LIGGING	GETROUD		WEDUWEE/ WEWENAAR		GESKEI		ONGETROUD		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	86	45%	20	10%	5	3%	14	7%	125	65%
Platteland	51	27%	10	5%	0	0	6	3%	67	35%
TOTAAL	137	72%	30	15%	5	3%	20	10%	192	100%

Ouderdom

Die ouderdomme van die respondente het gewissel van 18 tot 86 jaar. Slegs twee respondente (1%) was jonger as 20 jaar en 75 (39%) was ouer as 60 jaar. 147 (76%) van al die respondente was ouer as 40 jaar, maar daar was 'n aansienlike relatiewe verskil tussen stad en platteland wat hierdie statistiek betref. In die stad was 90 van die 125 respondente (47%) ouer as 40, maar op die platteland was dit 57 uit 67 (85%).

TABEL 6 - 5

OUDERDOMME

HOSPITAAL= LIGGING	- 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 +		Totaal	
	getal	%	getal	%	getal	%	getal	%	getal	%	getal	%	getal	%
Stad	1	0,5%	21	11%	13	7%	21	11%	20	10%	49	26%	125	65,5%
Platteland	1	0,5%	6	3%	3	2%	12	6%	19	10%	26	13%	67	34,5%
TOTAAL	2	1%	27	14%	16	9%	33	17%	39	20%	75	39%	192	100%

Beroepe

Die grootste beroepsgroep wat verteenwoordig was, was die administratiewe en klerklike groep, waaruit 57 (29%) van al die respondente gekom het, gevolg deur ambagslui en tegnisi 38 (20%). Die kleinste groep van twee (1%) was studente. Die klein getal hou verband met die klein getal jeugdige respondente. Die tweede kleinste groep was die professionele groep, naamlik 20 (11%).

TABEL 6 - 6

BEROEPE IN VOLGORDE VAN VOORKOMS

HOSPITAALLIGGING	STAD		PLATTELAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Administratief en klerk= lik	39	20%	18	9%	57	29%
Ambagslui en tegnisi	19	10%	19	10%	38	20%
Geen beroep en werkloos	15	8%	11	6%	26	14%
Ongeskoolde werkers	19	10%	6	3%	25	13%
Boere	16	8%	8	4%	24	12%
Professionele beroepe	15	8%	5	3%	20	11%
Studente	2	1%	0	0	2	1%
TOTAAL	125	65%	67	35%	192	100%

Woonplek

Net minder as die helfte van al die respondente, naamlik 86 (45%) het op klein dorpies of plase gewoon, dit wil sê waar daar nie 'n provinsiale hospitaal is nie, en net meer as die helfte, 96 (52%) se tuiste was nie in die stad of dorp waar hulle gehospitaaliseer was nie. Soos verwag kan word, was daar relatief meer respondente van elders in die stedelike hospitale as in die drie plattelandse hospitale, omdat die akademiese hospitale 'n groot gebied ten opsigte van gespesialiseerde behandeling bedien.

TABEL 6 - 7

WOONPLEK

HOSPITAAL= LIGGING	STAD/ GROOT DORP		KLEIN DORP/ PLAAS		TOTAAL		HIER		ELDERS		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	67	35%	58	30%	125	65%	55	28%	70	37%	125	65%
Platteland	39	20%	28	15%	67	35%	39	20%	28	15%	67	35%
TOTAAL	105	55%	86	45%	192	100%	94	48%	98	52%	192	100%

Diagnostiese kategorieë

Altesaam 156 (81%) van die respondente het aan 'n akute toestand gely, met 'n redelik tot goeie prognose, of een met implikasies vir die toekoms. Slegs agt respondente (4%) se diagnose was nog nie bevestig nie en 28 (15%) was in die hospitaal vir 'n akute episode van 'n chroniese toestand. Die verhouding 1 : 2 tussen platteland en stad is nie gehandhaaf ten opsigte van die

siektetoestande nie. Die getal respondente in die stedelike hospitale wat gely het aan toestande met implikasies vir die toekoms, teenoor die getal op die platteland, was in die verhouding 4 : 1 en daar was meer pasiënte in plattelandse as in stedelike hospitale wat aan akute episodes van chroniese toestande gelei het.

Hierdie syfers is nie verrassend nie, aangesien die akademiese hospitale in die stad toegerus is en daarop ingestel is om pasiënte met ernstige toestande te behandel. Om hierdie rede is daar minder bedde in die stedelike hospitale beskikbaar vir pasiënte met chroniese toestande. Omdat pasiënte vanaf die platteland na die stedelike hospitale met ernstige akute toestande gestuur word, is daar meer bedde op die platteland beskikbaar vir diegene met akute episodes van chroniese toestande wat nie hoogs gespesialiseerde behandeling benodig nie. Dit mag ook die rede wees vir die buite verhouding groot getal oer pasiënte in die plattelandse hospitale: meer oer mense ly aan chroniese toestande.

TABEL 6 - 8

DIAGNOSTIESE KATEGORIEË

HOSPITAAL= LIGGING	PROGNOSE REDELIK TOT GOED		TOESTAND MET IMPLI= KASIES VIR TOEKOMS		AKUTE EPI= SODE VAN CHRONIESE TOESTAND		DIAGNOSE NIE BEVES= TIG NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	54	28%	56	29%	11	6%	4	2%	125	65%
Platteland	32	17%	14	7%	17	9%	4	2%	67	35%
TOTAAL	86	45%	70	36%	28	15%	8	4%	192	100%

Tydperk van hospitalisasie

Tagtig (41%) van al die respondente was op die dag van hulle onderhoud tussen agt en 14 dae in die hospitaal, 59 (30%) was minder as 'n week in (maar meer as drie dae) en 53 (28%) was langer as twee weke daar. Op die platteland was relatief meer respondente as in die stad wat op die dag van die onderhoud, minder as 'n week in die hospitaal was, naamlik 24 uit 67 (35%), teenoor 35 uit 125 (28%).

TABEL 6 - 9

TYDPERK VAN HOSPITALISASIE

HOSPITAAL= LIGGING	- 7 DAE		8 - 14 DAE		15 + DAE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	35	18%	56	29%	34	18%	125	65%
Platteland	24	13%	24	12%	19	10%	67	35%
TOTAAL	59	31%	80	41%	53	28%	192	100%

Samevatting

Die 192 respondente vir die ondersoek was in die verhouding 2 : 1 in die stedelike en plattelandse provinsiale opleidingshospitale gehuisves. Die verhouding het ooreengestem met dié van die aantal bedde wat gebruik is vir die ondersoek. Twee derdes van die respondente het in twee tot sesbed eenhede gelê, slegs 6% was in eenhede met meer as ses bedde en die res was in enkelkamers; 54% van al die respondente was vroue en 72% van al die respondente was getroud. Van die 76% van al die respondente wat ouer as 40 was, was 85% in die plattelandse hospitale.

Administratiewe en klerklike werkers en ambagslui en tegnisi was die beroepe wat die grootste verteenwoordiging geniet het, naamlik 49%, en 52% van die pasiënte met wie daar onderhoude gevoer is, het nie in die stad of dorp waar hulle gehospitaliseer was, gewoon nie. Die siektetoestand waarvoor 45% van hulle gehospitaliseer was, het 'n redelike tot goeie prognose gehad en vir 36% het hulle siekte of besering implikasies ingehou vir die toekoms. Die res het 'n akute episode van 'n chroniese toestand gehad of daar was nog geen bevestiging van hul diagnose nie. Die meeste van die respondente, 41%, was ten tye van die onderhoud tussen 8 en 14 dae in die hospitaal.

DEEL I

RESPONSE OP ELKE VRAAG SOOS GEGEE DEUR RESPONDENTE IN STEDELIKE EN PLATTELANDSE HOSPITALE

(Biografiese veranderlike A1)

Van die 64 vrae in die vraelys, het slegs 15 statisties beduidende verskille getoon tussen die response van respondente in stedelike en plattelandse hospitale.

AFDELING B IDENTITEIT EN ORIËNTERING

Vraag 1 Vorige hospitalisasie

Slegs 15 van die 192 respondente was nog nooit voorheen gehospitaliseer nie en geldige vergelykings kan dus nie gemaak word tussen hulle ervaring en dié van persone wat reeds bekend was met 'n hospitaal en die pasiëntrol nie.

Vrae 2 tot 4: Handhawing van identiteit en selfbeeldTABEL 6 - 10VRAAG 2: KEN DIE VERPLEEGPERSONEEL U VAN?

HOSPITAAL= LIGGING	JA		DIE MEESTE		'N PAAR		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	115	60%	10	5%	0	0%	0	0%	125	65%
Platteland	60	31%	6	3%	1	1%	0	0%	67	35%
TOTAAL	175	91%	16	8%	1	1%	0	0%	192	100%

Altesaam 175 (91%) van al die respondente het gesê dat al die verpleegpersoneel hulle vanne geken het, en die verhouding van response tussen stad en platteland was min of meer 2 : 1. Statisties was die verskille op hierdie gebied nie beduidend nie.

TABEL 6 - 11VRAAG 3: GEVOEL OOR AANSPREEKVORM WAT HULLE GEBRUIK

HOSPITAAL= LIGGING	TEVREDE		ONTEVREDE		ONTEVREDE OOR SOM= MIGE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	110	57%	1	1%	14	7%	125	65%
Platteland	63	33%	0	0%	4	2%	67	35%
TOTAAL	173	90%	1	1%	18	9%	192	100%

Altesaam 173 (90%) van die respondente het tevredenheid uitgespreek oor die aanspreekvorm wat die verpleegpersoneel teenoor hulle gebesig het. Die stad-platteland verskille was in hierdie geval ook statisties onbeduidend.

Volgens die ervaring van die respondente word hulle deur die verpleegpersoneel as individue erken. Die aanspreekvorms "oom" en "tannie" word dikwels gebruik, en die oorgrote meerderheid het daarvan gehou. Hulle het die gevoel gemotiveer deur opmerkings soos "Dit laat my tuis voel", "Dit wys dat hulle my respekteer". Van die respondente wat nie tevrede was met die aanspreekvorm wat gebruik is nie, was twee Engelssprekendes, albei vroue. Die een het egter gesê sy aanvaar dit as sy "tannie" genoem word, want sy weet dat dit deel van die kultuur van die Afrikaner is, en al die jong verpleegkundiges is Afrikaans. Volgens sommige respondente spreek die geregistreerde verpleegkundiges hulle aan as "meneer" of "mevrou" en die studente en andere gebruik meesal "oom" en "tannie". Een 26-jarige vrou het verkies om op haar voornaam genoem te word, maar het nie geweet dat sy so 'n versoek mag rig nie.

TABEL 6 - 12

VRAAG 4: WIE HET DIE MEESTE GEDOEN OM U HIER TE LAAT

TUISVOEL?

HOSPITAAL LIGGING	Nooit vreemd gevoel		Verpleeg= kundiges		Pasiënte		Self		Voel steeds vreemd		Totaal	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	37	19%	69	36%	15	8%	3	2%	1	1%	125	65%
Platte= land	26	14%	37	19%	4	2%	0	0	0	0	67	35%
TOTAAL	63	33%	106	55%	19	10%	3	2%	1	1%	192	100%

Wat betref tuisvoel in die hospitaal, was daar aansienlike verskille in die getalle response in elke kategorie tussen respondente in die stedelike en plattelandse hospitale. Geen respondente op die platteland het gesê dat hulle hulself tuisgemaak het of dat hulle nog steeds vreemd voel nie, terwyl vier (2%) in die stedelike hospitale hierdie response gegee het. Die verhouding 2 : 1 is ook ver oorskry in die respons kategorie "ander pasiënte het die meeste gedoen om my te laat tuisvoel". In die stedelike hospitale het 15 (8%) s6 geantwoord en op die platteland vier (2%), 'n verhouding dus van 4 : 1. Heelwat meer pasiënte op die platteland het gesê dat hulle nooit vreemd gevoel het nie, 26 (14%) teenoor 37 (19%) in die stad, maar die verhouding 2 : 1 is gehandhaaf ten opsigte van die antwoord "verpleegsters het die meeste gedoen om my tuis te laat voel". Die stad-platteland verskille ten opsigte van hierdie response, was wel beduidend op die 5% peil.

Vrae 5 tot 15: Oriëntering tot en inligting oor die hospitaal

Ten spyte van die feit dat al die respondente langer as drie dae in die hospitaal was ten tye van die onderhoud, het slegs 45 (23%) die hoof suster by die naam geken, en net 16 (8%) het geweet wie sy is sonder om haar naam te ken. Die res, 131 (69%) het glad nie geweet watter suster in beheer van die afdeling is nie. As die response van pasiënte in die stedelike en plattelandse hospitale vergelyk word, was die respondente op die platteland beter ingelig oor die identiteit van die hoof suster. Meer as die helfte van hulle het geweet wie sy is, terwyl slegs 'n vyfde van diegene in die stedelike hospitale dit geweet het.

Daar was een saal waar die helfte van die respondente sonder huiwering geweet het watter suster aan die hoof van die afdeling is en dit was duidelik dat hulle groot agting vir haar gehad het. Een het gesê dat sy haarself as hoof-suster voorgestel het. Sommige respondente het gesê dat baie van die personeellede hulself voorstel, en hulle dra ook naamspeldjies, maar hulle kan nie genoeg konsentreer om almal te onthou nie. Sommige respondente het die name van al die susters geken, maar het nie geweet dat daar een is wat in beheer is nie. Sommiges het gesê dat al die susters hulleself kom voorstel het, maar nie een het gemeld dat sy in beheer is nie.

TABEL 6 - 13

VRAAG 5: WEET U WIE IS DIE HOOFSUSTER?

HOSPITAAL= LIGGING	KEN NAAM		KEN GESIG		WEET NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	20	10%	5	3%	100	52%	125	65%
Platteland	25	13%	11	6%	31	16%	67	35%
TOTAAL	45	23%	16	9%	131	68%	192	100%

Die stad-platteland verskille vir vrae 5 en 6 was statisties beduidend.

TABEL 6 - 14

VRAAG 6: HOE HET U UITGEVIND?

HOSPITAAL= LIGGING	N.V.T.		HET HAAR= SELF VOOR= GESTEL		UITGEWYS DEUR VER= PLEEGSTER		EIE INISIATIEF		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	98	51%	1	0,5%	0	0%	26	14%	125	65%
Platteland	33	17%	6	3%	3	1,5%	25	13%	67	35%
TOTAAL	131	68%	7	3,5%	3	1,5%	51	27%	192	100%

Van die 61 respondente wat geweet het wie die hoof suster is, het sewe (11%) gesê sy het haarself voorgestel en ses van die sewe respondente was in plattelandse hospitale. Drie respondente (5%) het gesê 'n verpleegkundige het haar uitgewys en al drie hierdie respondente was ook in plattelandse hospitale. Van die 51 (84%) wat hul eie inisiatief gebruik het om uit te vind wie sy is, was 26 (43%) in die stedelike hospitale. Uit hierdie gegewens blyk dit dat alhoewel slegs een derde (32%) van al die respondente geweet het wie die hoof suster van hulle afdeling was, het relatief meer van hulle in die plattelandse hospitale dit geweet, naamlik 34 (56%) van die 61, 'n verhouding van meer as 1 : 1. In die plattelandse hospitale het die personeel ook meer moeite gedoen om te sorg dat pasiënte die inligting kry.

Volgens die response op vrae 4, 5 en 6 is dit duidelik dat die respondente in die plattelandse hospitale meer tuis was en beter georiënteerd was met betrekking tot die identiteit van die suster wat verantwoordelik was vir hulle welsyn.

Vraag 7 het die respondente se oriëntering ten opsigte van hulle versorgers verder getoets. Altesaam 179 (93%) kon susters aan hulle uniforms uitken, 128 (66%) kon student-verpleegkundiges uitken, en 84 (44%) het geweet wie is verpleegassistent. Die verhouding tussen stedelike en plattelandse hospitale was min of meer 2 : 1 wat hierdie kennis betref, maar baie min, ses (3%), van die respondente in die stad het geweet wie stafverpleegkundiges is. Dit is omdat daar baie min stafverpleegkundiges in die stedelike hospitale is. Die stad-platteland verskille was onbeduidend.

TABEL 6 - 15

VRAAG 7: UITKEN VAN VERSKILLENDE KATEGORIEË VAN
VERPLEEGKUNDIGES

HOSPITAAL= LIGGING	SUSTERS		STUDENT= VERPLEEG= KUNDIGES		STAF= VERPLEEG= KUNDIGES		VERPLEEG= ASSISTENTE	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	118	61%	85	44%	6	3%	52	27%
Platteland	61	32%	43	22%	33	17%	32	17%
TOTAAL	179	93%	128	66%	39	20%	84	44%

In vraag 8 is daar gepoog om vas te stel hoeveel respondente verstaan het dat susters die meeste verantwoordelikheid vir verpleegsorg dra; dat studente na 'n opleidingsperiode kan kwalifiseer as susters en dat hulle met elke jaar van opleiding meer verantwoordelike take kan verrig; dat stafverpleegkundiges 'n korter en minder intensiewe opleiding as susters geniet, en dat verpleegassistentente 'n baie elementêre kennis van verpleging het en dus min verantwoordelikheid dra. Daar is gevind dat die respondente

in die plattelandse hospitale beter ingelig was oor hierdie aspek as die stedelike respondente. Slegs 6 (3%) van hulle teenoor 24 (13%) van die stedelike pasiënte het glad nie geweet hoe verskil die pligte van die verskillende kategorieë van verpleegkundiges nie. Hierdie verskille was nie-beduidend.

TABEL 6 - 16

VRAAG 8: HOE VERSKIL HULLE PLIGTE?

HOSPITAAL= LIGGING	VERSTAAN		VAAG		WEET NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	47	24%	54	28%	24	13%	125	65%
Platteland	26	14%	35	18%	6	3%	67	35%
TOTAAL	73	38%	89	46%	30	16%	192	100%

Van die 162 (84%) van al die respondente wat verstaan het of 'n idee gehad het van die verskille tussen die verskillende kategorieë van verpleegkundiges, het almal behalwe drie dit deur eie inisiatief uitgevind. Die stad-platteland verskille was onbeduidend.

TABEL 6 - 17

VRAAG 9: HOE HET U DIT UITGEVIND?

HOSPITAAL= LIGGING	N.V.T.		BY 'N VERPLEEGSTER		EIE INISIATIEF		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	24	13%	2	1%	99	51%	125	65%
Platteland	6	3%	1	1%	60	31%	67	35%
TOTAAL	30	16%	3	2%	159	82%	192	100%

Vraag 10 was bedoel om aan te dui hoeveel respondente volgens hulle eie erkenning angsts beleef het oor die vooruitsig op hospitalisasie.

TABEL 6 - 18

VRAAG 10: GEVOEL OOR VOORUITSIG OP HOSPITALISASIE

HOSPI= TAAL= LIGGING	ONTKEN ANGS				ERKEN ANGS						TOTAAL	
	Te skie= lik om te dink		Aanvaar		Bang		Ambivalent		Onwillig			
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	20	10%	59	30%	16	8%	28	15%	2	1%	125	65%
Platte= land	17	9%	34	18%	8	4%	5	3%	3	2%	67	35%
TOTAAL	37	19%	93	48%	24	12%	33	18%	5	3%	192	100%

Vir die doeleindes van hierdie bespreking kan die vyf antwoordkategorieë in twee kategorieë saamgevat word, naamlik diegene wat by implikasie gesê het hulle was nie angstig nie, en die res wat erken het dat hulle spanning beleef het. Hierdie indeling kan nie heeltemal akkuraat wees nie, want die enigste kriterium wat gebruik is, was die respondente se verklarings oor hoe hulle gevoel het, en dit mag wees dat daar persone was wat ontken het dat hulle bang was. Die navorser het egter nie die indruk gekry dat dit die geval was nie.

TABEL 6 - 19

VRAAG 10: SAMEVATTING VAN TABEL

HOSPITAAL= LIGGING	ONTKEN ANGS		ERKEN ANGS		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	79	41%	46	24%	125	65%
Platteland	51	27%	16	8%	67	35%
TOTAAL	130	68%	62	32%	192	100%

Volgens hierdie syfers het minder as 'n derde van die respondente, naamlik 62 (32%) 'n hoë mate van angs beleef oor die vooruitsig op hospitalisasie. Relatief minder respondente in plattelandse hospitale was angstig hieroor. Die verhouding was 1 : 3, naamlik 16 (8%) teenoor 46 (24%) in die stedelike hospitale. Die verskille is statisties beduidend. 'n Moontlike rede vir hierdie verskynsel mag wees dat daar baie minder respondente in die plattelandse hospitale was, naamlik 1 : 4 as in die stedelike hospitale wat aan ernstige toestande met implikasies vir die toekoms gely het.

Vrae 11 tot 15 het aangedui tot watter mate respondente behoefte gehad het aan inligting omtrent hulle verblyf in die hospitaal en tot watter mate daar voorsien is in hierdie behoefte. Die stad-platteland verskille was beduidend vir almal behalwe vraag 15. Ses items wat bydra tot die algemene gerief van die gehospitaliseerde pasiënt is by vraag 11 ingesluit, en daar is gevind dat min respondente 'n behoefte aan inligting daaroor gehad het. Een moontlike rede is dat so 'n groot getal respondente voorheen gehospitaliseer was en daarom reeds oor die inligting beskik het.

Nog 'n rede mag wees dat die meeste respondente familie of vriende in die dorp of stad gehad het waar hulle in die hospitaal was, en hierdie familie of vriende kon voorsien in die meeste van die behoeftes.

Negentien (10%) respondente sou graag vooraf wou geweet het van die hospitaal se beleid in verband met besoekers buite besoekure. Slegs een van die 19 was in 'n plattelandse hospitaal. Slegs vyf (3%) respondente het gewonder wat hulle alles hospitaal-toe moes saamneem, en drie van hulle was in die stedelike hospitale. Agtien (10%) het niemand gehad om hulle nagklere te was nie, van wie 15 in die stedelike hospitale was. Nege (5%) van wie twee (1%) in die plattelandse hospitale, het behoefte gehad aan iemand om inkopies en boodskappe vir hulle te doen, terwyl 18 (10%), van wie vyf (3%) op die platteland was, graag vooraf sou wou geweet het watter reëlins getref kon word in verband met radio's en televisiestelle. Die grootste behoefte in hierdie groep items was aan inligting oor 'n haarkapperdiens in die hospitaal. Altesaam 32 (17%) van die respondente, almal vroue, het gewonder of daar die nodige fasiliteite sou wees. Sewe (4%) van die vroue was op die platteland. Die behoefte was dus in die verhouding van 4 : 1 groter in die stad as op die platteland.

Altesaam 61 (31%) van die 192 respondente het 'n behoefte gehad aan een of meer items van die inligting in vraag 11, en relatief meer van die respondente in die stad wou die inligting hê. Die stad-platteland verhouding was 46 : 15, dus 3 : 1.

Sekere items van hierdie inligting is vervat in die brosjure wat in die Bethlehem-hospitaal aan nuwe pasiënte by opname gegee word. Daar is egter gevind dat respondente wat as noodgevalle opgeneem is, nie so 'n brosjure ontvang het nie.

TABEL 6 - 20

GETAL RESPONDENTE WAT INLIGTING OOR HOSPITAAL-
FASILITEITE WOU HÊ

HOSPITAAL= LIGGING	GEEN INLIGTING BENODIG		INLIGTING BENODIG OOR EEN ITEM		INLIGTING BENODIG OOR MEER AS EEN ITEM		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	79	41%	29	15%	17	9%	125	65%
Platteland	52	27%	11	6%	4	2%	67	35%
TOTAAL	131	68%	40	21%	21	11%	192	100%

TABEL 6 - 21

VRAAG 11: DIE SOORT INLIGTING WAT HULLE WOU HÊ
IN VOLGORDE VAN VOORKOMS

SOORT INLIGTING	STAD	PLATTELAND	TOTAAL
	Getal	Getal	Getal
Haarkapperdiens	25	7	32
Besoekers buitenstyd	18	1	19
Was van nagklere	15	3	18
Reëlings in verband met radio's en televisiestelle	13	5	18
Inkopies en boodskappe	7	2	9
Wat om saam te neem na hospitaal	3	2	5
Ander: Reëlings in verband met sieksertifikaat	1	0	1
ITEM TOTALE	82	20	102

In vraag 12 is die respondente gevra hoeveel van die inligting wat hulle volgens vraag 11 wou gehad het, aan hulle gegee is. Slegs 33 van die 52 het inligting gekry, drie van hulle alles, vyf het inligting oor die meeste items gekry waaroor hulle wou weet en 25 het inligting oor min (1) item gekry. Altesaam 68% van die respondente in die stad teenoor slegs 16% op die platteland het min of geen inligting gekry nie.

TABEL 6 - 22

VRAAG 12: HOEVEEL VAN DIE INLIGTING HET U GEKRY?BEREKEN VIR DIE 52 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	ALLES		MEESTE		MIN		NIKS		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	2	4%	0	0	21	40%	15	28%	38	72%
Platteland	1	2%	5	10%	4	8%	4	8%	14	28%
TOTAAL	3	6%	5	10%	25	48%	19	36%	52	100%

Diegene wat wel inligting gekry het, is gevra van wie hulle dit gekry het. Altesaam 22 van hulle (67%) het dit op eie inisiatief bekom, van wie slegs vier (8%) op die platteland was. Twee van die 33 het dit by die geneesheer se spreekkamer gekry (albei was in die stedelike hospitale). Verpleegkundiges het die nodige inligting spontaan gegee aan vyf respondente, van wie twee op die platteland was, en vier respondente het die inligting wat hulle wou hê, in 'n brosjure gelees wat met opname aan hulle gegee is by die Bethlehem-hospitaal.¹⁾

1. Een man in die stad het gesê dat hy voor opname die saal besoek het om vas te stel of daar 'n kragprop vir sy elektriese skeermes was.

TABEL 6 - 23

VRAAG 13: BY WIE HET U DIE INLIGTING GEKRY?

HOSPI= TAAL= LIGGING	SPREEK= KAMER		EIE INISIATIEF		VERPLEEG= STER SPON= TAAN		NIEMAND		BROSJURE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	2	1%	18	9%	3	2%	102	53%	0	0	125	65%
Platte= land	0	0	4	2%	2	1%	57	30%	4	2%	67	35%
TOTAAL	2	1%	22	11%	5	3%	159	83%	4	2%	192	100%

Vraag 14 handel oor oriëntering tot die saalomgewing en roetine. Altesaam 131 (69%) respondente het behoefte gehad aan inligting oor een of meer items op die lys, en 113 van hulle wou meer inligting oor meer items bekom. Die stad-platteland verhouding ten opsigte van hierdie syfer was meer as 3 : 1, naamlik 90 : 23. 'n Moontlike rede hiervoor mag die groot getal respondente in die Universitas - hospitaal (78) wees. Al was baie van hulle voorheen pasiënte in die hospitaal, was baie min, indien enige, voorheen in daardie spesifieke hospitaal, want dit was ten tye van die onderhoude, slegs 'n paar maande in gebruik. Hierdie vermoede word gestaaf as daar gekyk word na die items waaroor hulle oriëntering benodig het. Die stad-platteland verhouding van diegene wat oriëntering ten opsigte van die saalgeografie wou hê, was byna dieselfde, naamlik 91 : 26 (ongeveer 3 : 1).

Verdere getuienis ter staving van die stelling is die feit dat byna tweemaal soveel respondente op die platteland as in die stad geen oriëntering benodig het nie (sien tabel 6-25). Nog 'n

item waaroor 'n groot groep respondente, veral in die stad, oriëntering wou hê, was die klokkiestelsel, naamlik 111 van al die respondente. In hierdie geval was die stad-platteland verhouding 'n bietjie meer as 3 : 1, naamlik 85 : 26. In vergelyking met bogenoemde items, wou baie min respondente weet waarheen hulle naasbestaendes kon bel om boodskappe aan hulle te laat, en of hoe hulle telefoniese boodskappe aan hulle naasbestaendes kon laat stuur. Twaalf respondente wou hieroor inligting hê, en slegs nege wou weet hoe die saalroetine verloop, byvoorbeeld hoe laat etenstye is, en hoe laat hulle geneesheer rondtes doen.

TABEL 6 - 24

VRAAG 14: BEHOEFTE AAN ORIËNTERING TOT SAALOMGEWING EN ROETINE : ITEMS IN VOLGORDE VAN VOORKOMS

SOORT INLIGTING VERLANG	STAD		PLATTELAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Saalgeografie	91	37%	26	10%	117	47%
Werking van klokkiestelsel	85	34%	26	10%	111	44%
Telefoonboodskappe	5	2%	7	3%	12	5%
Saalroetine	3	1%	6	3%	9	4%
ITEM TOTALE	184	74%	65	26%	249	100%

TABEL 6 - 25

GETAL RESPONDENTE WAT ORIËNTERING BENODIG HET

HOSPITAAL= LIGGING	GEEN ORIËN= TERING BENODIG		EEN ITEM BENODIG		MEER AS EEN ITEM BENODIG		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	22	11%	13	7%	90	47%	125	65%
Platteland	39	20%	5	3%	23	12%	67	35%
TOTAAL	61	31%	18	10%	113	59%	192	100%

Dit is deel van die opnameroetine in alle Vrystaatse hospitale om nuwe pasiënte te oriënteer tot die saalomgewing en -roetine, mits hulle toestand dit toelaat. Dit behoort dus nie vir pasiënte nodig te wees om hierdie inligting te vra nie.

Op vraag 15, "Hoeveel van hierdie inligting is spontaan deur verpleegsters aan u gegee?", was die antwoorde soos volg: 95 (50%) het gesê: "Die meeste daarvan". Slegs ses (3%) van wie vyf op die platteland was, het gesê dat hulle volledig georiënteer was met opname. Nege-en-veertig (26%), van wie 12 (6%) op die platteland was, het gesê hulle het min van die verlangde inligting gekry en 42 (22%), van wie 18 (9%) op die platteland was, het geen oriëntering in hierdie verband gekry nie. Onder laasgenoemde groep was daar respondente wat met opname te siek was vir oriëntering en wat met verloop van tyd hulself georiënteer het. Die stad-platteland verskille vir vraag 15 was onbeduidend.

TABEL 6 - 26

VRAAG 15: HOEVEEL ORIËNTASIE IS SPONTAAN DEUR
VERPLEEGSTERS AAN U GEGEE?

HOSPITAAL= LIGGING	ALLES		MEESTE		MIN		NIKS		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	1	0,5%	63	33%	37	19%	24	13%	125	65%
Platteland	5	2,5%	32	17%	12	6%	18	9%	67	35%
TOTAAL	6	3%	95	50%	49	25%	42	22%	192	100%

Vrae 16 tot 18: Besoekure:

Die volgende drie vrae, 16 tot 18, het gehandel oor besoekure en was daarop gemik om vas te stel in watter mate respondente werklik tevrede was met die besoektye. Net minder as die helfte, naamlik 92 (48%) het gesê dat hulle tevrede was, van wie 32 (17%) op die platteland was. Met 'n verhouding van 3 : 1 was daar dus relatief minder pasiënte in die plattelandse hospitale wat tevrede was met die besoektye. Vyftig (26%), van wie 19 (10%) op die platteland was, het gevoel die besoektye is te min, terwyl slegs twee (1%) gevoel het dat hulle te veel was. Byna 'n kwart, naamlik 45 (23%) het gesê die besoektye is ongerieflik vir hulle familie en vriende en 30 (16%) van hulle was in die stedelike hospitale. Drie respondente, van wie een op die platteland was, het gesê hulle kry geen besoekers nie.

TABEL 6 - 27VRAAG 16: HOE VOEL U OOR DIE BESOEKURE?

HOSPI= TAAL= LIGGING	TEVREDE		TE MIN		TE VEEL		MOEILIK VIR BE= SOEKERS		KRY GEEN BESOE= KERS		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	60	31%	31	16%	2	1%	30	15,5%	2	1%	125	65%
Platte= land	32	17%	19	10%	0	0	15	8%	1	0,5%	67	35%
TOTAAL	92	48%	50	26%	2	1%	45	23,5%	3	1,5%	192	100%

Die gedagte aan oop besoekure (vraag 17) was vir baie respondente totaal vreemd en meer as die helfte van hulle, 103 (53%), van wie 35 (18%) in die plattelandse hospitale was, het gesê dat hulle nie daarvan sou hou nie. Die eerste reaksie van baie van hulle was dat dit die saalroetine te veel sou ontwrig en dat die verpleegkundiges gehinder sou word in hul werk. Sommiges het gesê dit sou beteken dat daar gedurig 'n klomp besoekers in die saal sou wees sodat die pasiënte geen rus sou kry nie. Een-en-vyftig (27%), van wie 21 (11%) op die platteland was, het gesê hulle sou daarvan hou as besoekers enige tyd kon inkom nadat die oggendroetines afgehandel is en 38 (20%), 11 (6%) van hulle in plattelandse hospitale, het gesê dit sal miskien goed wees mits daar toegesien word dat die situasie nie handuit ruk nie.

Diegene wat wel gedink het die saak het meriete, het 'n groter verskeidenheid redes vir hulle menings gegee, onder andere die volgende:

- * Dit sal gerieflik wees vir besoekers wat van ver kom;
- * 'n Man het gesê sy vrou bly ten duurste in 'n hotel in die stad en mag hom net 'n halfuur saans sien op sommige dae;
- * Sommige respondente het gesê hulle word oorval met besoekers in die besoektye en dan het hulle "niks van enigeen nie";
- * Een man het gesê hy en sy vrou kry nooit geleentheid om alleen te gesels nie, en
- * een het gesê dat hy na besoektye uitgeput is van die lawaai wat ander mense se besoekers maak.

TABEL 6 - 28

VRAAG 17: GEVOEL OOR OOP BESOEKTYE

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		MET VOOR= BEHOUD		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	30	16%	68	35%	27	14%	125	65%
Platteland	21	11%	35	18%	11	6%	67	35%
TOTAAL	51	27%	103	53%	38	20%	192	100%

Vraag 18 het gedien as 'n kruiskontrolle op vraag 16. Op vraag 18 het 79 (42%) van al die respondente gesê dat oop besoektye hulle besoekers beter sou pas as die huidige stelsel, terwyl slegs 45 (24%) gesê het dat die huidige besoektye moeilik is vir hulle besoekers.

TABEL 6 - 29

VRAAG 18: SOU OOP BESOEKTYE U NAASBESTAANDES BETER PAS?

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	51	27%	74	38%	125	65%
Platteland	28	15%	39	20%	67	35%
TOTAAL	79	42%	113	58%	192	100%

Die stad-platteland verskille ten opsigte van aldie vrae oor besoektye was onbeduidend.

Opsomming van Afdeling B

Omtrent 90% van al die respondente het gevoel dat hulle selfbeeld en identiteit gehandhaaf is deur die optrede van die verpleegpersoneel. Die stad-platteland verskille was nie statisties beduidend vir hierdie response nie.

Daar was wel beduidende verskille in die response op die vrae wat handel het oor tuisvoel in die hospitaal en kennis van die identiteit van die hoof suster. Respondente in die plattelandse hospitale het meer tuis gevoel en meer van hulle het geweet wie die hoof suster was, hoewel slegs 32% van al die respondente oor hierdie inligting beskik het.

Sewe persent van al die respondente kon glad nie 'n suster tussen die lede van die verpleegpersoneel uitken nie en slegs 38% het haar rol as leier van die span verstaan. Die stad-platteland verskille was in hierdie gevalle nie beduidend nie.

Van die 32% van al die respondente wat erken het dat hulleangs beleef het by die vooruitsig op hospitalisering, was 'n beduidend groter persentasie, naamlik 24%, in die stedelike hospitale.

'n Relatief groter getal respondente in die stedelike hospitale het inligting oor hospitaalfasiliteite benodig en relatief minder van hulle het die nodige inligting gekry. Wat betref die behoefte aan oriëntering tot die saalomgewing, is dieselfde tendens aangedui, hoewel daar geen beduidende verskil ten opsigte van voorsiening in die behoefte deur verpleegkundiges was nie.

Slegs 48% van al die respondente was tevrede met die besoektye, maar 53% was nie te vinde vir oop besoektye nie, en 58% het nie gedink dat oop besoektye hulle besoekers beter sou pas nie.

AFDELING C BASIESE FISIESE BEHOEFTE

C.1 Higiëne en gemak

Vraag 19 Van die 106 respondente wat tydens hul hospitalisasie vol wasse gehad het, was 68% heeltemal tevrede met die deeglikheid waarmee hulle gewas is. Die stad-platteland verskille vir die response op hierdie vraag was onbeduidend.

TABEL 6 - 30VRAAG 19: ERVARING VAN VOLWAS : BEREKENVIR 106 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	DOELTREF= FEND		ONDOEL= TREFFEND		KAN VERBETER		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	48	45%	2	2%	22	21%	72	68%
Platteland	24	23%	1	1%	9	8%	34	32%
TOTAAL	72	68%	3	3%	31	29%	106	100%

Vraag 20 Tagtig van al die respondente het gesê dat as hulle later in die dag wou opknop, was hulle in staat daartoe om op te staan en dit self te doen. Van die 112 wat nie kon opstaan nie, het 78 (70%) gesê dat hulle wel, of soms, later in die dag behoefte aan opknapping het. Ses-en-veertig (41%) van hierdie groep was in die stedelike hospitale. Die stad-platteland verskille vir die response op hierdie vraag is beduidend.

TABEL 6 - 31VRAAG 20: BEHOEFTE AAN OPKNAPPING LATER IN DIE DAGBEREKEN VIR 112 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	JA		SOMS		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	43	38%	3	3%	30	27%	76	68%
Platteland	30	27%	2	2%	4	3%	36	32%
TOTAAL	73	65%	5	5%	34	30%	112	100%

Vraag 21 Altesaam 112 (58%) van al die respondente het gesê hulle vra nooit later in die dag vir water of hulp om op te knap nie, dit wil sê 32 van hulle was onder diegene wat nie hulleself kon help nie. Hierdie respondente het gesê dat hulle sommer self hulle hande en gesigte met hulle klam waslap afvee. Ses-en-vyftig (50% van die 112 wat nie kon opstaan nie) het gesê dat hulle altyd gehelp word as hulle vra — sommige het gesê hulle kry dan 'n skottel water en andere het gesê hulle vra net dat die verpleegkundige hulle waslap moet natmaak. Slegs een respondent (op die platteland) het gesê dit word nie gedoen as sy vra nie en 23 (25%) het gesê hulle het nie die vrymoedigheid om te vra nie.

Respondente wat gevra is waarom hulle nie die vrymoedigheid het om te vra vir hulp met opknapping nie, het gewoonlik gesê hulle wil nie pla nie, "want die verpleegsters is so besig". Een vrou het gesê hulle is "dierbaar", maar sy was bang vir viktimisasie. Sy kon (of wou?) egter geen rede hiervoor gee nie. Oor die algemeen het die navorser die gevoel gekry dat die meeste respondente heeltemal tevrede was om hulle gesig en hande met 'n klam waslap af te vee en dat daar nie 'n groot behoefte aan skottels waswater later in die dag was nie. Die stad-platteland verskil vir die response op vraag 21 was statisties beduidend.

TABEL 6 - 32

VRAAG 21: WAT GEBEUR AS U VRA OM LATER IN DIE DAG OP
 TE KNAAP? : BEREKEN VIR DIE 112 RESPONDENTE OP WIE
 DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	HELP MY= SELF MET NAT WASLAP		WORD GEDOEN		WORD NIE GEDOEN NIE		GEEN VRY= MOEDIG= HEID OM TE VRA		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	29	26%	34	30%	0	0	14	13%	77	69%
Platteland	3	2%	22	20%	1	1%	9	8%	35	31%
TOTAAL	32	28%	56	50%	1	1%	23	21%	112	100%

Elf persent van die respondente wat hulle tande in die bed moes borsel, het gesê dat hulle nie genoeg geleentheid kry om dit te doen nie. Die stad-platteland verskil was onbeduidend.

TABEL 6 - 33

VRAAG 22: KRY U GENOEG GELEENTHEID OM TANDE TE BORSEL?
 BEREKEN VIR DIE 112 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	67	60%	8	7%	75	67%
Platteland	33	29%	4	4%	37	33%
TOTAAL	100	89%	12	11%	112	100%

Benewens die 106 respondente wat volledig deur verpleegkundiges gewas moes word, was daar 41 wat hulp nodig gehad het om te was. Ses van hulle was nie heeltemal tevrede met daardie hulp nie.

TABEL 6 - 34

VRAAG 23: KRY U ALTYD GENOEG HULP OM TE WAS?

BEREKEN VIR DIE 41 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	19	46%	1	3%	0	0%	2	5%	22	54%
Platteland	16	39%	0	0%	0	0%	3	7%	19	46%
TOTAAL	35	85%	1	3%	0	0%	5	12%	41	100%

Opsommend kan gesê word dat 'n groot persentasie van respondente selfversorgend was wat betref hulle persoonlike higiëne. Diegene wat wel hulp van een of ander aard nodig het, kry dit nie in alle gevalle nie. Dit is veral die geval waar respondente later in die dag graag wou opknep, omdat dit blykbaar nie in alle sale roetine is om na middagete skottels water uit te deel nie.

C2. Rus en Slaap

Negentig van die 192 respondente, dit wil sê 47%, het gesê dat hulle nie goed slaap nie. Drie-en-sestig persent van hulle was in die stedelike hospitale, en die verhouding 2 : 1 is dus gehandhaaf. Pyn en/of ongemak het 34 van die 90 (38%) wakker gehou. Altesaam 21% het nie geweet wat hulle wakker hou nie, geraas en/of ligte en "ander" (meesal kommer) het elk 17% uit die slaap gehou en 8% is deur verpleegroetines wakker gehou.

TABEL 6 - 35

VRAAG 24: WAT HOU U SNAGS UIT DIE SLAAP? :
 IN VOLGORDE VAN VOORKOMS : BEREKEN VIR DIE
90 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	STAD		PLATTELAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Pyn en/of ongemak	24	26%	10	11%	34	37%
Weet nie	13	14%	6	7%	19	21%
Geraas en/of ligte	8	9%	7	8%	15	17%
"Ander" (meesal bekommernis)	7	8%	8	9%	15	17%
Verpleegroetines	5	6%	2	2%	7	8%
TOTAAL	57	63%	33	37%	90	100%

Op vraag 25, "Wat doen die verpleegsters as u nie kan slaap nie?", het byna die helfte van die 90 respondente, naamlik 43 (48%) gesê dat hulle 'n medikasie toedien, 20 (22%) het gesê hulle doen niks, 15 (17%) het gesê dat hulle nie weet dat die respondent nie kan slaap nie, en 12 (13%) het gesê hulle pas verpleeg=aksies toe, byvoorbeeld gee 'n warm drankie, of maak die bed gemaklik.

TABEL 6 - 36

VRAAG 25: WAT DOEN DIE VERPLEEGSTERS AS U NIE KAN SLAAP NIE? : IN VOLGORDE VAN VOORKOMS : BEREKEN VIR DIE 90 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPASSING IS

HOSPITAAL= LIGGING	STAD		PLATTELAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Gee medikasies	31	34%	12	13%	43	48%
Doen niks	12	13%	8	9%	20	22%
Hulle weet dit nie	7	8%	8	9%	15	17%
Pas verpleegaksies toe	7	8%	5	6%	12	13%
TOTAAL	57	63%	33	37%	90	100%

In die stedelike hospitale is relatief meer medikasies toegedien, maar op die platteland was daar relatief meer verpleegkundiges wat niks gedoen het en wat nie geweet het dat die pasiënte wakker lê nie. Hierdie verskille was egter statisties nie-beduidend. Wat wel belangrik is, is dat 39% van die respondente wat nie kon slaap nie, wakker gelê het weens gebrek aan verpleegkundige tussentrede.

Die belewenisse van enkele respondente word hier weergegee om die aard van hulle probleme rondom slapeloosheid te illustreer.

- * Een man het gesê dat hy die nagverpleegkundiges versoek het om hulle radio in die dienskamer snags sagter te stel en om nie so hard te gesels nie, maar die versoek het op dowe ore geval en hy het nie die moed gehad om verdere stappe te neem nie. Hierdie man was ooglopend baie siek, met

'n langdurige piresie. Hy was prikkelbaar en het min weerstand teen frustrasie gehad en sy aanvoeling was dat sommige van die verpleegpersoneel agter sy rug vir hom gelag het. Die navorser het die indruk gekry dat die personeel geneig was om hom te vermy en die suster op diens het hom beskryf as "negatief ingestel".

- * 'n Ander respondent het gesê die nagpersoneel "flits in my oë en dan doen hulle niks as ek daarna wakker lê nie".
- * Een, wat wakker gelê het weens ruggyn, het gesê dat die nagpersoneel belowe het om vir haar 'n bedplank te bring, maar hulle het dit nooit gedoen nie, en sy het nie weer gevra nie, want sy "wou nie pla nie".
- * 'n Middeljarige dame het gesê dat sy 'n ligte slaper is en dat die gangligte en die geraas haar wakker hou. Op die vraag: "Het u dit al aan die nagpersoneel genoem?", was haar antwoord: "Ek weet mos nie wat is my regte nie. Kan ek dan soiets vir hulle sê?"
- * Diegene wat weens kommer wakker gelê het, het dit nie aan die nagpersoneel gemeld nie.

TABEL 6 - 37

VRAAG 26: VIND U BAAT BY HULLE OPTREDE?:

BEREKEN VIR DIE 55 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	33	60%	7	13%	40	73%
Platteland	11	20%	4	7%	15	27%
TOTAAL	44	80%	11	20%	55	100%

Op vraag 26, of hulle baat vind by die optrede van die verpleegkundiges, het 44 van die 55, wat verpleegkundige aandag gekry het, bevestigend geantwoord, dit wil sê 80%. Die stad-platteland verskille was nie beduidend nie.

Sommige van die respondente wat gesê het die verpleegkundiges het niks gedoen as hulle nie kon slaap nie, het gesê dat dit die geval was as hulle 'n slaappil gehad het wat nie die gewenste uitwerking gehad het nie. Ander het gesê dat hulle met groot moeite ná 'n slaappil aan die slaap raak en dan wakker gemaak word vir 'n verpleegroetine, soos byvoorbeeld 'n urinetoets. Hulle het die probleem nie met die nagsuster bespreek nie, maar vir die navorser gevra of daar nie 'n ander plan gemaak kan word nie.

Die feit dat pasiënte in hospitale om 05h00 of vroeër wakker gemaak word om die saalroetine afgehandel te kry, word as onwenslik, maar onvermydelik in die meeste hospitale beskou. Daarom duur die praktyk voort. Maar hoe voel die pasiënte daaroor? In hierdie ondersoek is daar tot die verbasing van die navorser gevind dat 'n groot meerderheid respondente glad nie omgee om so vroeg wakker gemaak te word nie. Die meeste van hulle het gesê dat hulle daaraan gewoond is om vroeg op te staan. Sommiges het gesê hulle hou daarvan om vars en netjies te wees wanneer die dag se bedrywighede begin en ander het gesê hulle slaap weer lekker nadat hulle gewas is, totdat die ontbyt kom. Altesaam 67 (35%) het gesê hulle sou verkies om later te slaap. Die stad-platteland verskille was statisties onbeduidend.

TABEL 6 - 38

VRAAG 27: SOU U VERKIES OM SOGGENS LATER TE SLAAP?

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	44	23%	81	42%	125	65%
Platteland	23	12%	44	23%	67	35%
TOTAAL	67	35%	125	65%	192	100%

Opsomming

Byna die helfte van die respondente het probleme met slaap ondervind en 39% van hulle het geen verpleegkundige hulp gekry vir die probleem nie.

Slegs 35% van al die respondente sou soggens graag 'n bietjie later wou geslaap het.

C.3 Voeding

Vraag 28 Slegs 44 (23%) van al die respondente het gesê dat hulle eetlus swak is. Die res het òf 'n redelike tot goeie eetlus gehad, òf hulle kon om een of ander rede glad nie eet nie. Van hierdie 44 respondente het 30 (68%) gesê die verpleegpersoneel weet dat hulle eetlus swak is; agt (19%) het nie geweet of hulle daarvan bewus is nie en ses (13%) het gesê die verpleegpersoneel weet dit nie – ses van die agt wat onseker was en vyf van die ses wat gesê het die verpleegpersoneel weet dit nie, was in die stedelike hospitale. Die stad-platteland getalleverhouding vir hierdie bepaalde statistiek was byna 3 : 1 (32 : 12). Die verhouding tussen diegene wat nie 'n duidelike

"ja" kon antwoord nie, was byna 4 : 1 (11 : 3). Alhoewel die getalle klein is, was die respondente in die plattelandse hospitale relatief meer bewus van die betrokkenheid van die verpleegpersoneel in hierdie opsig. Die verskille was statisties onbeduidend, maar dit mag te wyte wees aan die klein monster: Een vrou met diabetes het gesê sy ly honger, maar het gedink dat sy nie die "reg" het om haar behoefte aan suster te stel nie, "omdat sy van ver kom". 'n Ander 70-jarige vrou het uit ervaring geweet dat 'n kelkie wyn voor ete haar eetlus bevorder, maar dit het nooit by haar opgekom om dit aan suster te noem nie. Niemand het agter gekom dat sy baie min eet nie. Albei hierdie respondente was in 'n stedelike hospitaal.

Sommige respondente wie se eetlus swak was, het dit aanvaar as 'n tydelike verskynsel te wyte aan hulle siekte en het gevoel dat niks in elk geval daaraan gedoen kan word nie, of die verpleegpersoneel daarvan bewus was of nie.

TABEL 6 - 39

VRAAG 28: WEET DIE VERPLEEGPERSONEEL DAT U EETLUS SWAK IS?
BEREKEN VIR DIE 44 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOE-
PASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		EK WEET NIE		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	21	48%	6	14%	5	11%	32	73%
Platteland	9	20%	2	5%	1	2%	12	27%
TOTAAL	30	68%	8	19%	6	13%	44	100%

Op vraag 29 moes die respondente vertel wat die verpleegpersoneel doen omtrent hul swak eetlus. Van die 30 respondente wat gesê het dat die verpleegpersoneel weet dat hulle eetlus swak is, het slegs 12 (46%) gesê dat daar iets aan gedoen word. Die res het gesê daar word niks daaromtrent gedoen nie. Die stad-platteland verhouding van 2 : 1 word gehandhaaf, want agt uit die 12 respondente was in die stedelike hospitale.

Met vraag 30 is daar gepoog om vas te stel in watter mate die respondente voorligting kry in verband met hulle diëte. In hierdie geval was daar ook 44 respondente wat beperkinge op hulle dieët gehad het, maar die feit dat dit dieselfde getal as by die vorige vrae was, is toevallig, want daar was respondente wie se eetlus goed was, wat op spesiale diëte was. Nege-en-twintig van die 44 respondente, dit wil sê 66%, het hulle diëte verstaan, 11 (25%) was vaag daaroor (volgens die oordeel van die navorser) en vier (9%) het dit glad nie verstaan nie. Die stad-platteland getalleverhouding vir hierdie vraag was 24 : 20, dit wil sê byna 1 : 1. Daar was relatief meer op die platteland wat vaag was of wat glad nie verstaan het nie. Dit wil dus voorkom of voorligting ten opsigte van diëte meer aandag kry in die stedelike hospitale, alhoewel die verskille nie statisties beduidend was nie.

TABEL 6 - 40

VRAAG 30: BEGRIP VAN DIEET : BEREKEN VIR DIE 44 RESPON-
DENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	VERSTAAN		VAAG		WEET NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	19	43%	4	9%	1	2%	24	54%
Platteland	10	23%	7	16%	3	7%	20	46%
TOTAAL	29	66%	11	25%	4	9%	44	100%

In die volgende vraag, nommer 31, word gevra wie gee die voorligting oor diëte. Vyf van die 44 respondente het gesê dit is aan hulle verduidelik deur 'n verpleegkundige, en twee van hulle was in die stedelike hospitale. Van die tien wat deur 'n diëtkundige voorgelig was, was agt in die stedelike hospitale. Sewentien respondente, van wie 11 in die stad was, is deur "andere" ingelig (meesal 'n geneesheer) en 12 (27%), van wie vier in die stad was, het gesê niemand het hulle dieet aan hulle verduidelik nie. Volgens die gegewens van die vorige vraag was daar net vier altesaam wat geen begrip van hulle dieet gehad het nie. Die ander agt respondente was mense wat al jare lank op 'n dieet is, soos ou diabete, of wat self agtergekom het dat sekere kosse, byvoorbeeld gasvormende voedsel, ongemak meebring en sodoende 'n goeie of vae begrip van hulle dieet gehad het. Daar was geen statisties beduidende verskil tussen stad en platteland nie.

TABEL 6 - 41

VRAAG 31: WIE HET VOORLIGTING GEGEE OOR DIEET? :

BEREKEN VIR DIE 44 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN

TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	VERPLEEG= STER		DIEET= KUNDIGE		ANDER		NIEMAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	2	5%	8	18%	11	25%	4	9%	25	57%
Platteland	3	7%	2	4%	6	14%	8	18%	19	43%
TOTAAL	5	12%	10	22%	17	39%	12	27%	44	100%

Met vraag 32, "Pla dit u dat u nie presies weet wat u nie mag eet nie?", is daar gepoog om uit te vind of hierdie onsekerheid angs veroorsaak by respondente. Dertien van die 15 respondente wat volgens vraag 30 nie volkome begrip van hulle dieet gehad het nie, het dit nou erken. Die ander twee het nie besef dat hulle kennis en begrip vaag was nie. Van hierdie 13 respondente was net vyf in die stedelike hospitale. Net vier (31%) uit die 13 (twee in die stad) het gesê dat die gebrek aan begrip hulle pla. Die res het gesê dat hulle dit oorlaat aan die personeel in wie hulle volle vertrouwe het. Op hierdie stadium in die onderhoud was die respondente op hulle gemak en het hulle die indruk gegee dat hulle heeltemal eerlik en opreg antwoord. Nege persent van die 44 respondente wat op spesiale diëte was, het dus 'n mate van angs ervaar oor hulle gebrek aan begrip daaroor. Dit verteenwoordig 2% van die totale getal respondente.

Nog 'n aspek van voeding in 'n hospitaal wat tot spanning kan lei, is 'n gebrek aan hulp met etes vir diegene wat nie heeltemal onafhanklik kan eet nie. Met vraag 33 is hierdie aspek ondersoek. Vyf-en-veertig respondente van wie 27 (60%) in die stedelike hospitale was, het hulp nodig gehad om te eet. Twee-entertig (71%) van hulle, 18 (40%) in die stad, het gesê dat hulle altyd genoeg hulp kry tydens maaltye. Vier (9%), almal in die stad, het gesê hulle kry nie genoeg hulp nie, en die res het meesal en soms genoeg hulp gekry.

TABEL 6 - 42

VRAAG 33: KRY U GENOEG HULP OM TE EET? : BEREKEN VIR
DIE 45 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPAS-
SING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	18	40%	3	7%	2	4,5%	4	9%	27	60,5%
Platteland	14	31%	2	4%	2	4,5%	0	0	18	29,5%
TOTAAL	32	71%	5	11%	4	9%	4	9%	45	100%

Opsomming

Altesaam 68% van diegene met 'n swak eetlus kon sê dat die verpleegpersoneel bewus was daarvan en slegs 40% van hierdie groep het ervaar dat daar iets deur die verpleegpersoneel aan die saak gedoen word. Ses-en-sestig persent van die respondente wat op spesiale diëte was, het 'n goeie begrip van hul diëte gehad

en 27% van hulle het gesê niemand het hulle dieet aan hulle verduidelik nie. Slegs 31% van diegene wat hulle gebrek aan begrip van hul dieet beseft het, sou graag die dieet beter wou verstaan, maar hierdie 31% was maar 9% van almal wat op 'n dieet was, en 2% van al die respondente. Een-en-sewentig persent van die respondente wat hulp nodig gehad het met maaltye, was tevrede met die hoeveelheid en kwaliteit van hulp wat hulle gekry het en 9% het gesê hulle kry geen hulp nie.

C.4 Uitskeiding

Vrae 34 en 35

Altesaam 106 (55%) van die respondente moes die ondersteek of urinaal gebruik, en die stad-platteland verhouding was 2 : 1, naamlik 70 (36%) in die stad en 36 (19%) op die platteland. Hierdie verhouding is gehandhaaf ten opsigte van die getal respondente wat gesê het dat hulle nooit hoef te wag as hulle dit vra nie, naamlik 56 : 28. Daar was egter vier minder respondente in die stad wat gesê het dat dit weer dadelik weggeneem word as hulle klaar is daarmee. Slegs een respondent (in die stad) het gesê dat sy altyd moes wag voordat die ondersteek gebring word. Die res, 13 en 14 onderskeidelik, het gesê dit word meesal of soms gou genoeg gebring en weggeneem.

TABEL 6 - 43

VRAAG 34: WORD DIE ONDERSTEEK/URINAAL GOU GENOEG GEBRING
 AS U DIT VRA? : BEREKEN VIR DIE 106 RESPONDENTE OP WIE
 DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	56	53%	8	7%	5	5%	1	1%	70	66%
Platteland	28	26%	5	5%	3	3%	0	0	36	34%
TOTAAL	84	79%	13	12%	8	8%	1	1%	106	100%

TABEL 6 - 44

VRAAG 35: WORD DIT GOU GENOEG NA GEBRUIK VERWYDER?
 BEREKEN SOOS VIR VRAAG 34

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	52	49%	2	2%	12	11%	4	4%	70	66%
Platteland	28	26%	4	4%	4	4%	0	0	36	34%
TOTAAL	80	75%	6	6%	16	15%	4	4%	106	100%

Indien die totale van die response op albei vrae saamgestel word en die response "meesal" en "soms" saamgevoeg word onder die respons "nie altyd nie", is die bevinding soos volg: 77% van die 106 respondente het geen klagtes oor die flinkheid waarmee ondersteke/urinale toegedien en verwyder is, gehad nie; 21% het gesê dat dit nie altyd na wense geskied het nie; en 2% het gesê dat hulle altyd ongerieflik lank moes wag. Die stad-platteland verskille was statisties onbeduidend.

TABEL 6 - 45

VRAE 34 EN 35: WORD DIE ONDERSTEEK/URINAAL GOU GENOEG
GEBRING EN VERWYDER? : BEREKEN SOOS VIR VRAAG 34 :

TOTALE VAN VRAE 34 EN 35

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NIE ALTYD NIE		NEE		TOTAAL		
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	Gemid= deld	%
Stad	108	51%	27	13%	5	2%	140	70	66%
Platteland	56	26%	16	8%	0	0	72	36	34%
TOTAAL	164	77%	43	21%	5	2%	212	106	100%

Vrae 36 en 37 het gehandel oor pasiënte se begrip van die veilige hantering van 'n inblywende kateter en met vraag 38 is gepoog om vas te stel hoeveel respondente volgens hulle eie oordeel, om die kateter skoon gehou is.

Volgens die gegewens van vraag 36 was daar 30 respondente met inblywende kateters, van wie twee (7%) gesê het dat hulle nie skoon genoeg gehou word nie. Sewe-en-twintig van die 30 respondente was in staat om met kateters en al op te staan of in die bed om te draai, en slegs vier (15%) van hulle het verstaan hoe om die kateter veilig te hanteer as hulle van posisie verander. Slegs sewe (26%) van die 27 het gesê dat hulle enige voorligting in hierdie verband ontvang het. Drie (11%) het nie die voorligting verstaan nie. In twee gevalle is die voorligting deur 'n verpleegkundige gegee en in die ander vyf gevalle deur iemand anders - 'n geneesheer of 'n ander pasiënt.

TABEL 6 - 46

VRAAG 36: BEGRIP VAN VEILIGE HANTERING VAN KATETER

BEREKEN VIR 27 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	VERSTAAN		VERSTAAN NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	3	11%	19	70%	22	81%
Platteland	1	4%	4	15%	5	19%
TOTAAL	4	15%	23	85%	27	100%

TABEL 6 - 47

VRAAG 37: WIE HET DIT AAN U VERDUIDELIK?

BEREKEN VIR 27 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	VERPLEEG= KUNDIGE		ANDER		NIEMAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	2	7%	3	11%	17	63%	22	81%
Platteland	0	0	2	8%	3	11%	5	19%
TOTAAL	2	7%	5	19%	20	74%	27	100%

Heelwat meer respondente het begrip gehad van die belangrikheid van rekordhouding van hul inname en uitskeiding. Van die 48 respondente van wie vogbalansrekords gehou is, het 30 (62%) verstaan hoe om die rekord te help hou, vyf (10%) het 'n vae idee gehad en die res het geen begrip daarvan gehad nie. Sommiges was nie bewus van die feit dat so 'n rekord van hulle gehou word nie.

TABEL 6 - 48

VRAAG 39: BEGRIP VAN VOGBALANSREKORD

BEREKEN VIR DIE 48 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	GOED		VAAG		GEEN BEGRIP		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	23	48%	4	8%	6	13%	33	69%
Platteland	7	15%	1	2%	7	14%	15	31%
TOTAAL	30	63%	5	10%	13	27%	48	100%

Die stad-platteland verskille was statisties beduidend vir vrae 37 en 39. Wat betref vraag 39 was die respondente in die stedelike hospitale beter ingelig omtrent die hou van vogbalansrekords.

Ten opsigte van hardlywigheid is getrag om met vrae 40 en 41 vas te stel in watter mate die verpleegpersoneel bewus was van dié feit by die respondente, en wat hulle daaromtrent gedoen het, dit wil sê of hulle basiese verpleegkundige maatreëls waar moontlik toegepas het voordat hulle hul toevlug tot lakseermiddels geneem het. Van die 69 respondente wat gesê het dat hulle hardlywig was, het 59 (85%) gesê dat die verpleegpersoneel bewus was van die feit. Van hierdie 59 respondente het 43 (73%) gesê dat hulle lakseermiddels kry, sewe (12%) het gesê dat verpleegaksies toegepas word, byvoorbeeld 'n groter ruveselinhoud in die dieet, en nege (15%) het gesê niks word daaromtrent gedoen nie.

Een respondent het gesê dat sy tuis gereeld gestoofde vrugte en growwe graankosse eet, maar in die hospitaal kry sy lakseer=

middels en klismas. Sy vra nie om die nodige kos nie omdat sy nie wil "pla" nie.

Opsomming

In hierdie afdeling is vrae gestel oor 'n paar eenvoudige, basiese verpleegkundige aksies in die vorm van fisiese hulp en voorligting ten opsigte van die respondente se uitskeidings. Altesaam 77% van diegene wat vir 'n ondersteek of urinaal afhanklik was van die verpleegpersoneel, het gevoel dat daar voldoen is aan hul behoefte. Drie-en-negentig persent van diegene met inblywende kateters was tevrede met die graad van sindelikheid wat rondom hul kateters gehandhaaf is. Wat betref voorligting oor die veilige hantering van die kateter, was die situasie minder gunstig. Slegs 15% van diegene wat self van posisie kon verander, het verstaan hoe om die kateter te hanteer terwyl hulle opstaan of in die bed omdraai, en die toepaslike voorligting daarvoor is slegs aan 7% van die respondente wat dit benodig het, deur verpleegkundiges gegee. Hierteenoor het 62% van die respondente vir wie voglobansrekords gehou is, verstaan hoe om die verpleegkundiges te help om die rekords akkuraat te hou. Vyftien persent van die respondente wat gesê het dat hulle hardlywig is, het ook gesê dat die verpleegpersoneel nie bewus was daarvan nie, en in slegs 12% van gevalle het die verpleegpersoneel eenvoudige verpleegaksies toegepas om die toestand te verlig voordat daar oorgegaan is tot die toediening van lakseermiddels. In 15% van dié gevalle is geen aksie hoegenaamd geneem nie.

C.5 Pyn

Die oogmerk met vrae 42 tot 45 was om 'n indikasie te kry van die gehalte van basiese verpleegkundige tussentrede teenoor die respondent met pyn. Dit sluit in fisiese maatreëls, sowel as empatiese aanvoeling.

Van die 118 respondente wat pynstillers ontvang het, het 98 (83%) gesê dat hulle nooit onnodig lank moes wag as hulle daarvoor gevra het nie. Twee (2%) het gesê dat hulle altyd te lank moes wag en vir die res van hierdie groep respondente is die pynstiller "meesal" of "soms" sonder versuim gebring.

TABEL 6 - 49

VRAAG 42: WORD DIE PYNSTILLER GOU GENOEG GEBRING AS U DIT VRA? : BEREKENINGE GEDOEN VIR DIE 118 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	60	51%	12	10%	3	2%	1	1%	76	64%
Platteland	38	32%	3	3%	0	0	1	1%	42	36%
TOTAAL	98	83%	15	13%	3	2%	2	2%	118	100%

In vraag 43 wou die navorser uitvind of die verpleegpersoneel enige basiese verpleegkundige maatreëls vir die verligting van pyn toepas, soos byvoorbeeld gemakmaatreëls, posisionering, hitte aanwending. Vir slegs 40 van die 118 respondente was sulke maatreëls toepaslik. Die res was gevalle, soos byvoorbeeld onmiddellike na-operatiewe pyn, waar die vroegtydige toediening

van 'n pynstiller die aangewese maatreël was. In 26 (50%) van die 40 gevalle is basiese verpleegkundige maatreëls toegepas en in 18 (45%) van die gevalle het die maatreëls die pyn heeltemal verlig. (Vraag 44). In die ander agt gevalle het dit 'n mate van verligting gebring.

Die stad-platteland verhouding van 2 : 1 is nie in vrae 43 en 44 gehandhaaf nie. Daar was meer pasiënte in plattelandse hospitale op wie verpleegkundige pynverligtingsmaatreëls van toepassing was, en hierdie omgekeerde verhouding het ook gegeld vir die response. Die verskille was statisties onbeduidend.

TABEL 6 - 50

VRAAG 43: ANDER VERPLEEGAKSIES VIR PYNVERLIGTING : BEREKEN
VIR DIE 40 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	11	27%	6	15%	17	42%
Platteland	15	38%	8	20%	23	58%
TOTAAL	26	65%	14	35%	40	100%

TABEL 6 - 51

VRAAG 44: HELP DIE AKSIES? : BEREKEN VIR DIE 26 RESPON-
DENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		TOT 'N MATE		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	8	31%	3	12%	0	0	11	43%
Platteland	10	38%	5	19%	0	0	15	57%
TOTAAL	18	69%	8	31%	0	0	26	100%

Op vraag 45, of hulle ooit die gevoel gekry het dat die verpleeg-
personeel nie regtig beseft hoe erg hul pyn is nie, het slegs vier
(3%) van die 118 respondente wat pyn gehad het, gesê "ja" of
"meesal". Altesaam 77 (65%) het gesê "nooit" en 37 (31%) het
gesê "soms". Die stad-platteland verhouding van 2 : 1 is redelik
gehandhaaf ten opsigte van die response op hierdie vraag, en die
verskille was nie beduidend nie

TABEL 6 - 52

VRAAG 45: VOEL U OOIT DAT VERPLEEGPERSONEEL NIE BESEF HOE
ERG U PYN IS NIE? : BEREKEN VIR DIE 118 RESPONDENTE OP
WIE DIE VRAAG VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NOOIT		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	1	1%	2	1%	26	22%	48	41%	77	65%
Platteland	0	0	1	1%	11	9%	29	25%	41	35%
TOTAAL	1	1%	3	2%	37	31%	77	66%	118	100%

Opsomming

Dit blyk uit hierdie gegewens dat baie min respondente (1%) uitgesproke ongevoeligheid van verpleegkundiges ten opsigte van hulle pyn ervaar het, en hierdie syfer stem ooreen met die response op vraag 42, waar slegs 2% gesê het dat hulle altyd lank moes wag vir 'n pynstiller. Die verpleegpersoneel het egter min verbeelding aan die dag gelê wat betref ander metodes, behalwe pynstillers, om pyn te verlig. In die paar gevalle waar sulke metodes aangewend is, het dit altyd verligting gebring, al was dit nie altyd volkome verligting nie.

AFDELING D TEGNIESE VERSORGINGD.1 Wondsorg

Vraag 46 Min pasiënte kan 'n wetenskaplike oordeel oor die kwaliteit van wondversorging vel, maar hulle kan tog sien of 'n verpleegkundige slordig werk, en hulle kan voel of sy versigtig werk, en of hulle gemaklik voel na die prosedure. Vraag 46 was bedoel om hulle tevredenheid met hierdie aspekte van die versorging van hul wonde vas te stel.

Omdat wondversorging 'n taak is waarvoor 'n pasiënt totaal afhanklik van die verpleegkundige is, dui tevredenheid met die versorging op vertroue in die verpleegkundige, en vertroue verhoog sy gevoel van veiligheid en dra by tot die verligting van angs.

Vier-en-sewentig respondente het wonde gehad, en 64 van hulle, dit wil sê 87%, was heeltemal tevrede met die versorging daarvan, ses (8%) was meeste van die tyd daarmee tevrede, drie (4%) was soms tevrede en een (1%) was glad nie tevrede nie. Geen beduidende verskille het voorgekom tussen stad en platteland nie.

TABEL 6 - 53

VRAAG 46: TEVREDENHEID MET VERSORGING VAN WOND : BEREKEN
VIR DIE 74 RESPONDENTE WAT WONDE GEHAD HET

HOSPITAAL= LIGGING	JA		MEESAL		SOMS		NOOIT		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	46	62%	3	4%	3	4%	0	0	52	70%
Platteland	18	25%	3	4%	0	0	1	1%	22	30%
TOTAAL	64	87%	6	8%	3	4%	1	1%	74	100%

D.2 Medikasies

Vrae 47 tot 49 was daarop gemik om vas te stel in watter mate die respondente inligting en voorligting gekry het aangaande die geneesmiddels wat hulle moes neem, en of hulle sulke voorligting verstaan het. Die navorser wou ook uitvind of onkunde in dié opsig angs by respondente veroorsaak het.

Altesaam 153 van die 192 respondente het medikasies gekry, en 69 (44%) van hulle het geweet watter middels hulle moes kry, waarvoor hulle dit moes kry en wanneer hulle dit moes kry. Agt-en-veertig (32%) se kennis in dié opsig was onvolledig en 36 (24%) het geen idee gehad nie.

TABEL 6 - 54VRAAG 47: KENNIS EN BEGRIP VAN GENEESMIDDELS : BEREKENVIR DIE 153 RESPONDENTE WAT MEDIKASIES GEKRY HET

HOSPITAAL= LIGGING	JA		KENNIS ON= VOLLEDIG		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	47	30%	30	20%	21	14%	98	64%
Platteland	22	14%	18	12%	15	10%	55	36%
TOTAAL	69	44%	48	32%	36	24%	153	100%

In vraag 48 is die respondente gevra wie hulle medikasies aan hulle verduidelik het. In slegs 12 (8%) van die gevalle is dit deur 'n verpleegkundige gedoen. In 58 (38%) van die gevalle is dit deur iemand anders gedoen (gewoonlik 'n geneesheer). Ses-en-dertig (23%) respondente het hulle eie inisiatief gebruik om uit te vind, en in 47 (31%) van die gevalle het hulle geen inligting omtrent hul medikasies gekry nie.

TABEL 6 - 55VRAAG 48: WIE HET MEDIKASIES VERDUIDELIK? : BEREKEN VIRDIE 153 RESPONDENTE WAT MEDIKASIES GEKRY HET

HOSPITAAL= LIGGING	VERPLEEG= KUNDIGE		ANDER		EIE INI= SIATIEF		NIEMAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	8	5%	35	23%	28	18%	27	18%	98	64%
Platteland	4	3%	23	15%	8	5%	20	13%	55	36%
TOTAAL	12	8%	58	38%	36	23%	47	31%	153	100%

Vraag 49, "Pla dit u dat u nie weet nie?", is gestel aan die 84 respondente wie se kennis onvolledig was of wat geen idee van hulle medikasies gehad het nie. Drie-en-vyftig (63%) het gesê dat dit hulle nie pla nie, en baie het bygevoeg dat die personeel "mos weet wat hulle doen". Die res van hierdie groep respondente sou graag meer wou geweet het omtrent die medikasies wat hulle moes neem, maar dit het ðf nooit by hulle opgekom om vir die suster te vra nie, ðf hulle het haar verduideliking nie verstaan nie.

TABEL 6 - 56

VRAAG 49: ANGS OOR GEBREK AAN BEGRIP VAN MEDIKASIES :
BEREKEN VIR DIE 84 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG
VAN TOEPASSING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	20	24%	33	39%	53	63%
Platteland	11	13%	20	24%	31	37%
TOTAAL	31	37%	53	63%	84	100%

Dit kan aanvaar word dat 'n pasiënt angstig sal wees as hy besef dat 'n verkeerde middel aan hom toegedien is, of as hy besef dat 'n verpleegkundige 'n fout gaan maak met 'n toediening. Met vraag 50 wou die navorser vasstel of die verpleegkundige in sulke gevalle die respondent se vertrouwe weer kon wen na so 'n insident en sodoende sy angs verlig. Elf (7%) van die respondente wat medikasies gekry het, het sulke insidente ervaar, en net een van hulle het gesê dat hulle daarna nog bang was vir herhalings van so 'n fout.

Opsomming

Die verpleegkundiges het, volgens die waarneming van die respondente, min foute gemaak met die toediening van medikasies, en waar hulle getwyfel het, of waar die respondent twyfel uitgespreek het, het hulle dadelik ondersoek ingestel en in die meeste gevalle die fout voorkom. Die tegniese aspek van toediening is dus met 'n redelike mate van akkuraatheid uitgevoer, maar volgens die gegewens is dit duidelik dat min verpleegkundiges hulle funksie as voorligter uitgevoer het en dat min van hulle bewus was van die feit dat hulle pasiënte 'n behoefte gehad het aan inligting oor en begrip van hulle medikasies.

AFDELING E PSIGIESE BEHOEFTESE.1 Privaatheid en tydverdryf

Vraag 51, "Pla die gebrek aan privaatheid in die hospitaal vir u?" is gekwalifiseer om uit te vind of die respondente ervaar het dat die verpleegkundiges hulle privaatheid gerespekteer het. Byvoorbeeld, respondente in enkelkamers is gevra of dit hulle pla dat mense kan inkom sonder om te klop. Die meeste van hierdie respondente het gesê dat dit selde of ooit gebeur as die deur toe is. Die grootste sondebokke in dié opsig was die bediendes. Respondente wat kamers gedeel het, het in die meeste gevalle gesê dat daar moeite gedoen word om hulle privaatheid te handhaaf wanneer dit nodig is, byvoorbeeld gordyne word deeglik toegetrek en persoonlike sake word op gedempte toon bespreek.

Twintig (11%) van al die respondente het gesê dat hulle inbreuk op hulle privaatheid ervaar wat vir hulle pla, 20 (10%) het geen

gebrek aan privaatheid ervaar nie, en 152 (79%) het gesê dat die inbreuke wat wel plaasvind, onvermydelik in 'n hospitaal is, en dit pla hulle nie. Relatief meer respondente op die platteland het geen gebrek aan privaatheid ervaar nie en die verskille vir hierdie vraag was statisties beduidend.

TABEL 6 - 57

VRAAG 51: PLA DIE GEBREK AAN PRIVAATHEID VIR U?

HOSPITAAL= LIGGING	JA		ERVAAR GEEN GEBREK		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	11	6%	6	3%	108	56%	125	65%
Platteland	9	5%	14	7%	44	23%	67	35%
TOTAAL	20	11%	20	10%	152	79%	192	100%

Vraag 52 oor tydverdryf in die hospitaal is gestel om uit te vind of die behoefte daaraan groot genoeg is om die daadwerlike aandag van verpleegkundiges te verg. Vier-en-sewentig (39%) van al die respondente het gesê dat hulle graag sou wou deelneem aan speletjies, of handwerk om die tyd om te kry. Van diegene wat geen behoefte daaraan gehad het nie, was sommige te siek, sommige was heeltemal gelukkig met hulle radio, televisie, boeke en tydskrifte, kuier by mede-pasiënte, en die vroue met hulle handwerk. Een jong man met 'n ortopediese toestand het die navorser gevra of reëlings getref kon word om 'n oggendkoerant by hom te laat aflewer. Dit het nooit by hom opgekom om dit vir die suster te vra nie.

Die respondente wat veral 'n behoefte aan tydverdryf uitgespreek het, was mans met ortopediese toestande, persone wat van ver af

gekom het en dus min besoekers gekry het, en respondente met oogtoestande wat wel ambulantly was, maar nie hul oë kon gebruik nie.

TABEL 6 - 58

VRAAG 52: BEHOEFTE AAN TYDVERDRYF

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	45	24%	80	41%	125	65%
Platteland	29	15%	38	20%	67	35%
TOTAAL	74	39%	118	61%	192	100%

Opsomming

Volgens die response op vraag 51 was daar min onbedagsaamheid van die verpleegpersoneel teenoor respondente ten opsigte van hul reg op privaatheid. Altesaam 39% van die respondente het 'n behoefte gehad aan tydverdryf. Daar was geen beduidende verskille tussen stad en platteland nie.

E.2 Voorligting, Inligting, Emosionele Ondersteuning

In hierdie afdeling is met die eerste twee vrae (53 en 54) beoog om vas te stel met watter mate van angs diagnostiese en terapeutiese prosedures deur die respondente ervaar is, en die daaropvolgende drie vrae was bedoel om te bepaal hoe die verpleegpersoneel deur middel van voorligting en inligting, die respondent tot begrip en insig gelei het oor die prosedures. Die uitgangspunt was dat insig en begrip angs sou verlig, omdat 'n groot deel van 'n mens se vrees in sulke situasies, die vrees vir die

onbekende is. Van die 166 respondente wat sulke prosedures deurgemaak het, het 64 (38%) gesê dat dit nie onaangenaam of pynlik was nie, byvoorbeeld sekere X-straalondersoeke. Een (1%) het gesê dat die prosedure 'n verleentheid was, een dat dit ook ongemaklik en pynlik was, en 100 (60%) het gesê dat dit ongemaklik of pynlik was.

TABEL 6 - 59

VRAAG 53: ERVARING VAN TOETS/BEHANDELING : BEREKEN VIR DIE
166 RESPONDENTE WAT SULKE PROSEDURES ERVAAR HET

HOSPITAAL= LIGGING	NIE ON= AANGENAAM		ONGEMAKLIK/ PYNLIK		'N VER= LEENTHEID		ONGEMAKLIK, PYNLIK EN 'N VER= LEENTHEID		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	40	24%	72	43%	0	0	1	1%	113	68%
Platteland	24	14%	28	17%	1	1%	0	0	53	32%
TOTAAL	64	38%	100	60%	1	1%	1	1%	166	100%

Op vraag 54, of hulle vooraf angstig was oor die prosedure, het die respondente hulle graad van angs self beskryf. Ses-en-twintig (16%) het gesê dat hulle baie angstig was. 40 (24%) se angs was matig. Hulle het dit beskryf as "taamlik", of "ek was nogal bang". Sestien (9%) het min, en 84 (51%) het geen angs beleef nie. Die groot getal wat gesê het dat hulle glad nie angstig was op die vooruitsig van die ondersoek of behandeling nie, kan gedeeltelik toegeskryf word aan die feit dat baie respondente deur vorige ervaring geweet het dat dit nie onaangenaam sou wees nie. Baie van hulle het byvoorbeeld al voorheen X-straal=ondersoeke en bloedtoetse gehad, of dit was 'n soort behandeling

wat hulle aanvaar het nie onaangenaam sou wees nie, byvoorbeeld oefeninge in die fisioterapie afdeling.

TABEL 6 - 60

VRAAG 54: WAS U VOORAF ANGSTIG OOR DIE PROSEDURE? :

BEREKEN VIR DIE 166 RESPONDENTE SOOS IN VRAAG 53

HOSPITAAL= LIGGING	BAIE		MATIG		MIN		GLAD NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	17	10%	30	18%	12	7%	54	33%	113	68%
Platteland	9	6%	10	6%	4	2%	30	18%	53	32%
TOTAAL	26	16%	40	24%	16	9%	84	51%	166	100%

Omdat mense verskil in hul benadering tot angswekkende ervarings, is die respondente in vraag 55 gevra hoe hulle nā die belewenis voel oor die wenslikheid, al dan nie, om vooraf deeglik ingelig te word oor wat voorlê. Altesaam 65 (39%) van die 166 het gesê dat dit geen verskil aan hulle belewenis sou maak het nie. Byna dieselfde getal, 64 (39%) was bly dat hulle geweet het wat om te verwag; 22 (13%) het gewens dat iemand vooraf aan hulle verduidelikheid het wat om te verwag; 14 (8%) was bly dat hulle nie geweet het wat lê vir hulle voor nie en een het gesê dat hy wens dat hy liewer nie geweet het nie!

TABEL 6 - 61

VRAAG 55: MOET MENS VOORAF WEET WAT OM TE VERWAG? :

BEREKEN VIR 166 RESPONDENTE : RESPONSE IN VOLGORDE VAN

VOORKOMS

HOSPI= TAAL LIGGING	Om't ewe		Ek is bly ek het		Ek wens ek het		Ek is bly ek het nie		Ek wens ek het nie		Totaal	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	41	25%	43	26%	17	10%	11	6%	1	1%	113	68%
Platte= land	24	14%	21	13%	5	3%	3	2%	0	0	53	32%
TOTAAL	65	39%	64	39%	22	13%	14	8%	1	1%	166	100%

Van die 65 respondente wat gesê het dat dit geen verskil sou gemaak het as hulle vooraf geweet het wat om te verwag nie, het 48 (74%) verklaar dat hulle geen angs gehad het op die vooruitsig van die prosedure nie. Net meer as die helfte, naamlik 37 (57%) het gesê dat die prosedure in elk geval nie onaangenaam was nie, en hierdie groep het dus 'n realistiese verwagting gehad, moontlik weens die aard van die prosedure. Die ander 28 respondente het die prosedure as pynlik of ongemaklik ervaar. Hierdie groep het nie gevoel dat die verligting van hul onsekerheid oor wat om te verwag, enige verskil sou gemaak het aan die fisiese ervaring van die prosedure nie, en hulle het die onsekerheid self nie as van groot belang beskou nie.

Op vraag 56 het 93 (56%) van die respondente verklaar dat niemand die prosedure vooraf aan hulle verduidelik het nie, en slegs 10 (6%) het gesê dat dit deur 'n verpleegkundige aan hulle verduidelik is. Ander lede van die gesondheidspan (meesal genees=

here) het dit aan 35 (21%) verduidelik, leke ('n ander pasiënt of vriend wat dit self al erbaar het) was verantwoordelik vir die inligting in 17 (10%) gevalle, en die res, 11 (7%) het dit self al voorheen ondergaan.

TABEL 6 - 62

VRAAG 56: WIE HET AAN U VERDUIDELIK WAT OM TE VERWAG? :
BEREKEN VIR DIE 166 RESPONDENTE OP WIE DIT VAN TOEPASSING
WAS

HOSPI= TAAL= LIGGING	VERPLEEG= KUNDIGE		ANDER SPANLID		LEEK		NIEMAND		HET VORIGE ERVARING		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	1	1%	32	19%	10	6%	63	38%	7	4%	113	68%
Platte= land	9	5%	3	2%	7	4%	30	18%	4	3%	53	32%
TOTAAL	10	6%	35	21%	17	10%	93	56%	11	7%	166	100%

Van die 10 verpleegkundiges wat hierdie inligting verskaf het, was net een in die stad, terwyl 32 van die 35 "ander spanlede" wat die respondente ingelig het oor wat om te verwag, in die stad was. In die gevalle waar niemand die inligting gegee het nie, bly die verhouding in ooreenstemming met die getalle respondente in die stad en op die platteland.

Soos reeds voorheen gekonstateer, is verduidelikings en begrip nie noodwendig sinoniem nie, en dit blyk duidelik uit die response op vraag 57, waarin respondente gevra is om aan die onderhoud=voerder te verduidelik waarom die prosedure op hulle uitgevoer is. Altesaam 117 (70%) het verstaan waarom, 34 (21%) was vaag, en 15 (9%) het glad nie verstaan nie.

TABEL 6 - 63VRAAG 57: BEGRYP REDE VIR PROSEDURE : BEREKEN VIR 166BETROKKE RESPONDENTE

HOSPITAAL= LIGGING	VERSTAAN		VAAG		VERSTAAN NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	83	50%	21	13%	9	5%	113	68%
Platteland	34	20%	13	8%	6	4%	53	32%
TOTAAL	117	70%	34	21%	15	9%	166	100%

In vraag 58 wou die navorser weet wie het die rede vir die prose-
dure aan die respondente verduidelik. In slegs drie (2%) van
gevalle, almal op die platteland, was dit 'n verpleegkundige.
In 134 (80%) van die gevalle was dit 'n ander spanlid en 29 (18%)
respondente het gesê dat niemand so 'n verduideliking aan hulle
gegee het nie.

TABEL 6 - 64VRAAG 58: WIE HET DIE REDE VERDUIDELIK?

HOSPITAAL= LIGGING	VERPLEEG= KUNDIGE		ANDER SPANLID		NIEMAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	0	0	97	58%	16	10%	113	68%
Platteland	3	2%	37	22%	13	8%	53	32%
TOTAAL	3	2%	134	80%	29	18%	166	100%

Die vrae wat tot dusver in hierdie afdeling bespreek is, toon aan dat verpleegkundiges nie daarop ingestel is om aan pasiënte te verduidelik wat met hulle gaan gebeur nie en hoekom dit gaan gebeur nie. Die stad-platteland verskille was statisties onbeduidend vir al ses die vrae.

Met die laaste groepie vrae wou die navorser vasstel in watter mate respondente ervaar het dat verpleegkundiges aan hulle emosionele ondersteuning gebied het as hulle dit nodig gehad het. Net minder as die helfte van al die respondente, 92 (48%), het op vraag 59 geantwoord dat hulle wel 'n ontstellende ervaring in die hospitaal gehad het. Hiervan het 42 (46%) gesê dat hulle dit met 'n suster bespreek het.

TABEL 6 - 65

VRAAG 59: BESPREEK ONTSTELLEND E ERVARING MET VERPLEEGKUNDIGE
BEREKEN VIR 92 RESPONDENTE OP WIE DIE VRAAG VAN TOEPAS-
SING WAS

HOSPITAAL= LIGGING	JA		NEE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	24	26%	32	35%	56	61%
Platteland	18	20%	18	19%	36	39%
TOTAAL	42	46%	50	54%	92	100%

Die 50 respondente wat nie so 'n ervaring met 'n lid van die verpleegpersoneel bespreek het nie, het 'n verskeidenheid redes vir die versuim aangevoer. Agt het gesê dat hulle nie die vrymoedigheid gehad het nie, 14 het nooit daaraan gedink om soiets

met 'n verpleegkundige te bespreek nie, 11 het gesê dat hulle dit met 'n ander vertroueling, byvoorbeeld 'n eggenoot, bespreek het, en 17 het gesê dat hulle nooit met iemand praat oor dinge wat hulle ontstel nie.

TABEL 6 - 66

VRAAG 60: HOEKOM NIE? : BEREKEN VIR 50

BETROKKE RESPONDENTE

HOSPI= TAAL= LIGGING	WEET NIE MET WIE NIE		GEEN VRYMOE= DIGHEID		NOOIT DAARAAN GEDINK NIE		ANDER KONFIDANT		BESPREEK NOOIT ONT= STELTENIS NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	0	0	5	10%	8	16%	8	16%	12	24%	33	66%
Platte= land	0	0	3	6%	6	12%	3	6%	5	10%	17	34%
TOTAAL	0	0	8	16%	14	28%	11	22%	17	34%	50	100%

Volgens hierdie gegewens het slegs 11 van hierdie groep respondente die ontstellende ervaring wel met iemand bespreek en sodoende hulle spanning verlig. Een van hulle, 'n vrou met 'n oogtoestand, het die insident beskryf. Sy was baie ontsteld nadat die geneesheer haar prognose met haar bespreek het. Sy het vertel dat die suster haar ontsteltenis opgemerk het en by haar kom sit het om haar te bemoedig. Sy het hierdie optrede hoog op prys gestel en veel baat daarby gevind. Dit was die enigste spesifieke insident van dié aard wat aan die navorser beskryf is, alhoewel baie respondente vol lof was vir die algemene gesindheid en bedagsaamheid van die verpleegpersoneel.

Daar was, daarenteen, 'n hele paar respondente wat minder bevredigende ervarings met betrekking tot hulle ontsteltenis of ongelukkigheid beskryf het.

Een vrou was baie ontsteld toe sy verneem het dat sy met krukke sou moes loop, omdat sy bang was dat sy sou val. Die suster het haar 'n pilletjie gegee, maar nie die rede vir die ontsteltenis vasgestel nie. 'n Fisioterapeut het later aan haar presies verduidelik hoe sy haar met die krukke sou leer loop en dit het haar angs verlig. Die respondent het nie geweet of die suster die fisioterapeut gevra het om haar te besoek nie.

'n Ses-en-dertigjarige man met net een nier is die dag voor die onderhoud, na 'n reeks diagnostiese toetse, deur sy geneesheer meegedeel dat sy nier onherroeplik beskadig is. Hy sou twee tot drie keer per week gedialiseer moes word en die moontlikheid van 'n nieroorplanting was nie uitgesluit nie. Die geneesheer het hom volledig ingelig, maar hy was so geskok oor die nuus dat hy niks kon inneem nie, en het dus nie verstaan presies hoe sy lewe deur dié wending beïnvloed sou word nie. Twee van die implikasies het hom veral geteister: die vooruitsig op die skending van sy selfbeeld: "Hulle sal 'n dooie man se nier in my oorplant", was sy woorde; en die vrees dat hy nie met die werk waarvoor hy opgelei was, sou kon voortgaan nie. Dit het nooit by hom opgekom dat mens sulke belewenisse en probleme met 'n suster kon bespreek nie.

'n Vrou het verklaar dat 'n persoonlike aangeleentheid haar ontstel het, maar sy praat nie maklik oor dinge wat haar ontstel nie. Op die vraag of sy dink dit sou gehelp het as sy met iemand daaroor kon gepraat het, het sy gesê: "Ja, baie, as daar iemand

simpatiek was om te luister, maar in die hospitaal is daar nie so iemand nie."

'n Man met 'n oogprobleem het gesê dit het nooit by hom opgekom om sy gevoelens oor die onsekerheid van sy prognose met die suster te bespreek nie, want "She is too ritualistic on her rounds. I don't think she has the time or the inclination for that kind of discussion. She is administratively oriented."

Onsekerheid oor 'n mens se siektetoestand beteken dat 'n mens onveilig voel en angs opbou oor die moontlike implikasies daarvan. Daar was 60 respondente wie se diagnose nog nie bevestig was nie of wat om ander redes onseker was oor hulle toestand. Op vraag 61, "Waarom het u nog nie hierdie onsekerheid met suster bespreek nie?", het hulle as volg geantwoord: twee (3%), albei op die platteland, het gesê hulle weet nie watter suster om te vra nie; drie (5) het gesê dat hulle nie die vrymoedigheid het om te vra nie; 25 (42%) het nooit daaraan gedink om vir suster te vra nie; 12 (20%) het gesê dat hulle dit wel met haar bespreek het en 18 (30%) het gesê dat hulle dit met hul geneesheer bespreek het. Altesaam 50% van hierdie respondente het dus geen uiting gevind vir die spanning wat deur die onsekerheid veroorsaak is nie.

TABEL 6 - 67

VRAAG 61: HOEKOM BESPREEK U U ONSEKERHEID OOR U TOESTAND
 NIE MET SUSTER NIE? : BEREKEN VIR 60 BETROKKE RESPONDENTE

HOSPI= TAAL= LIGGING	WEET NIE MET WIE NIE		GEEN VRY= MOEDIG= HEID		NOOIT DAARAAN GEDINK NIE		EK HET		BESPREEK DIT MET MY DOKTER		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	0	0	3	5%	19	32%	5	8%	17	28%	44	73%
Platte= land	2	3%	0	0	6	10%	7	12%	1	2%	16	27%
TOTAAL	2	3%	3	5%	25	42%	12	20%	18	30%	60	100%

Daar was, na verhouding, meer respondente op die platteland wat hulle onsekerheid met 'n suster bespreek het en minder wat dit met hulle geneesheer bespreek het, maar die verskil was statisties onbeduidend.

Een man wat 'n koronêre vaatomleiding ondergaan het, was baie getref deur die wyse waarop hy voorberei is op die ervaring. Die suster het hom vooraf na die intensiewe sorgeneem om hom te oriënteer, omdat hy daar sou wakker word na die operasie. Hy is so deeglik voorgelig oor wat om te verwag en hoe om op te tree, dat hy dit in sy benewelde toestand na die operasie onthou het. Hy sê hierdie oriëntering en voorligting het verseker dat hy deurgaans veilig gevoel het.

Soos in die geval van vrae 59 en 60, was daar egter meer respondente in wie se behoeftes nie voorsien is nie. 'n Jong vrou wat 'n nekbesering in 'n motorongeluk opgedoen het, is van die platteland na 'n stedelike hospitaal gestuur, waar haar nek in

traksie gesit is. Niemand het aan haar verduidelik wat dit beteken nie, of wat om te verwag nie, en sy was te verskrik om te vra. "Alles het agter my kop aangegaan. Ek kon niks sien nie en ek kon nie verstaan wat hulle doen nie. As iemand net vir my gewys het hoe lyk die apparaat en wat dit doen en hoe dit gaan wees" 'n Man met moontlike longkanker het gesê dat hy die geneesheer se verduideliking van sy toestand en prognose nie verstaan het nie. Hy het vir die suster gevra, maar sy was self onseker en het ook nie uitgevind en kom verduidelik nie.

'n Ander man sou heel moontlik 'n kolostomie moes ondergaan, en hy het nie geweet hoe hy daarna tuis sou regkom nie. Hy was 'n wewenaar en het nie besef dat 'n mens totaal selfversorgend kan wees met 'n kolostomie nie. Nadat die geneesheer die moontlikheid van die operasie aan hom meegedeel het, het niemand na hom teruggekom om uit te vind hoe hy daarvoor voel en of hy enige inligting nodig gehad het nie.

Ten opsigte van vraag 62, wat handel oor die bespreking van geloofsake, is die aanname gemaak dat veral ernstige siekte die mens laat nadink oor sy geloof. Dit is egter 'n sensitiewe saak, en daar sal mense wees wat so iets nie maklik met 'n vreemde deling sal bespreek nie, behalwe as die behoefte om daarvoor te praat baie groot is en daar 'n simpatieke persoon beskikbaar is. Daar is ook mense wat min inhibisies het om oor hulle geloof te praat, veral met 'n mede-gelowige.

Slegs 26 van al die respondente het te kenne gegee dat hulle 'n behoefte gehad het om met iemand in die hospitaal oor geloofsake

te praat. Baie van die res het gesê dat hulle geen behoefte daaraan gehad het nie, en andere het geestelike sake met hul predikant of met die hospitaalpredikant, of met hul naasbestaan=des bespreek. Van die 26 wat niemand anders gehad het met wie hulle daaroor kon praat nie, het een op die platteland gesê dat sy haar probleem met die suster bespreek het. Die ander 25 het nooit die behoefte teenoor 'n verpleegkundige uit=gespreek nie; 17 van die 25 was in die stedelike hospitale.

Die volgende is 'n voorbeeld van 'n respondent met 'n onuit=gespreekte behoefte aan 'n geestelike gesprek: Sy was 'n vrou van 55 jaar wat dwarsdeur die onderhoud tekens van spanning ge=toon het. Volgens die navorser se aantekeninge het sy aanhoudend "soos 'n opgewende orreltjie" gepraat en baie gelag. Toe vraag 62 aan haar gestel is, het haar oë vol trane geskiet. Sy was gelowig, maar het versterking nodig gehad. Haar predikant was te ver om haar te kom besoek, en sy het nie die vrymoedigheid gehad om dié saak met iemand anders te bespreek nie.

Opsomming

Min respondente (6%) is deur 'n verpleegkundige ingelig oor wat om te verwag met diagnostiese en terapeutiese prosedures, en aan nog minder (2%) het 'n verpleegkundige die rede vir so 'n prosedure verduidelik. Die onderhoudvoerder het die indruk gekry dat die respondente hierdie soort inligting en verduideli=kings nie van verpleegkundiges verwag nie, want waar hulle onseker was, het dit nie by hulle opgekom om 'n verpleegkundige om 'n verduideliking te vra nie.

Die voorsiening van emosionele ondersteuning is deur 'n bietjie minder as die helfte (46%) van die respondente wat dit nodig gehad het, as 'n funksie van die verpleegkundige gesien, maar slegs 20% van diegene wat onseker was oor hulle toestand, het haar as die aangewese persoon beskou om dit mee te bespreek. Slegs een respondent het 'n geestelike probleem met 'n verpleegkundige bespreek. Die stad-platteland verskille vir hierdie vraag was statisties beduidend.

AFDELING F ALGEMENE GEVOEL

Met die laaste twee vrae op die vraelys kon vasgestel word in watter mate die verpleegsorg wat die respondente ontvang het, voldoen het aan hul verwagtinge. Die response op die res van die vraelys mag dalk gebreke in die kwaliteit van verpleegsorg uitwys wat nie as sulks deur die respondente ervaar is nie, omdat hulle nie iets anders verwag het nie.

Dit was dan ook so dat 106 (55%) van al die respondente die versorging as "uitstekend" bestempel het, 28% gesê het dit was "goed", 27 (14%) het gesê dat die verpleegkundiges nie altyd verstaan het hoe hulle voel nie, met ander woorde hulle het meer emosionele ondersteuning verwag as wat hulle gekry het. Een het gesê dat die versorging beter kon gewees het, maar dat die verpleegpersoneel altyd bedagsaam was, en 4 (2%) het gesê dat die versorging beter kon gewees het en dat die verpleegpersoneel onbedagsaam was.

TABEL 6 - 68

VRAAG 63: GEVOEL OOR VERPLEEGSORG

	STAD		PLATTELAND		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%
1. Versorging uitstekend, verpleegpersoneel altyd bedagsaam	66	34%	40	21%	106	55%
2. Goed, verpleegpersoneel meesal bedagsaam	39	20%	15	8%	54	28%
3. Goed, maar hulle verstaan nie altyd hoe ek voel nie	15	8%	12	6%	27	14%
4. Kon beter gewees het, verpleegpersoneel onbedagsaam	4	2%	0	0	4	2%
5. Swak, verpleegpersoneel het geen erg aan pasiënt	0	0	0	0	0	0
6. Kon beter gewees het, verpleegpersoneel altyd bedagsaam	1	1%	0	0	1	1%
TOTAAL	125	65%	67	35%	192	100%

Van die respondente het hulle positiewe beoordeling van hul verpleegsorg en die bedagsaamheid van die personeel gemotiveer. 'n Vrou het gesê dat die suster dit raaksien as sy nie lekker voel nie, en dan sê: "U lyk vir my vandag ongelukkig. Wat is dit?" Twee respondente in dieselfde afdeling, maar in verskillende kamers, het gesê dat geen verpleegkundige ooit kortaf, onvriendelik of ongeduldig was nie, ongeag hoe dikwels hulle om

hulp gevra is. 'n Derde vrou het gesê: "Dit lyk my verpleegsters word deesdae anders opgelei as vroeër jare. Hulle is so vriendelik en opreg simpatiek. Dis nie aangeplak nie. Vanoggend het matrone so mooi met my gepraat. Sy weet regtig hoe ek voel." Daar was ook respondente wat gesê het dat die versorging uitstekend was, maar wat tog nie die vrymoedigheid gehad het om 'n ontstellende ervaring of onsekerheid met die suster te bespreek nie.

In vraag 64 is die respondente pertinent gevra in watter mate die versorging voldoen het aan hulle verwagtings, en in 162 (84%) van die gevalle was dit volgens hul verwagting of beter.

TABEL 6 - 69

VRAAG 64: HOE VERGELYK DIE VERSORGING MET U VERWAGTING?

HOSPITAAL= LIGGING	BETER		DIESELFDE		SWAKKER		GEEN VER= WAGTING GEHAD NIE		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Stad	34	18%	70	37%	8	4%	13	6%	125	65%
Platteland	25	13%	33	17%	2	1%	7	4%	67	35%
TOTAAL	59	31%	103	54%	10	5%	20	10%	192	100%

Daar was geen positiewe response op die heel laaste vraag, naamlik "Is daar enigiets wat u graag wil byvoeg of vra?" nie.

Die stad-platteland verskille ten opsigte van vrae 63 en 64 was statisties onbeduidend.

DEEL 2VERGELYKING TUSSEN DIE ANDER BIOGRAFIESE VERANDERLIKES EN
VRAE VAN TOEPASSING OP ELKA.2 Tipe Akkomodasie

Die response wat ondersoek is, was dié op vrae 16, 17 en 18 oor besoekure, vraag 24 oor slapeloosheid, vraag 51 oor privaatheid en vraag 52 oor tydverdryf. Vir die doeleindes van hierdie vergelyking is akkomodasie in slegs twee klasse verdeel, naamlik enkelkamers en multibedeenhede.

In die praktyk gebeur dit dat besoekers meer dikwels buite besoektye in enkelkamers as in multibedeenhede toegelaat kan word, en in sommige hospitale is daar ook meer amptelike besoektye vir pasiënte in enkelkamers as in multibedeenhede. Om dié rede is besluit om vas te stel of hierdie feite die response op die vrae oor die aangeleentheid beïnvloed het. Daar kon, byvoorbeeld, verwag word dat meer persone in enkelkamers tevredenheid met die besoektye sou uitspreek en dat minder van hulle sou kla dat die besoektye ongerieflik vir hulle besoekers is. Die bevindinge was egter die teenoorgestelde.

Ses-en-dertig persent van diegene in enkelkamers was tevrede met die besoektye, teenoor 57% in multibedeenhede, en 43% van die respondente in enkelkamers het gesê dat die besoektye ongerieflik vir hulle besoekers was, teenoor slegs 17% in die ander akkommodasie. Hierdie verskille was statisties beduidend, terwyl dié ten opsigte van vrae 17 en 18 (oor oop besoektye) nie beduidend was nie.

TABEL 6 - 70

VRAAG 16: HOE VOEL U OOR DIE BESOEKTYE?

AKKOMMODASIE	TEVREDE		TE MIN		TE VEEL		MOEILIK VIR MENSE		KRY NIE BESOEKERS		TOTAAL	
	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
Enkelkamers	19	10%	11	6%	0	0	23	12%	0	0	53	28%
Multibedeenhede	73	38%	39	20%	2	1%	22	11%	3	2%	139	72%
TOTAAL	92	48%	50	26%	2	1%	45	23%	3	2%	192	100%

Alhoewel relatief meer respondente in multibedeenhede wakker gehou is deur geraas en/of ligte en deur 'n onbekende faktor, was die verskille vir hierdie vraag statisties onbeduidend. Die tipe akkommodasie het ook nie 'n beduidende verskil gemaak ten opsigte van respondente se behoefte aan tydverdryf nie.

A.3 Geslag

Daar is gevoel dat 'n individu se geslag moontlik 'n invloed kon hê op sy belewenis van sekere aspekte van sy hospitalisasie en verpleegsorg en die response op die volgende vrae is vergelyk met respondente se geslag om die vermoede te toets:

Vraag 10 oor die gevoel op die vooruitsig op hospitalisasie; vraag 16 oor tevredenheid met besoektye; vraag 19 oor ervaring van die volwasproses; vraag 25 oor verpleegkundige tussentrede in geval van slapeloosheid; vraag 27 oor die behoefte, al dan nie, om soggens later te slaap; vraag 49 oor angs weens onkunde

oor medikasies; vraag 52 oor die behoefte aan tydverdryf; vraag 54 oor angs oor 'n diagnostiese of terapeutiese prosedure; vraag 55 oor die behoefte om vooraf te weet wat om in so 'n geval te verwag; vrae 59 en 60 oor die bespreking van 'n ontstellende ervaring met suster en vraag 62 oor die behoefte aan geestelike ondersteuning.

In slegs vyf van bogenoemde vrae, naamlik vrae 16, 25, 27, 52 en 54, is statisties beduidende verskille tussen die response van mans en vroue gevind. Hulle sal vervolgens uiteengesit word. In antwoord op vraag 16 het 53% van die mans, teenoor 43% van die vroue gesê dat hulle tevrede was met die besoektye, terwyl 30% van die vroue teenoor 22% van die mans gevoel het dat die besoektye te min was. Op vraag 25, "Wat doen die verpleegpersoneel as u nie kan slaap nie?", het 56% van die betrokke mans, teenoor 40% van die betrokke vroue gesê dat hulle 'n slaappil aan hulle toedien, terwyl slegs 2% van die mans, teenoor 20% van die vroue gesê het dat hulle een of ander verpleegaksie toepas. Wat laat slaap betref, was vroue in die meerderheid: 43% van hulle, teenoor 25% van die mans sou graag soggens 'n bietjie later wou slaap.

Tydverdryf skyn onder manspasiënte 'n groter probleem te wees as onder vrouepasiënte, waarskynlik omdat die tipe handwerk wat vroue doen, byvoorbeeld hekel en brei, makliker in die hospitaal gedoen kan word as die soort stokperdjies wat mans beoefen. Meer as twee keer soveel mans (53%) as vroue (25%), sou graag aan een of ander vorm van tydverdryf wou deelgeneem het.

Die laaste vraag met beduidende resultate was vraag 54, wat gehandel het oor angs voor 'n toets of behandeling. Altesaam 62% van die mans wat aan so 'n prosedure onderwerp was, het

gesê dat hulle vooraf geen angs daaroor beleef het nie, teenoor 40% van die vroue.

A.4 Huwelikstaat

Die huwelikstaat van die respondente het geen statisties beduidende verskil gemaak in die response op die drie vrae wat daarmee vergelyk is nie, naamlik vrae 59, 60 en 61, wat gehandel het oor 'n ontstellende ervaring, die respondent se onsekerheid oor sy toestand en sy bespreking van hierdie angsgevoelens met 'n verpleegkundige.

A.5 Ouderdom

Altesaam 78 (41%) van die respondente was jonger as 50 jaar. Die veranderlike "ouderdom" vorm 'n kontinuum wat vir die doeleindes van hierdie ondersoek gerieflikheidshalwe in twee klasse verdeel is. Vyftig jaar is gekies as die verdelingspunt omdat dit na-aan die mediaan geleë is, en die klasse byna eweredig verdeel. Hierdie verdeling is gekies met die oog op biseriale korrelasies. "Vir die berekening van biseriale korrelasie is dit goed om, indien moontlik, 'n verdelingspunt te kies wat naby die mediaan geleë is, sodat die twee klasse byna ewe groot is". (Du Toit, 1966, p.90).

Agtien vrae is vergelyk met hierdie data. Hulle was vrae 4, "Wie het die meeste gedoen om u te laat tuis voel?"; 10, oor belewing van die vooruitsig op hospitalisasie; 16 en 17 oor die besoektye; 19 en 21 oor die voorsiening in higiëniese behoeftes; 24 en 27 oor slapeloosheid en die behoefte, al dan nie, om soggens later te slaap; 39 oor begrip van rekordhouding van inname en uitskeiding; 49 oor angs weens onkunde oor medikasies;

52 oor behoefte aan tydverdryf; 54, 55 en 57 oor belewing en begrip van diagnostiese en terapeutiese prosedures; 59, 60 en 61 oor die bespreking van 'n ontstellende ervaring en onsekerheid oor hul toestand met 'n verpleegkundige en 63 oor respondent se beoordeling van die gehalte van die verpleegsorg in die algemeen.

Die response op slegs vraag 55 het statisties beduidende verskille opgelewer. Relatief meer van die jonger groep, naamlik 13% teenoor 5% van die ouer groep, het gewens dat hulle vooraf geweet het wat om te ver wag ten opsigte van 'n prosedure wat op hulle uitgevoer is. Dieselfde neiging het gegeld in die derde respons-kategorie van hierdie vraag: 45% van die jonger groep teenoor 35% van die ouer groep was bly dat hulle vooraf geweet het wat om te ver wag. Daar was relatief baie meer ouer respondent wat gevoel het dat dit geen verskil aan hul ervaring van die prosedures sou maak het as hulle vooraf daarvoor ingelig was nie, naamlik 47% teenoor 27% van die jonger groep.

Indien die verdelingspunt op die ouderdomskontinuum op 40 jaar gestel word, word aansienlike verskille met betrekking tot al agtien vrae wat ondersoek is, tussen die twee groepe uitgewys. Die verskille word hier bespreek omdat hulle 'n tendens aandui, al is geen korrelasies vir hulle bereken nie, en die verskille kan dus nie as beduidend aanvaar word nie.

Getuienis dui daarop dat diegene oor 40 jaar minder angs beleef het as die jonger groep. Meer van hulle het nooit vreemd gevoel nie; het 'n lae angsvlak gerapporteer met betrekking tot die vooruitsig op hospitalisasie; het min of geen angs op die

vooruitsig op toetse en behandelings gerapporteer, en het gesê dat hul onkunde oor hul medikasies hulle nie pla nie. Meer van hulle het die vrymoedigheid gehad om 'n ontstellende ervaring met die suster te bespreek, maar minder het weer die vrymoedigheid gehad om hulp te vra om later in die dag op te knap.

Die feit dat meer van hulle as van die jonger groep gesê het dat kommer hulle snags uit die slaap hou, laat die vraag ontstaan of al bogenoemde positiewe response heeltemal eerlik was.

Alhoewel die ouer groep meer kritiek as die res uitgespreek het oor die volwasproses, was meer van hulle tevrede met die status quo ten opsigte van besoektye, die vroeg wakker maak en die gebrek aan tydverdryf. Hier wil dit voorkom asof hulle makliker tevrede gestel word as die jonger groep. Die ouer groep het minder kennis gehad van hul dieet, voglobans rekordhouding en toetse en behandelings.

A.6 Beroep

Vir die doeleindes van hierdie ontleding is die sewe beroeps-groepe in die volgende vier kategorieë saamgevat:

1. Professioneel
2. Boere
3. Administratief/klerklik en ambag/tegnies
4. Studente, ongeskooldes en geen beroep.

Die uitgangspunt vir hierdie indeling was dat professionele persone waarskynlik meer onafhanklik in hul denke sou wees en meer bereid sou wees om eerlike kritiek te lewer as die ander groepe; ook dat hulle hoër eise sou stel aan die verpleegpersoneel en

beter ingelig sou wees omtrent hulle versorgers, hul toestand en behandeling, en meer inisiatief aan die dag sou lê om kennis te bekom.

Hierdie hipotese is gegrond op die feit dat die professionele groep die leiers van die samelewing is en 'n gemiddelde hoër intelligensiekoëffisiënt as die res van die gemeenskap het.

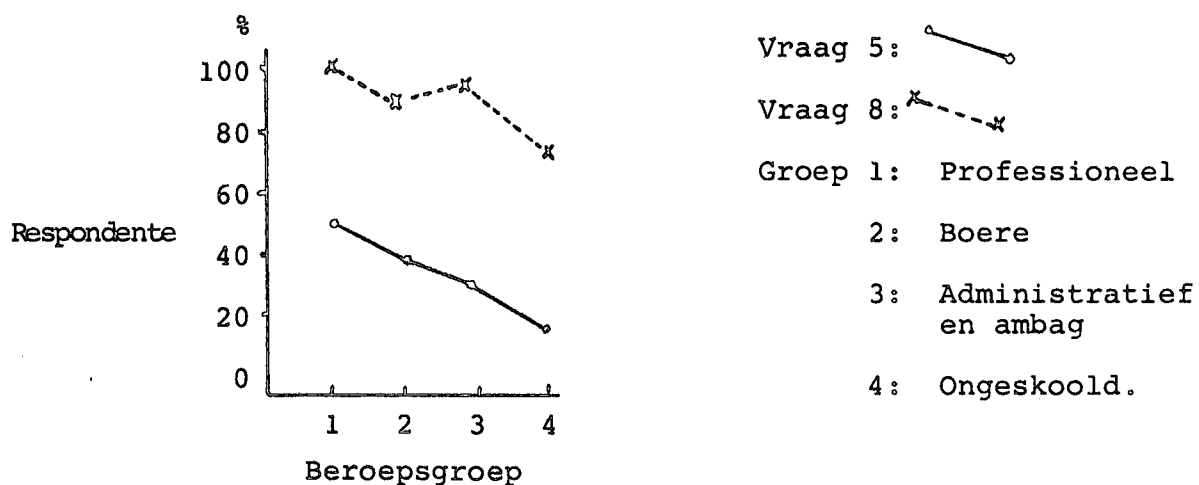
Boere is afsonderlik geklassifiseer omdat hulle, wat bogenoemde twee eienskappe betref, nie in 'n bepaalde kategorie geplaas kan word nie. Die ander twee kategorieë is vanselfsprekend.

Om bogenoemde hipotese te toets, is die response op 19 toepaslike vrae vergelyk met die vier beroepskategorieë. Die vrae was 5, 6, 8 en 9 wat gehandel het oor die identiteit van die hoof-suster, begrip van die funksies van die verpleegpersoneel en die manier waarop die inligting bekom is; vraag 16 oor tevredenheid met besoektye; vrae 19 en 20 oor tevredenheid met higiëniese maatreëls; vraag 27 oor tevredenheid met die tyd waarop pasiënte wakker gemaak word; vraag 36 oor begrip van die hantering van 'n inblywende kateter; vrae 45, 46 en 47 wat gehandel het oor tevredenheid met die houding van die verpleegpersoneel teenoor respondente met pyn, tevredenheid met wondversorging en begrip van medikasies; vrae 51 en 52 oor tevredenheid met die handhawing van respondente se privaatheid en hul behoefte aan inligting voor diagnostiese en terapeutiese prosedures; vrae 59, 60 en 61 oor die bespreking van angswekkende situasies of ervarings met 'n verpleegkundige en vrae 63 en 64 oor hul algemene gevoel oor die gehalte van hul verpleegsorg en hoe dit aan hulle verwagtinge voldoen het.

Statisties beduidende verskille is gevind in die response op die volgende sewe van die 19 vrae: 5, 8, 16, 36, 51, 52 en 59.

'n Direkte verband kan gevind word tussen beroepsgroep en kennis van die identiteit van die hoofsuster (vraag 5), sowel as begrip van die funksies van die verpleegpersoneel (vraag 8). Wat betref vraag 5, het 50% van groep 1 (professioneel), 38% van groep 2 (boere), 34% van groep 3 (administratiewe en ambagsgroep) en 19% van groep 4 (ongeskooldes) gewet wie sy is.

GRAFIEK 6 - 1



Vraag 5: WEET WIE IS HOOFSUSTER

Vraag 8: BEGRIP VAN FUNKSIES VAN VERPLEEGPERSONEEL

Al die respondente in die professionele groep het ðf gewet ðf het 'n vae idee gehad van die verskille in die funksies van die verskillende kategorieë van verpleegpersoneel. Dieselfde het gegeld vir 88% van groep 2, 90% van groep 3 en 68% van groep 4.

Wat betref tevredenheid met besoektye (vraag 16) was daar weereens 'n groot verskil in die response van die professionele en ongeskoolde groepe. Slegs 30% van groep 1 was tevrede, terwyl 58% van groep 4 tevrede was.

In hierdie geval was 58% van groep 2 (boere) en 43% van groep 3 tevrede.

GRAFIEK 6 - 2



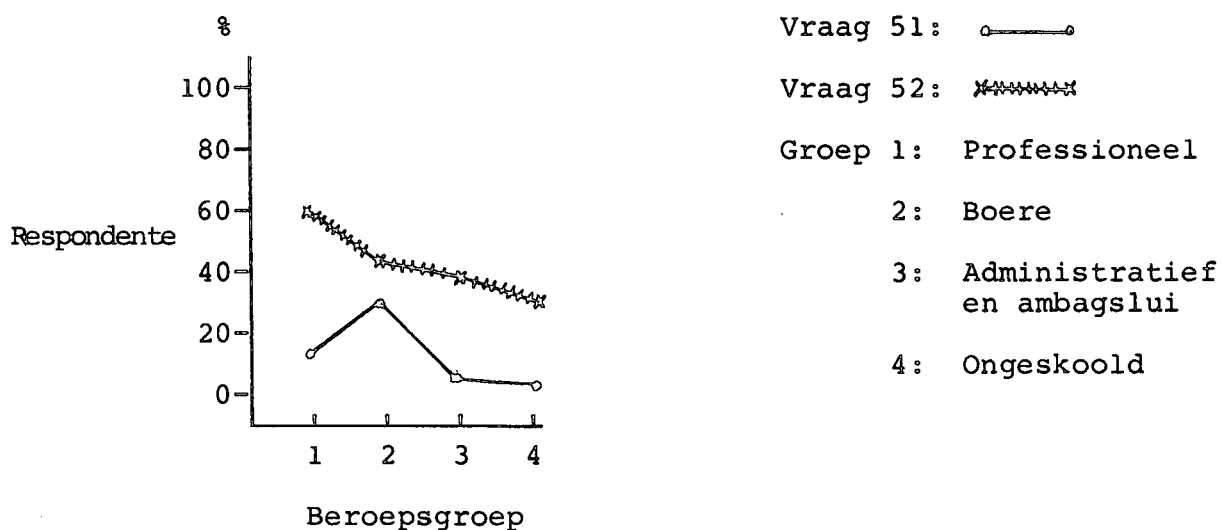
Vraag 16: TEVREDENHEID MET BESOEKTYE

Ten spyte van die feit dat die monster vir vraag 36 maar uit 27 respondente bestaan het, was die gegewens vir hierdie vraag statisties beduidend. Twee van die drie respondente in groep 1 het die hantering van hul inblywende kateter verstaan, terwyl dit die geval was ten opsigte van slegs een van die 14 in groep 3 en een van die sewe in groep 4. Die enigste boer wat 'n inblywende kateter gehad het, het nie verstaan hoe om dit te hanteer nie.

Die patroon van response op vraag 51 het, soos vir vraag 16, 'n hoogtepunt getoon wat betref die boere. Altesaam 29% van hulle het gesê dat die gebrek aan privaatheid hulle pla, en progressief minder van die ander groepe het hierdie klagte gehad, naamlik 15% van groep 1, en 7% en 6% van groepe 3 en 4 onderskeidelik.

'n Reglynige verband tussen response en beroepsgroep het wel in vraag 52 voorgekom. Waar 60% van groep 1 teenoor 28% van groep 4 behoefte gehad het aan tydverdryf, met groepe 2 en 3 op 42% en 39% onderskeidelik.

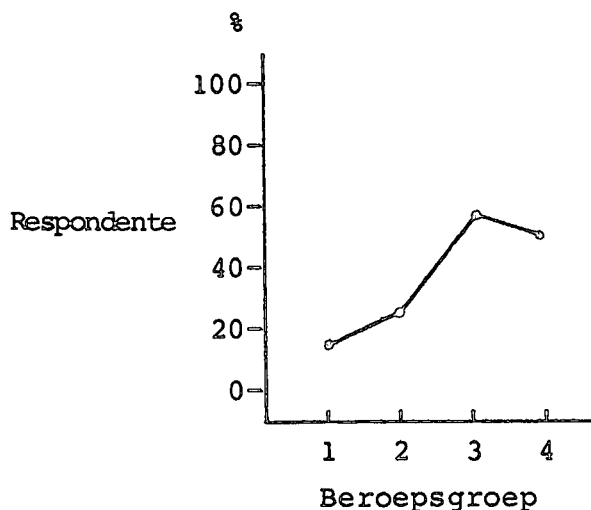
GRAFIEK 6 - 3



Vraag 51: ERVAAR GEBREK AAN PRIVAATHEID

Vraag 52: HET BEHOEFTE AAN TYDVERDRYF

Slegs 18% van groep 1 het 'n ontstellende ervaring met 'n verpleegkundige bespreek, maar in hierdie geval was die grootste persentasie wat dit wel gedoen het, lede van groep 3, naamlik 58%. Slegs 22% van die boere en 50% van die ongeskoolde groep het so 'n ervaring met suster bespreek.

GRAFIEK 6 - 4

Groep 1: Professioneel
 2: Boere
 3: Administratief en ambagslui
 4: Ongeskoold

VRAAG 59: BESPREEK ONTSTELLEDE ERVARING MET SUSTER

Opsomming

Die response op die vrae wat statisties beduidende resultate gelewer het, toon dat die professionele groep die beste ingelig is oor hul versorgers, die beste begrip gehad het van die hantering van hul inblywende kateters, en die grootste behoefte gehad het aan tydverdryf. In al hierdie gevalle het die ongeskoolde groep aan die teenoorgestelde punt van die skaal gestaan.

Die professionele groep het die minste tevredenheid te kenne gegee met besoektye, terwyl die ongeskoolde groep die meeste tevredenheid uitgespreek het. Wat betref privaatheid, het die ongeskoolde groep die meeste tevredenheid uitgespreek, terwyl die boere die meeste gebrek aan privaatheid ervaar het, met die professionele groep die tweede meeste.

Minder professionele persone as enige ander groep het 'n ontstellende ervaring met 'n verpleegkundige bespreek. Die grootste persentasie wat so 'n ervaring met die suster bespreek het, was

lede van groep 3 (administratiewe en ambagslui), gevolg deur die ongeskoolde groep.

A.7 Woonplek

Om ver van 'n mens se tuiste gehospitaliseer te wees, kan implikasies vir 'n persoon se gemoedsrus hê en hierdie aspek is ondersoek deur die response op sewe toepaslike vrae tussen die respondente van "hier" en "elders" te vergelyk. Die vrae was vraag 4 oor tuisvoel in die hospitaal; vraag 10 oor die gevoel op die vooruitsig op hospitalisasie; vraag 14 oor oriëntering in die nuwe omgewing; vrae 16 en 19 oor besoektye en 60 en 61 oor die bespreking van angswekkende ervarings met 'n verpleegkundige. Die resultate was statisties beduidend ten opsigte van slegs vrae 4 en 14.

Slegs 21% van diegene van elders, het gesê dat hulle nooit vreemd gevoel het in die hospitaal nie, teenoor 45% van die res. Een-en-tagtig persent van die vreemdes teenoor 55% van die plaaslikes het 'n behoefte gehad aan oriëntering tot die hospitaalomgewing en roetines.

A.8 Diagnose

Die aard en implikasies van die toestand waarvoor 'n persoon gehospitaliseer word, mag 'n invloed hê op sy belewenis van sy versorging. Om vas te stel of dit die geval was, is die response op tien vrae vergelyk met die diagnostiese kategorieë van die respondente. Die volgende vrae is gebruik: vraag 10 oor die gevoel op die vooruitsig op hospitalisasie; vraag 17 oor oop besoektye; vraag 24 oor die rede vir slapeloosheid; vraag 30

oor begrip van dieet; vraag 45 oor die belewenis van die verpleegpersoneel se houding teenoor die respondent met pyn; vraag 47 oor begrip van medikasies; vraag 54 oor angs voor 'n diagnostiese of terapeutiese prosedure; vraag 55 oor die behoefte aan voorligting voor so 'n prosedure; vraag 59 oor die bespreking van 'n ontstellende ervaring met suster en vraag 63 oor die algemene gevoel oor die verpleegsorg. Slegs vraag 55 het 'n beduidende verskil getoon.

Vir vraag 55 was die bevindinge soos volg: 52% van al die respondente wat 'n diagnostiese of terapeutiese prosedure ondergaan het, het gevoel dat 'n mens vooraf ingelig behoort te word op wat voorlê. (Response 2 en 3). As hierdie statistiek ontleed word volgens diagnostiese kategorieë, was daar relatief meer persone wat hierdie siening gehuldig het in die diagnostiese kategorieë "prognose redelik tot goed" (59% van die respondente in hierdie kategorie), en "akute episode van 'n chroniese siekte" (52%). Heelwat minder respondente in die ander kategorieë het so gevoel, naamlik 44% van diegene wie se toestand implikasies ingehou het vir hul toekomstige lewenspatroon, en 38% van diegene wie se diagnose nog nie bevestig was nie.

Alhoewel die response op die ander vrae statisties onbeduidend was, word 'n paar hier gegee omdat hulle interessant is. 'n Relatief groter persentasie respondente met onbevestigde diagnoses as enige ander groep, het 'n hoë mate van angs gerapporteer oor diagnostiese en terapeutiese prosedures (vraag 54). Meer respondente met akute episodes van chroniese toestande, as lede van enige ander groep, het hul medikasies verstaan, maar minder van hulle as van enige ander groep het hul diëte verstaan.

Die respondente wat die mees positiewe gevoel uitgespreek het oor die verpleegsorg oor die algemeen, was diegene wie se toestand implikasies ingehou het vir hul toekomstige lewenspatroon.

A.9 Aantal dae in hospitaal

Die tydperk van verblyf in die hospitaal mag moontlik verband hou met aspekte soos kennis van die versorgers, die omgewing en die behandeling, en die vrymoedigheid om hulp te vra. Die response op toepaslike vrae is vergelyk met die drie tydperke, naamlik vier tot sewe dae in die hospitaal, agt tot 14 dae en 15 dae en meer.

Sommige van die bevindinge was teenstrydig met mekaar en relatiewe verskille was klein. Slegs die twee vrae wat ooglopend groot verskille getoon het, is statisties verwerk, naamlik vrae 63 en 64, en die bevindinge was onbeduidend. Nogtans sal die resultate gegee word omdat hulle bepaalde tendense aandui.

Relatief groot getalle van al drie groepe het nie geweet wie die hoof suster was nie, naamlik 76%, 66% en 62% respektiewelik. Dit wil sê dat 62% van die respondente wat langer as twee weke in die hospitaal was, nog nie haar identiteit vasgestel het nie. Wat betref begrip van die funksies van die verskillende kategorieë van verpleegpersoneel, was die toestand veel gunstiger, want slegs 13%, 18% en 15% respektiewelik, het geen begrip daarvan gehad nie.

Teenstrydige bevindinge is gemaak met betrekking tot vrae 30, oor begrip van dieet en 47, oor begrip van medikasies. Hoe langer die betrokke respondente in die hospitaal was, hoe beter

was hul begrip van hulle dieet, en waar 30% van groep 1 geen begrip daarvan gehad het nie, het almal wat langer as twee weke gehospitaliseer was, dit verstaan. In die geval van begrip van hul medikasies was die volgorde omgekeerd. Slegs 10% van diegene wat minder as 'n week gehospitaliseer was, teenoor 32% van diegene wat langer as twee weke in die hospitaal was, het geen begrip daarvan gehad nie.

Die response op vrae 59 en 61 het 'n soortgelyke teenstrydigheid getoon. Dit wil voorkom asof respondente se vrymoedigheid om 'n ontstellende ervaring met die suster te bespreek, afgeneem het hoe langer hulle in die hospitaal was. Die persentasie in elke groep wat dit wel met haar bespreek het, was 58%, 46% en 40%. In teenstelling hiermee, het toenemend meer respondente in elke groep, wat onseker was oor hul toestand, die saak met suster bespreek. Hier was die persentasies 15%, 16% en 31%.

Hoe langer die respondente in die hospitaal was, hoe minder positief was hul beoordeling van hul verpleegsorg oor die algemeen. Van diegene wat gesê het dit was "uitstekend" of "goed", was 88% minder as 'n week in die hospitaal, 83% was tussen agt en 14 dae gehospitaliseer en 77% was langer as twee weke daar.

HOOFSTUK 7GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Die algemene beeld wat uit die resultate van hierdie opname na vore tree, is dat 'n groot meerderheid van die respondente tevrede was met hul verpleegsorg en dat hul ervaring in die hospitaal met min angs of psigiese trauma gepaard gegaan het. Respondente se beoordeling van hulle sorg was, op enkele uitsonderings na, gunstig, en die meeste van hulle het met waardering daarvan gepraat. Waar hulle kritiek gehad het, of ongelukkig was, was dit oor spesifieke insidente of spesifieke aspekte van versorging. Daar was nie algemene ontevredenheid, of 'n algemene negatiewe belewenis van hul verpleegsorg nie, behalwe in 3% van die gevalle. Hierdie respondente se beoordeling van hulle verpleegsorg was dat dit "beter kon gewees het", en 2% van die 3% het gesê dat die verpleegpersoneel onbedagsaam was.

Te oordeel aan bogenoemde gegewens wil dit voorkom asof 97% van die respondente hul versorging as "uitstekend" of "goed" beleef het. 'n Ontleding van die response op die vrae as geheel duidigter daarop dat meer as 3% negatiewe belewenisse gehad het. Dit wys ook leemtes in die verpleegsorg uit waarvan respondente onbewus was, en wat hulle dus nie as leemtes ervaar het nie. Daar was ook 'n groep respondente, naamlik 14%, wat die versorging as "goed" bestempel het, maar wat gesê het dat die verpleegpersoneel nie altyd weet hoe hulle voel nie. Hierdie gevoel van die respondente is bevestig deur hul response op vrae waarin angs 'n faktor was.

In hierdie studie is die soeklig geplaas op sekere aspekte van die verpleegkundige se onafhanklike rol en die pasiënt se belewenis van hierdie vertolking. Hierdie aspekte was:

1. voorsiening in die basiese fisiese behoeftes van die pasiënte en eenvoudige tegniese versorging;
2. oriëntering, voorligting en onderrig;
3. emosionele ondersteuning (voorkoming en verligting van angs).

Die bevindinge sal aan die hand van hierdie indeling bespreek word.

1. BASIESE FISIESE, EN EENVOUDIGE TEGNIESE VERSORGING

Die meeste vrae in hierdie afdeling het bloot die respondente se tevredenheid met spesifieke verpleegaksies getoets en geen patroon van ontevredenheid het te voorskyn getree nie. Volgens die ervaring van die respondente was daar meer ondoeltreffende verpleegkundige optrede in sommige areas van versorging as in ander, soos tabel 7 - 1 aandui. Slegs ondubbelsinnige negatiewe response word op tabelle 7 - 1 en 7 - 2 aangedui, nie response soos "soms" en "nie altyd nie".

TABEL 7 - 1

ONDOELTREFFENDE VERPLEEGKUNDIGE TUSSENTREDES
VOLGENS VERKLARINGS VAN RESPONDENTE

AREA VAN VERSORGING	VRAAG	STREKKING VAN VRAAG	PERSENTASIE ONDOELTREFFENDE VERPLEEGAKSIES
Higiëniese behoeftes	19	vol was	3
	22	tandeborsel= geleenthede	11
	23	hulp om te was	12
Slaap	26	verpleegaksies in geval van slape= loosheid	20
	33	hulp om te eet	9
Uitskeiding	34, 35	toediening en ver= wydering van onder= steek	2
	38	sindelikheid om kateter	7
Pyn	42	spoed van toediening van pynstillers	2
	44	verpleegaksies in geval van pyn	0
Wond Sorg	46	-	1

Volgens hierdie response het ondoeltreffende verpleegaksies soos ervaar deur die respondente, gewissel van 0 tot 20%, met 'n gemiddeld van 7%.

Ander vrae in hierdie afdeling van die vraelys is so bewoord dat respondente die verpleegaksies moes spesifiseer, en nie bloot hul ervaring daarvan moes verklaar nie. Volgens die oordeel van die

navorsers sou die response op hierdie vrae 'n meer akkurate beeld van die kwaliteit van die versorging kon gee, omdat die response waargenome gedrag, of die afwesigheid daarvan, en nie subjektiewe ervaring nie, weerspieël.

TABEL 7 - 2

ONDOELTREFFENDE VERPLEEGKUNDIGE TUSSENTREDES VOLGENS
RESPONDENTE SE WAARNEMING VAN SPESIFIEKE AKSIES

AREA VAN VERSORGING	VRAAG	STREKKING VAN VRAAG	PERSENTASIE ONDOELTREFFENDE VERPLEEGAKSIES
Higiëniese behoeftes	21	reaksies op versoek om hulp met opknapping	1
Slaap	25	verpleegaksies in geval van slapeloosheid	39
Voedingsbehoefte	28	weet verpleegkundiges van swak eetlus?	13
	29	verpleegaksies in geval van swak eetlus	60
Uitskeiding	40	weet verpleegkundiges van hardlywigheid?	15
	41	verpleegaksies in geval van hardlywigheid	15
Pyn	43	verpleegaksies in geval van pyn	35
Medikasies	50	foute met medikasietoediening	7

Die negatiewe response vir die vrae in tabel 7 - 2 wissel tussen 1% en 60% met 'n gemiddeld van 23% wat baie hoër is as dié van die vorige groep.

Die vrae in tabel 7 - 1 het in die meeste gevalle gehandel oor tussentredes wat slegs motoriese vaardighede vereis, terwyl dié in tabel 7-2 gehandel het oor tussentredes wat meer kognitiewe vaardighede, byvoorbeeld die beplanning en individualisering van verpleegsorg vereis.

Die formele onderrig van verpleegkunde studente in die kliniese situasie word hoofsaaklik toegespits op die aanleer van motoriese vaardighede, wat ook makliker is om te oefen en te bemeester as minder konkrete vaardighede. Laasgenoemde stel hoër eise aan die kognitiewe vermoëns van die student en die geregistreerde verpleegkundige wat die onderrig gee. Dit is ook moeiliker om die kognitiewe vaardighede te evalueer omdat hulle nie altyd ooglopend of sigbaar is nie en gespesialiseerde evaluasietegnieke vereis. Omdat hierdie vaardighede so 'n klein deel (indien enige) uitmaak van die formele kliniese onderrigprogram in die meeste hospitale wat betrek is by die ondersoek, word dit aan individuele saalsusters oorgelaat om die vaardighede op informele wyse oor te dra aan die studente. Dit spreek vanself dat die kwaliteit van informele onderrig sal wissel omdat dit ongekontroleerd is. Dit spreek ook vanself dat onderrig wat op 'n lukraak basis gegee word, 'n laer prioriteit sal geniet as die formele onderrig waarvan rekenskap gegee moet word.

Aanbeveling 1

- * *Dat geregistreerde verpleegkundiges deur middel van indiensopleidingsprogramme gestimuleer word om hul kognitiewe vaardighede in die kliniese situasie optimaal te benut;*
- * *Dat aandag geskenk word aan die implementering van kliniese onderrigmetodes en tegnieke vir die ontwikkeling van studente se waarnemingsvaardighede en vir die ontwikkeling van hul vermoë om teoretiese kennis in die praktyk toe te pas;*
- * *Dat aandag geskenk word aan die ontwikkeling van toepaslike meetinstrumente vir die evaluering van studente se vordering op dié gebied.*

2. ORIËNTERING, VOORLIGTING EN ONDERRIG

Drie soorte vrae is oor hierdie aspek van verpleegsorg gestel, naamlik vrae om vas te stel:

- * *of die respondente, volgens verpleegkundige teorie, die nodige inligting en voorligting ontvang het;*
wie dit verstrek het;
- * *indien hulle dit nie ontvang het nie, of die gebrek daaraan hulle onrustig gestem het.*

TABEL 7 - 3

HET RESPONDENTE NODIGE INLIGTING/VOORLIGTING ONTVANG?

VRAAG	STREKKING VAN VRAAG	PERSENTASIE RESPONDENTE MET GEEN KENNIS
	<u>Oriëntering</u>	
5	Wie is die hoof suster?	68%
7	Ken susters uit tussen die res	7%
8	Hoe verskil pligte van verpleeg= personeel?	16%
12	Inligting oor hospitaalfasili= teite	36%
15	Oriëntering tot hospitaalomge= wing en roetine	22%
	<u>Voorligting en onderrig</u>	
30	Begrip van dieet	9%
36	Begrip van veilige hantering van kateter	85%
39	Begrip van vogbalansrekord	27%
47	Kennis en begrip van medika= sies	24%
55	Vooraf ingelig oor prosedure	13% (Wou graag geweet het)
57	Begryp rede vir prosedure	9%
		Gemiddeld: 29%

'n Mens se gevoel van onveiligheid in 'n vreemde omgewing en in vreemde situasies word verlig namate hy meer bekend raak met die omgewing en 'n mate van beheer oor die situasie begin kry. Indien 'n pasiënt in 'n hospitaal die hoof suster by haar naam ken, sal dit vir hom 'n bron van veiligheid wees omdat hy sal

weet wie na sy welsyn omsien, en na wie hy hom kan wend in geval hy probleme met sy verpleegsorg ondervind.

Die feit dat meer as twee derdes van die respondente nie oor hierdie inligting beskik het nie, gee aanleiding tot 'n paar vrae. Is die meeste saalsusters so min betrokke by hul pasiënte dat hulle dit nie nodig ag om hulself aan hulle voor te stel en hulle uit te nooi om probleme met hulle te bespreek nie? Is die meeste saalsusters sulke demokratiese, of dalk *laissez-faire* leiers dat hul pasiënte nie uit hulle houding en gedrag, of uit die verhouding tussen hulle en hul personeel, kan aflei dat hulle in beheer is nie? Indien dit 'n kwessie van onbetrokkenheid is, sou daar ook nie verwag kan word dat die susters 'n vertrouensverhouding met hul pasiënte kon of wou opbou nie. Indien dit die geval sou wees, sou hulle ook nie as rolmodelle kon optree, of leiding kon gee, aan junior susters en studente ten opsigte van hierdie belangrike aspek van verpleegsorg nie.

Die respondente wat nie geweet het wie die hoof suster is nie, het nie die indruk geskep dat hulle dit as 'n leemte beskou het nie. Dit mag wees dat dit nie deel van hul verwagting van die suster was nie. Volgens die response op vraag B 10 was daar relatief meer respondente in die stedelike hospitale wat angstig was oor die vooruitsig op hospitalisasie. Daar was juis ook meer respondente in hierdie hospitale wat swak georiënteer was ten opsigte van die personeel, die hospitaalomgewing, roetine en fasiliteite, en wat minder tuis gevoel het. Die gevolgtrekking wat gemaak word uit dié gegewens, is dat diegene wat die grootste behoefte aan 'n hartlike ontvangs en oriëntering gehad het om hul angs te verlig, dit nie gekry het nie.

Dit mag een rede gewees het waarom sommige respondente nooit die verpleegkundiges beskou het as die aangewese persone om probleme mee te bespreek nie.

Aanbeveling 2

- * *Dat ondersoek ingestel word na die redes vir die gebrek aan leierskap wat deur hoofusters openbaar word.*
- * *Dat die belangrikheid van 'n opregte verwelkoming en volledige oriëntering met opname, veral in die stedelike hospitale, by alle verpleegpersoneel tuisgebring word.*

Aanbeveling 3

Die inligting oor die fasiliteite wat die hospitaal bied, is nie deel van die roetine oriëntering van pasiënte in die hospitale van die Oranje-Vrystaat nie, en behoort eintlik beskikbaar gestel te word wanneer die pasiënt se bed bespreek word. Die feit dat 36% van die respondente wel so 'n behoefte gehad het, kan as 'n aanbeveling dien dat die inligting wel beskikbaar gestel word, moontlik as deel van 'n brosjure wat in geneeshere se spreekkamers en in buitepasiënte afdelings aan voornemende pasiënte beskikbaar gestel word.

Verdere navorsing sal nodig wees om vas te stel of daar 'n behoefte bestaan vir meer inligting in so 'n brosjure, byvoorbeeld 'n kaart van die hospitaal en sy terrein, om vreemdelinge te help om s6 hulle pad te vind.

TABEL 7 - 4PLA ONKUNDE DIE RESPONDENTE?

VRAAG	STREKKING VAN VRAAG	PERSENTASIE RESPONDENTE DEUR ONKUNDE GEPLA
32	Onkunde oor dieet	31
49	Onkunde oor medikasies	37
55	Vooraf onkunde oor prosedure	13

Die vrae oor voorligting en onderrig aan respondente toon leemtes in die vervulling van hierdie aspek van die verpleegkundige se taak. Dit hou gevare in vir haar pasiënte. Die feit dat die meeste respondente wat 'n gebrek aan kennis en begrip van hulle behandeling gehad het òf onbewus was van die gebrek, òf hul onkunde nie as 'n leemte beskou het nie. Tabel 7 - 4 dui op 'n verdere versuim aan die kant van die verpleegkundiges. Een van die doelwitte van verpleegsorg is om die pasiënt te help om so gou moontlik selfversorgend en onafhanklik op te tree, en een manier om dit te doen, is om hom by sy behandeling te betrek. Hoe beter hy dit verstaan, hoe beter sal hy kan saamwerk om sy herstel te bevorder. In die geval van 'n spesiale dieet, en dikwels ook in die geval van medikasies, moet hy ná ontslag daarmee voortgaan.

'n Pasiënt met 'n inblywende kateter kan homself skade berokken as hy daarmee rondbeweeg sonder dat hy verstaan hoe om dit veilig te hanteer.

Die bevindinge van hierdie studie stem nie ooreen met dié van die literatuurstudie van Hay en Anderson (1963) (soos aangehaal

in Hoofstuk 4, pp. 67-69) nie. Daarvolgens was die behoefte aan kennis oor hulle toestand en behandeling bo-aan die lys van sewe behoeftes van gehospitaliseerde pasiënte. In hierdie studie was min respondente ongelukkig met hul gebrek aan kennis en begrip van hul behandeling, en opmerkings soos "ag nee wat, die suster weet mos wat sy doen" dui op afhanklike rolgedrag en 'n beskouing van die suster as 'n moeder-surrogaat, soos uiteengesit in Hoofstuk 3, pp. 47-49. Verskeie navorsers wat in Hoofstuk 3 aangehaal word, skryf hierdie regressiewe gedrag toe aan angs, vrees en 'n gebrek aan sekuriteit. Tensy 'n verpleegkundige bewus is van die werklike rede vir die pasiënt se gebrek aan belangstelling in sy behandeling, mag sy dit as vanselfsprekend aanvaar, veral as sy haar rol óók sien as dié van moeder-surrogaat. In so 'n geval sal sy nie sterk gemotiveerd wees om haar pasiënt so gou moontlik met behulp van die nodige onderrig tot onafhanklikheid te lei nie.

'n Vergelyking tussen tabelle 7 - 3 en 7 - 5 toon aan dat verpleegkundiges 'n baie klein rol by die oriëntering, voorligting en onderrig van die respondente gespeel het. Dit laat nog groter twyfel ontstaan of hulle dit hoegenaamd beskou as deel van hul taak. Geen verklaring kan vir hierdie verskynsel gegee word nie, aangesien gesondheidsvoorligting en pasiënt-onderrig jare lank reeds deel vorm van die leerplanne van alle verpleegkundiges.

TABEL 7 - 5

WIE HET INLIGTING EN VOORLIGTING GEGEE?

VRAAG	STREKKING VAN VRAAG	PERSENTASIE RESPONDENTE WAT DIT VAN 'N VERPLEEG= KUNDIGE ONTVANG HET
6	wie is hoof-suster?	5
9	pligte van verskillende ver= pleegkundiges	2
13	inligting oor hospitaal= fasiliteite	5 (sluit in uit brosjure)
15	oriëntering in nuwe omgewing	78 (3% volledig ingelig)
31	voorligting oor dieet	12 (22% deur dieetkundige)
37	onderrig oor kateter	7
48	voorligting oor medikasies	8
56	vooraf voorligting oor prosedure	6
58	voorligting oor rede vir prosedure}	2 (80% deur geneesheer)

Nog 'n duidelike beeld wat uit die data te voorskyn tree, is die direkte verband tussen beroepsgroep en die inisiatief om self inligting oor bogenoemde aspekte sowel as oor behandeling te bekom. Die afleiding wat hieruit gemaak word, is dat hoe minder intelligent 'n pasiënt is, hoe meer afhanklik is hy van die verpleegkundiges vir inligting en voorligting. Volgens die bevindinge van hierdie studie het verpleegkundiges in 'n groot mate versuim om in hierdie behoefte van hul pasiënte te voorsien.

Aanbeveling 4

- * *Dat ondersoek ingestel word na die siening van geregistreerde verpleegkundiges van hul pasiënt-onderrig funksie, met die oog op her-oriëntering en motivering deur middel van indiensopleiding.*

- * *Dat ondersoek ingestel word na die behoefte aan formele pasiëntonderrigprogramme in die hospitale van die Oranje-Vrystaat met die oog op die aanvulling van leemtes in hierdie verband.*

3. EMOSIONELE ONDERSTEUNING (VOORKOMING EN VERLIGTING VAN ANGS)

Volgens die data wat met hierdie studie ingewin is, het 'n groot groep respondente nie veel emosionele ondersteuning benodig nie, en vir wie die verpleegsorg wat hulle ontvang het in alle opsigte bevredigend was. Daar was egter respondente in wie se emosionele behoeftes daar nie voorsien is nie. Sommige van hierdie respondente was bewus van die leemte, en andere het dit nie as 'n leemte in verpleegsorg beskou nie. Dit was nie deel van hul rolverwachting van verpleegkundiges nie.

Die oorgrote meerderheid van die respondente het gevind dat die verpleegkundiges vriendelik was en 'n mooi gesindheid openbaar het. Hul optrede het egter nie die verwagting laat posvat dat hulle persone was met wie 'n mens jou vrees en angs kon bespreek nie. Voorbeelde om hierdie stelling te staaf, is in Hoofstuk 6 gegee, en nog 'n paar sal vervolgens bespreek word.

Verskeie respondente wat in 'n groot mate vir fisiese versorging van die verpleegpersoneel afhanklik was, het getuig dat die personeel 'n gebrek aan sensitiwiteit vir hul behoeftes openbaar het. Een van hulle was 'n vrou wat bedlêend was na 'n mislukte spinale fusie. Sy het gesê dat sy "pap" gevoel het, en nie die moed of lus gehad het om te kla as sy te lank vir 'n ondersteek moes wag, of as sy nie genoeg hulp gekry het om te was of te eet

nie. Haar algemene gevoel was dat die personeel nie ingestel was om haar behoeftes raak te sien of te antisipeer nie, hoewel hulle almal vriendelik was en 'n mooi gesindheid openbaar het. Onder dié omstandighede sou sy nie die vrymoedigheid hê om enige probleme met 'n lid van die verpleegpersoneel te bespreek nie.

Een jong meisie wat 'n jaar ná 'n motorongeluk nog in 'n rolstoel was, en totaal afhanklik was van verpleegpersoneel vir die voorsiening in haar fisiese behoeftes, het ernstige leemtes ervaar. Sy het gesê dat die personeel hulle min gesteur het aan haar versoeke om haar deegliker te was en om haar te voer voordat haar kos koud geword het. Sy het 'n behoefte gehad aan geloofsversterking, maar in die lig van haar ervaring van hulle houding het sy nie gedink dat 'n verpleegkundige in staat was om haar hiermee te help nie.

In die voorbeelde wat hierbo aangehaal is, het die respondente se gebrek aan vertroue in die verpleegkundiges voortgespruit uit leemtes in hul fisiese versorging. Hieruit kan afgelei word dat die instrumentele en ekspressiewe funksies van die verpleegkundige verstrengel is, en dat swak fisiese versorging aanleiding mag gee tot emosionele skade aan die pasiënt. Die vrae wat spesifiek handel oor angs en emosionele ondersteuning, kan dus nie as die enigste maatstawwe van die respondente se belewenisse in dié verband beskou word nie. Laasgenoemde vrae is egter die enigstes wat statistieke oor dié aspek verskaf.

TABEL 7 - 6HET RESPONDENTE EMOSIONELE ONDERSTEUNING ONTVANG?

VRAAG	STREKKING VAN VRAAG	PERSENTASIE RESPONDENTE WAT GEEN ONDERSTEUNING ONTVANG HET NIE
55	Behoeftte aan voorligting aangaande diagnostiese of terapeutiese prosedure	13
60	Bespreking van ontstel= lende ervaring	36
61	Bespreking van onsekerheid opr toestand	50
62	Geestelike gesprek	96

Baie meer as 13% van die respondente het nie geweet wat om met diagnostiese of terapeutiese prosedures te verwag nie, maar die ander was, volgens hul eie getuienis, nie angstig daaroor nie. Wat betref vrae 60 en 61 was daar respondente wat hul probleme met iemand anders as 'n verpleegkundige bespreek het, en die persentasies wat in tabel 7 - 6 aangegee word, verteenwoordig diegene wat van niemand ondersteuning ontvang het nie. Vraag 62 het betrekking slegs op verpleegkundige tussentrede.

Die data wat in tabel 7 - 6 aangegee word, dui op 'n groot gebrek by verpleegkundiges in die uitlewing van hul ekspressiewe funksie.

Daar was min getuienis dat respondente emosionele ondersteuning van verpleegkundiges verwag het. Sekere getuienis het wel daarop gedui dat hulle dit nie verwag het nie. Dit kan uit response soos "Ek het nooit daaraan gedink nie", afgelei word.

Die bevinding dat respondente wat 'n behoefte aan emosionele ondersteuning gehad het, dit nie van verpleegkundiges verwag het nie, strook nie heeltemal met die navorsingsverslae wat in Hoofstuk 3 aangehaal is en op p.52 soos volg saamgevat is nie: "... dat pasiënte van die verpleegkundige verwag om te voorsien in hulle behoefte aan emosionele sekuriteit deur bedagsame, vaardige versorging en betekenisvolle kommunikasie".

Rolpersepsie van die respondente

Wanneer 'n mens hom in 'n vreemde situasie bevind, word sy persepsie van sy nuwe rol beïnvloed deur die rolgedrag van diegene wat in die situasie teenoor hom optree. So word 'n hospitaalpatiënt se rolpersepsie beïnvloed deur, onder andere, die verpleegpersoneel.

Te oordeel na response en opmerkings deur respondente, het 'n aansienlike aantal van hulle gevoel dat 'n "goeie pasiënt" een is wat nie eise stel nie en dat hulle graag beskou wou word as "goeie pasiënte". Dit het geblyk uit opmerkings soos "Ek wou nie pla nie, want hulle is so besig". Dit het ook geblyk uit response wat daarop gedui het dat die verpleegpersoneel onbewus was van hul behoeftes en probleme, byvoorbeeld van die feit dat respondente snags nie kon slaap nie, of 'n swak eetlus gehad het. Hierdie respondente het hul ongerief in stilte verduur om aan hul siening van die pasiëntrol te voldoen. Ander response en opmerkings wat hierdie stelling staaf, was "Mag ek dan soiets vra?", "Ek weet mos nie wat is my regte nie". Sulke opmerkings maak dit duidelik dat niks gedoen is deur die verpleegpersoneel om hulle aan te moedig om hul behoeftes uit te spreek nie.

Die persepsie van die pasiëntrol wat deur die respondente openbaar is, stem ooreen met die bevindinge van navorsers wat in Hoofstuk 3, p.52, aangehaal is, onder andere dat pasiënte hard probeer om te konformeer aan hulle idee van die verpleegkundige se verwagting van 'n "goeie pasiënt".

'n Tweede aspek van die respondente se rolgedrag wat na vore tree uit die studie, is hulle afhanklikheid. Die respondente wat goed ingelig was aangaande hul behandeling, was in die minderheid, en daar was nog minder wat besorgd was oor hul eie onkunde. Opmerkings soos "Ag nee wat, suster weet mos wat sy doen" en "Dit is mos die dokter en suster se verantwoordelikheid" staaf hierdie stelling.

Die redes vir die oormatige afhanklikheid van die respondente en vir die versuim van verpleegkundiges om onafhanklikheid aan te moedig, kan nie uit hierdie ondersoek afgelei word nie. Die bevindinge van navorsers soos Coe (1970), Duff en Hollingshead (1968) en Skipper en Leonard (1965), soos in Hoofstuk 3, pp. 47-49 bespreek, kan egter as aanduidings dien.

Die gevolgtrekking wat gemaak kan word uit die respondente se ervaring van emosionele ondersteuning, is dat diegene wat dit werklik nodig gehad het, dit nie gekry het nie. Verder is dit duidelik dat hierdie respondente nie hul behoeftes aan die verpleegkundiges openbaar het nie. Geen vertrouensverhouding kon dus tussen hulle bestaan het nie. Die gebrek aan 'n vertrouensverhouding met 'n verpleegkundige kan in verband gebring word met die afhanklikegedrag van die respondente, in die lig van Mooney (1976) se waarnemings, soos bespreek in

Hoofstuk 3, pp. 50 - 51. Die kern van Mooney se stelling, gegrond op Bowlby se aanhanklikheidsteorie, is: "Dit is eers nadat hy 'n vertrouensverhouding met haar opgebou het, dat hy sal kan begin werk aan sy onafhanklikheid".

Dit is te betwyfel of verpleegkundiges bewus is van bogenoemde leemtes in die uitoefening van hul ekspressiewe funksie, en die volgende aanbevelings word in dié verband gemaak:

Aanbeveling 5

Dat dit onder die aandag van verpleegkundiges in die kliniese situasie gebring word dat die afwesigheid van klagtes nie noodwendig beteken dat pasiënte nie dieperliggende probleme en angste het nie.

Aanbeveling 6

Die navorser doen graag Zind (1974) se aanbeveling aan die hand, soos uiteengesit in Hoofstuk 2, p.20, naamlik:

"dat kliniese verpleeg-spesialiste in geestesgesondheid in algemene hospitale aangestel word om met indiensopleidingsprogramme te help, en om as verpleegkundige rolmodelle op te tree in die hantering van pasiënte met emosionele probleme".

'n Ander naam vir so 'n verpleegkundige is 'n psigiatriese verpleegkonsultant en sy is iemand wat beskik oor 'n magistergraad in psigiatriese verpleegkunde.

SLOT

Benewens die voorsiening van basiese fisiese versorging, is onderrig en emosionele ondersteuning aan pasiënte jarelank reeds deel van alle leerplanne vir verpleegkundiges in Suid-Afrika. Tog blyk dit uit die bevindinge van hierdie studie dat min van veral laasgenoemde twee aspekte teregkom by dié pasiënte wat die grootste behoefte daaraan het.

Indien die studie kan bydra tot die opsporing van die redes vir die leemtes in hierdie verband, sodat doeltreffende aksie=programme ingestel kan word om hulle uit te skakel en sodoende die kwaliteit van verpleegsorg in ons hospitale te verbeter, sal die ondersoek in sy doel geslaag het.

BIBLIOGRAFIE

1. ABDELLAH, Faye G. et. al. Patient-centred approaches to nursing. - New York: The MacMillan Company, 1960.
2. ABDELLAH, Faye, G. and Levine, Eugene. What patients say about their nursing care: Polling patients and personnel, Part I, in Hospitals : Journal of the American Hospitals Association, vol. 31, Nov.1, 1957. - pp. 44-48.
3. AIKEN, L. H. Patient problems are problems of learning, in the American Journal of Nursing, vol. 70, no.9.- pp. 1916-1918.
4. ANDERSON, Evelyn R. The role of the nurse : views of the patient, nurse and doctor in some general hospitals in England. - London : Royal College of Nursing, 1973. - The Study of Nursing care project reports; Series 2, no. 1.
5. BABBIE, Earl R. Survey research methods. - Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, Inc., 1973.
6. BAILEY, June T. The critical incident technique in identifying behavioral criteria of professional nursing effectiveness, in Nursing Research, vol. 5, no. 2, Oct. 1956. - pp. 52-64.
7. BAILEY, Kenneth D. Methods of social research. - New York: The Free Press, 1978.
8. BELAND, Irene L. Clinical nursing : pathophysiological and psychosocial approaches. - New York: The Macmillan Company, 1965. (8th printing, 1969).
9. BERGERON, J. H. A patient's plea : Tell me, I need to know, in the American Journal of Nursing, vol. 71, no.8. - pp. 1572-1573.
10. BLACKWELL, C.A. P.E.G. and angiography : A patient's sensations, in the American Journal of Nursing, vol. 75, no. 2. - pp.264-266.
11. BOTHA, J. S. en GOUWS, R. Die verpleegsorgplan in aksie, in Suid-Afrikaanse Verplegingstydskrif, vol. 44, no. 10, Okt. 1977. - pp. 13-16.
12. BRIGGS, Asa. Report of the Committee on nursing. - London: H. M. Stationery Office, 1972.
13. BROWN, Esther Lucile. Nursing for the future : A report prepared for the National Nursing Council. - New York: Russell Sage Foundation, 1948.

14. BROWN, Esther L. Meeting patients' psychosocial needs in the general hospital, in Skipper, J. K. Jr. and Leonard, Robert C. Social Interaction and patient care. - Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1965. - pp. 6-15.
15. BROWNING, M. H. (ed.) The nursing process in practice. - New York: The American Journal of Nursing Company, 1974.
16. BRUNNER, L. S. and Suddarth, D.S. Textbook of medical-surgical nursing. - 3rd ed. - Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1975.
17. BULLOUGH, B. and Sparks, C. Baccalaureate degree nurses : The Care-cure dichotomy, in Nursing Outlook, vol. 23, no. 11, Nov. 1975, pp. 688-692.
18. CHAMINGS, P. A. "Need a little help . . .", in the American Journal of Nursing, vol. 69, no. 9. - pp.1918-1920.
19. CILLIERS, S. P. Maatskaplike navorsing. - Stellenbosch: Kosmo-uitgewery, 1973.
20. CIUCA, R. L. Over the years with the nursing care plan, in Nursing Outlook, vol. 20, no.11, Nov.1972. - pp. 706-711.
21. COE, Rodney M. Sociology of Medicine. - New York: McGraw Hill, 1970.
22. COLLINS, D. L. and Joel, L. A. The image of nursing is not changing, in Nursing Outlook, vol. 19, no. 7, July 1972. - pp. 457-459.
23. CUDDY, C. V. Patient Questionnaire program improves hospital morale, in Hospitals : Journal of the American Hospitals Association, vol. 42, Dec.1.1968. - pp. 41-43.
24. DAVIS, Fred. (ed.) The nursing profession : Five sociological essays. - New York: John Wiley and Sons, Inc. 1966.
25. DOLAN, Josephine A. History of nursing. - Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1968.
26. DU TOIT, J. M. Statistiese Metodes : 'n inleiding vir studente in die Sielkunde, Opvoedkunde en die Sosiale Wetenskappe. - Hersiene uitgawe. - Stellenbosch: Kosmo-uitgewery Bpk., 1966.
27. DUFF, Raymond S. and Hollingshead, August B. Sicknes and Society. - New York: Harper and Row, 1968.
28. DU GAS, Barbara W. Introduction to patient care. - 2nd and 3rd eds. - Philadelphia: W. B. Saunders and Company, 1972 and 1977.

29. DYE, Mary C. Clarifying patients' communications, in The American Journal of Nursing, vol. 63, no. 8. - pp. 56-59.
30. EISENBERG, Donald H. Automated patient questionnaire program measures hospital's effectiveness, in Hospitals : Journal of the American Hospital Association, vol. 43, Sept.16, 1969. - pp. 66-68.
31. ELMS, Roslyn R. and Diers, Donna K. The patient comes to the hospital, in Nursing Forum, vol. 2, no. 3, 1963.- pp. 89-97.
32. EWELL, Charles M. Jr. What patients really think about their nursing care, in Modern Hospital, vol. 109, Dec. 1967. - pp.106-108.
33. FREEMAN, H. E. et.al. eds. Handbook of Medical Sociology. - 2nd. ed. - Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc., 1972.
34. FOX, DAVID J. Fundamentals of research in nursing. - 2nd. ed. - New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
35. FUERST, E. V. et.al., Fundamentals of nursing : The humanities and the sciences in nursing. - 5th ed. - Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1974.
36. GLASER, William A. Nursing leadership and policy: Some cross-national comparisons, in Davis, Fred. ed. The nursing profession : Five sociological essays.- New York: John Wiley and Sons, 1966. - pp.1-59.
37. GORHAM, William A. Staff nursing behaviors contributing to patient care and improvement, in Nursing Research, vol. 11, no. 2, Spring 1962. - pp.68-79.
38. HARRISON, P. H. Persverklaring in S.A. Verplegingstydskrif, vol. 36, no. 3, Maart 1969. - p.27.
39. HAY, Stella I. and Anderson, Helen C. Are nurses meeting patients' needs? in The American Journal of Nursing, vol. 63, no. 12. - pp.96-99.
40. HENDERSON, Virginia. The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education. --New York: The MacMillan Company, 1966.
41. HOVER, J. Diploma vs. degree nurses: Are they alike? in Nursing Outlook, vol. 23, no. 11, Nov.1975.- pp.684-687.
42. KASSEBAUM, Gene G. and Baumann, Barbara O. Dimensions of the sick role in chronic illness, in Jaco, E. Gartly, ed. Patients, Physicians and illness. - 2nd. ed. - New York: The Free Press, 1972. - pp.131-144.

43. KING, Stanley H. Social-psychological factors in illness, in Freeman, H. E. et al. eds. Handbook of Medical Sociology. - 2nd ed. - Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972. - pp.129-147.
44. KOTZE, W. J. Die verpleegster as sosiale wese in die verskaffing van 'n maatskaplike diens en die eise wat aan haar gestel word, in die Suid-Afrikaanse Verplegingstydskrif, vol. 35, no. 5, Mei 1968.- pp.7-11.
45. LEDERER, Henry D. How the sick view their world, in Skipper, J. K. Jr. and Leonard, R. C. Social interaction and patient care. - Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1965. - pp.155-167.
46. LEWIS, Lucile. Planning patient care. - Dubuque, Iowa: William C. Brown Company, 1970.
47. LITTLE, D. E. and Carnevali, D. L. Nursing care planning. - Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1969.
48. LONG, E. S. How to survive hospitalization, in the American Journal of Nursing, vol. 74, no.3. - pp.486-488.
49. LOOTS, I. Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersraad, ^{vereniging.} 1944-1969: 25 jaar van diens aan die gemeenskap gegrond op persoonlike en professionele verantwoordelikheid en etiek, in die Suid-Afrikaanse Verplegings=tydskrif, vol. 36, no. 11, Nov. 1969. - p.19.
50. LOOTS, I. Die groei en ontwikkeling van opvoedkundige verpleegkunde in die R.S.A., in die Suid-Afrikaanse Verplegingstydskrif, vol. 37, no. 8, Aug.1970.- pp.21-23.
51. LOOTS, I. en Vermaak, M. Pioneers of professional nursing in South Africa. - Bloemfontein: P.J. de Villiers, 1975.
52. LORD, E. A. My crisis with cancer, in the American Journal of Nursing, vol. 74, no. 4. - pp.647-649.
53. LYNAUGH, Joan E. and Bates, Barbara. The two languages of nursing and medicine, in The American Journal of Nursing, vol. 73, no. 1. - pp.66-69.
54. MacGREGOR, Frances C. Social science in nursing. - New York: Russell Sage Foundation, 1960.
55. MALLOY, J. Taking exception to problem-oriented nursing care, in The American Journal of Nursing, vol.76, no.4. - pp.582-583.
56. MAUKSCH, Hans O. The organizational context of nursing practice, in Davis, Fred ed. The nursing profession: Five sociological essays. - New York: John Wiley and Sons, 1966. - pp.109-137.

57. MAUKSCH, Hans O. Nursing : churning for change, in Freeman, H. E., et al. eds. Handbook of medical sociology.- 2nd. ed. - Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc., 1972. - pp.206-230.
58. MAUKSCH, I. G. and David, M. L. Prescription for Survival, in Browning, M. H. ed. The nursing process in practice. - New York: The American Journal of Nursing Company, 1974. - pp.1-11.
59. MAYERS, M. G. A systematic approach to the nursing care plan. - New York: Appleton-Century-Crofts, 1972.
60. MCFARLANE, J. The proper study of the nurse. - London: Royal College of Nurses of the United Kingdom, 1972. - Research project: The study of nursing care; Series 1.
61. MOONEY, Judith. Attachment/separation in the nurse-patient relationship, in Nursing Forum, vol. 15, no.3, Mar.1976. - pp.259-264.
62. MUMFORD, Emily and Skipper, J. K. Jr. Sociology in Hospital Care. - New York: Harper and Row, 1967.
63. MUNDINGER, M. N. and Jauron, G. D. Developing a nursing diagnosis, in Nursing Outlook, vol. 23, no. 2, Feb. 1975. - pp.94-98.
64. NEHRING, V. and Geach, B. Patients' evaluation of their care: Why they don't complain, in Nursing Outlook, vol. 21, no.5, May 1973. - pp.317-321.
65. NEW, Peter K-M et al. Too many nurses may be worse than too few, in Skipper, J. K. Jr. and Leonard, R. C. eds. Social Interaction and patient care. - Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1965. - pp.29-39.
66. NEWMAN, Margaret A. Identifying and meeting patients' needs in short span nurse-patient relationships, in Nursing Forum, vol. 5., no. 1, 1966. - pp.76-86.
67. NIGHTINGALE, Florence. Notes on nursing: What it is and what it is not. - Princeton: Brandon Systems Press, Inc. - 1970. (First published 1859).
68. NUTTALL, Peggy. Nursing in the year 2000, in Nursing Mirror and Midwives' Journal, vol. 141, no. 19, Nov.20,1975. - pp.41-42. - Summary of first Battersea Memorial lecture delivered to Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, on Nov.7, 1975.

69. PARSONS, Talcott. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure, in Jaco, E. Gartly ed. Patients, physicians and illness. - 2nd. ed. - New York: The Free Press, 1972. - pp.97-117.
70. PEARCE, E. ed. A general textbook of nursing. - 19th ed. - London: Faber and Faber, 1975.
71. PENDER, N. J. Patient identification of health information received during hospitalization, in Nursing Research, vol. 23, no. 3, May-June, 1974. - pp.262-267.
72. PEPLAU, Hildegard E. Interpersonal relations in nursing : A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. - New York: G. P. Putnam's Sons, 1952.
73. PERRINE, G. Needs met and unmet, in the American Journal of Nursing, vol. 71, no. 11. - pp.2128-2133.
74. PUTT, Arlene M. One experiment in nursing adults with peptic ulcers, in Nursing Research, vol. 19, no.6, Nov.-Dec. 1970. - pp.484-494.
75. RAPHAEL, Winifred. Patients and their hospitals: A survey of patients' views of life in general hospitals. - Revised ed. - London: King Edward's Hospital Fund for London, 1973.
76. RIEHL, J. P. and Roy, C. Conceptual models for nursing practice. - New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.
77. ROSENGREN, W. R. and Lefton, M. Hospitals and patients. - New York: Atherton Press, 1969.
78. SCHREIBER, L. A. and Van den Heever, K.D. Have you tried the "problem-oriented nursing record"? in the South African Nursing Journal, vol. 44, no.8, Aug. 1977. - pp.9-11.
79. SEARLE, C. 'n Suid-Afrikaanse verplegingscredo. - Pretoria: Universiteit van Pretoria, 1969. - Publikasies van die Universiteit van Pretoria; Nuwe reeks, No. 46.
80. SHAFER, K. N. et al. Medical-surgical nursing. - St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1958.
81. SKIPPER, J. K. Jr. Communication and the hospitalized patient, in Skipper, J. K. Jr. and Leonard, R. C. eds. Social interaction and patient care. - Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1965. - pp. 61-82.

82. SMITH, D. M. A clinical nursing tool, in Browning, M. H. ed. The nursing process in practice. - New York: The American Journal of Nursing Company, 1974.
83. SMITH, J. P. Sociology in nursing. - Edinburgh. - Churchill Livingstone, 1976.
84. STORLIE, F. Double entendre in a C.C.U., in the American Journal of Nursing, vol. 74, no.4. - pp.666-668.
85. STRAUSS, A. The structure and ideology of American nursing: An interpretation, in Davis, Fed. ed. The Nursing profession : Five sociological essays. - New York: John Wiley and Sons, 1966. - pp.60-108.
86. SUCHMAN, Edward. A. Stages of illness and medical care, in Jaco, E. G. ed. Patients, physicians and illness. - 2nd. ed. - New York: The Free Press, 1972. - pp.145-161.
87. TAGLIACOZZO, Daisy. The nurse from the patient's point of view, in Skipper, J. K. Jr. and Leonard, R. C. eds. Social Interaction and patient care. - Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1965. - pp.219-227.
88. TAGLIACOZZO, Daisy and Mauksch, H. O. The patient's view of the patient's role, in Jaco, E. G. ed. Patients, physicians and illness. - 2nd. ed. - New York: The Free Press, 1972. - pp.162-175.
89. TOWERT, S. Levels of nursing practice, in the South African Nursing Journal, vol. 34, no.2. Feb.1967. - pp.17-20.
90. TREECE, Eleanor W. and Treece, James W. Elements of research in nursing. - St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1973.
91. VAN RENSBURG, H. C. J. Mediese sosiologie vir verpleegsters. - Pretoria: Academica, 1975.
91. VENINGA, R. Communication: A patient's eye view, in the American Journal of Nursing, vol. 73, no.2. - pp.320-322.
92. VERMAAK, M. V. Twee praktiese maniere om verpleegsorg te verbeter, in die Suid-Afrikaanse Verplegings=tydskrif, vol. 44, no. 8, Aug. 1977. - pp.7-8.
93. VOLICER, B. J. and Bohannan, M. W. A hospital stress rating scale, in Nursing Research, vol. 24, no. 5, Sept.-Oct. 1975. - pp.352-359.

94. WANDEL, Mabel A. Guide for the beginning researcher.-
New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
95. WESSLER, Richard L. Patient opinions: What do they
really mean?, in Hospital Progress, July 1968. -
pp.50-53.
96. WAITE, Marguerite B. Importance of selected nursing activities,
in Nursing Research, vol. 21, no. 1, Jan.-Feb.1972.
- pp. 4-13.
97. WILLIAMS, K. Ideologies of nursing : Their meanings and
implications, in Nursing Times, vol. 70, no.32,
Aug. 8, 1974. - Occasional paper.
98. WRIGLESWORTH, J. M. and Williams, J.T. The construction of
an objective test to measure patient satisfaction,
in The International Journal of Nursing Studies,
vol. 12, no.3, 1975. - pp.123-132.
99. ZIND, R. K. Deterrents to crisis intervention in the hospital
unit, in Nursing Clinics of North America,
vol. 9, no. 1, March, 1974. - pp.27-36.

EERSTE VOORLOPIGE VRAELYS OOR PASIËNTE SE HOSPITAALERVARINGS

SAAL:

NAAM:

HUWELIKSTAAT

OUDERDOM.

BEROEP:

WOONPLEK: BLOEMFONTEIN. PLATTELAND. ANDER STAD.

OPNAME DATUM:

DATUM VAN ONDERHOUD:

DIAGNOSE:

WAS HIERDIE HOSPITALISASIE VERWAGS OF ONVERWAGS?

IS U DEUR ONGEVALLE OPGENEEM?

WAS U AL VOORHEEN 'N PASIËNT IN 'N HOSPITAAL?

HOE DIKWELS?

WATTER BYDRAE HET DIE VERPLEEGPERSONEEL GEMAAK OM U VERBLYF AANGENAAM
TE MAAK?

ONAANGENAAM OF MINDER AANGENAAM?

HUIDIGE HOSPITALISASIE

WAT MAAK U VERBLYF AANGENAAM?

MINDER AANGENAAM?

TWEEDE VOORLOPIGE VRAELYS OOR PASIËNTE SE HOSPITAALERVARINGS

SAAL:

NAAM:

HUWELIKSTAAT:

OUDERDOM:

BEROEP:

ADRES:

OPNAME DATUM:

DATUM VAN ONDERHOUD:

DIAGNOSE:

A. ORIËNTERING EN INLIGTING

1. Het u verwag om opgeneem te word in die hospitaal?
2. Hoe het u gevoel oor die vooruitsig om hospitaal-toe te kom?
3. Waarom het u hospitaal-toe gekom?
4. Wie is u naasbestaande?
5. Hoe voel hy / sy daaroor dat u hospitaal-toe moes kom?
6. Weet u wie is die hoof suster? 7. Ken u haar naam?
8. Ken u die verskil tussen susters, studente, assistente?
9. Hoe het u uitgevind?
10. Het u al met een van hulle gepraat oor dinge wat u nie verstaan nie of oor enigiets wat u pla?
11. Met wie? 12. Hoekom juis met haar?
13. Indien nie, is daar miskien 'n rede voor?
Geen probleme: Personeel te besig: Ander:
14. Ken al die verpleegpersoneel u naam?
15. Weet almal hoe om u te versorg?
16. Hoe spreek die verpleegpersoneel u aan?
17. Hoe voel u daaroor?
18. Was u al voorheen in 'n hospitaal? Hoe dikwels? Waar?
19. Was daar enigiets wat u verblyf voorheen besonder aangenaam of onaangenaam gemaak het?
20. Het u baie vreemd gevoel toe u hierdie keer hier in die saal ingekom het?
21. Hoe lank het dit geneem voordat u tuis gevoel het?

22. Wie het u vertel: waar die badkamer is Wanneer?
hoe laat etes bedien word
hoe laat Dr. verwag word
23. Wie het u vertel wanneer u na X-strale sal gaan
presies wat daar gedoen gaan word
watter voorbereiding u gaan kry
Was u ondervinding by X-strale soos u verwag het?
24. Herhaal 23 t.o.v. fisioterapie, bloedtoetse, L.P., ens.
25. Wie het vir u gesê: (a) wat u mag en nie mag doen voor
die operasie nie.
(b) Wat om te verwag wanneer u wakker
word na die operasie.
(c) Hoe om te draai, asem te haal en
te hoes na die operasie.
26. Is daar iets wat u nou weet wat u nie verwag het en wat u
graag voor die operasie sou wou geweet het?
27. Bel u familie hospitaal-toe? Kry u die boodskappe?
28. Hoe voel u oor die besoektye?
29. Hoe voel u familie oor die besoektye?
oor die versorging wat u kry?

B. HIGIËNE EN GEMAK

30. Is u vanoggend gewas? 31. Hoe vind u die volwasproses?
32. Kry u genoeg geleentheid om tande te borsel?
33. Kry u genoeg hulp om te was?
34. As iemand sou aanbied om u te help, sou u dit verwelkom?
35. Is u gemaklik? Word u gereeld gemaklik gemaak?

C. RUS EN SLAAP

36. Hoe slaap u tuis? 37. Hier?
38. Wat hou u hier uit die slaap?
39. Slaap u bedags hier? 40. Sou u graag wou?
41. Voel u dat u genoeg rus in die hospitaal?
42. Indien nie, redes?

D. VOG EN VOEDING

43. Drink u meer/minder hier as tuis? Rede?
44. Kan u die water bykom? 45. Wat maak u as u dors is en die kraffie is leeg?
46. Hoe is u eetlus? 47. Val die kos in u smaak?
48. Indien nie, weet die verpleegpersoneel dit?
49. Kry u genoeg tyd om klaar te eet?
50. Merk die verpleegsters op as u nie eet nie?
51. Dieet: Wat mag u nie eet nie?
52. Kry u altyd die regte kos?
53. Is daar ooit iets bv. in die saal, wat u eetlus bederf?
54. Sou u daarvan hou om aan tafel met ander pasiënte te eet?

E. UITSKEIDING

55. Het u enige probleme met u blaas?
56. Kom u gou genoeg by die latrine?
57. Kom die ondersteek/urinaal gou genoeg as u vra?
58. Weet u hoekom die kateter nie uitval nie?
59. Maak u dit self skoon? Verpleegster?
60. Hoe maak u as u opstaan? Omdraai?
61. Kan u die verpleegsters help met die meet en kaart van u inname en uitskeiding?
62. Het u probleme met hardlywidhgied? 63. Weet die verpleegpersoneel dit?
64. Wat word daaromtrent gedoen?

F. WOND

65. Hoe voel u wond?
66. Voel u dat die verpleegsters vaardig is met die versorging van u wond?
67. Dink u dit word dikwels genoeg versorg?
68. Voel u altyd gemakliker nadat dit versorg is?

G. MEDIKASIES

69. Weet u watter geneesmiddels u moet kry?
 70. Kry u dit soos Dr. dit voorgeskryf het?
 71. Weet u waarvoor elkeen is?

H. PYN

72. Verduur u enige pyn?
 73. Wat doen u as u pyn het?
 74. Hoe help die verpleegpersoneel u as u pyn het?
 75. Dink u hulle kan dalk meer doen? 76. Wat?

I. PRIVAATHEID

77. Voel u dat hier genoeg privaatheid is wanneer u dit wil hê;
 wonde; was; ondersteek; as personeel persoonlike sake be=
 spreek met u:

J. TYDVERDRYF

78. Wat doen u om die tyd om te kry?
 79. Indien verveeld, weet die verpleegpersoneel dit?
 80. Is daar iets anders wat u graag sou wou doen?

K. ONDERRIG

81. Hoe lank dink u sal u nog in die hospitaal wees?
 82. Hoekom dink u so?
 83. Hoe lank dink u sal dit wees voordat u weer heeltemal gesond sal wees?
 84. Wat sal u mag doen as u by die huis is en wat nie?
 85. Dink u hierdie siekte sal u lewenspatroon in die toekoms verander?
 86. Is daar iets wat u graag wil sê of vra?

V R A E L Y S

DIE KWALITEIT VAN SEKERE ASPEKTE VAN VERPLEEGSORG, VANUIT DIE OOGPUNT VAN SEKERE PASIËNTE IN DIE BLANKE ALGEMENE VERPLEEGOPLEIDINGSKOLE IN DIE ORANJE-VRYSTAAT

A. BIOGRAFIESE DATA

Naam:

Universitas Nasionaal Welkom Kroonstad Bethlehem

1. Hospitaal

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Tipe akkommodasie

Enkel kamer 2-6 Bed Groot saal

1	2	3
---	---	---

3. Geslag

Manlik Vroulik

1	2
---	---

4. Huwelikstaat

Getroud Weduwee Geskei Ongetroud

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Ouderdom

--	--

6. Bercep

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Woonplek

Stad/ groot dorp Klein dorp/ plaas Hier Elders

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Diagnose

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Getal dae in hospitaal

--	--

10. Datum van onderhoud

--	--	--	--	--	--

B. IDENTITEIT EN ORIËTERING

1. Is dit die eerste keer dat u 'n pasiënt in 'n hospitaal is?

Ja	Nee
1	2

2. Ken die verpleegpersoneel u naam?

Ja	Meeste	'n Paar	Nee
1	2	3	4

3. Hoe voel u oor die aanspreekvorm wat hulle teenoor u gebruik?

Tevrede	Ontevrede	Ontevrede oor sommige
1	2	3

4. Wie het die meeste gedoen om u hier te laat tuis voel?

Nooit vreemd gevoel	Verpleegsters	Pasiënte
1	2	3

5. Kan u vir my sê wie is die hoof-suster?

Ken naam	Ken gesig	Weet nie
1	2	3

6. Hoe het u uitgevind

Het haarself voorgestel	Uitgewys deur Verpleegster	Eie inisiatief	
1	2	3	4

7. Kan u vir my sê wie is:

1. Susters
2. Studente
3. Stafverpleegsters
4. Assistentente

Weet	Weet nie
1	2
1	2
1	2
1	2

8. Kan u vir my sê hoe verskil hulle pligte?

Verstaan	Vaag	Weet nie
1	2	3

9. Hoe het u dit uitgevind?

NVT	Verpleegster	Eie inisiatief
1	2	3

10. Hoe het u gevoel toe u besef het dat u hospitaal toe moes kom?

- Te siek/Geen tyd om te dink
- Besef dis die beste en aanvaar
- Bang vir onbekende
- Ambivalent
- Onwillig weens huislike/werksonstandighede

1
2
3
4
5

11. Het u op enige stadium voor of nadat u opgeneem is, behoefte gehad aan inligting oor enige van die volgende:

1. Hospitaalbeleid ten opsigte van besoekers buite besoekure
2. Wat om saam te neem en wat om tuis te los
3. Reëlins in verband met was van nagklere
4. Reëlins in verband met inkopies, pos en boodskappe
5. Reëlins in verband met radio's en T.V.
6. Haarkapperdiens
7. Ander (Spesifiseer)

Ja	Nee
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2

12. Hoeveel van die inligting het u gekry?

Alles	Meeste	Min	Niks
1	2	3	4

12. By wie?

Spreek= kamer	Eie inisiatief	Verpleegster spon= taan na opname	Niemand	Brosjure
1	2	3	4	5

14. Nadat u opgeneem is, het u behoefte gehad aan inligting oor enige van die volgende:

1. Telefoonboodskappe na en van naastestaandes
2. Saalroetines
3. Saalgeografie
4. Werking van klokkiestelsel

Ja	Nee
1	2
1	2
1	2
1	2

15. Hoeveel van hierdie inligting is spontaan deur verpleegsters aan u gegee?

Alles	Meeste	Min	Niks
1	2	3	4

16. Hoe voel u oor die besoekure?

Moeilik vir				
Tevrede	Te min	Te veel	my mense	Kry nie
1	2	3	4	5

17. Sou u daarvan hou as besoekers amptelik toegelaat word enige tyd tussen 10h00 en 20h00?

Ja	Nee	Met voorbehoud
1	2	3

18. Sou dit u familie en vriende beter pas as die huidige besoeekte?

Ja	Nee
1	2

C. BASIESE BEHOEFTE (FISIES)

C.1 HIGIËNE EN GEMAK

19. Hoe vind u die volwasproses?

Doel= NVT treffend	Ondoel= treffend	Kan verbeter
1	2	3

20. Het u ooit later in die dag behoefte om weer gewas te word of om op te knap?

NVT	Ja	Soms	Nee
1	2	3	4

21. Wat gebeur as u daarvoor vra?

N.V.T.

word gedoen

word nie gedoen nie

geen vrymoedigheid om te vra nie

1
2
3
4

22. Kry u genoeg geleentheid om tande te borsel?

NVT	Ja	Nee
1	2	3

23. Kry u genoeg hulp om te was? Hare te kam? Te skeer?

NVT	Ja	Meesal	Soms	Nee
1	2	3	4	5

C.2 RUS EN SLAAP

24. Wat hou u uit die slaap in die hospitaal?

N.V.T.

Geraas en/of ligte

pyn en/of ongemak

verpleegroetines

weet nie

ander

1
2
3
4
5
6

25. Wat doen die verpleegsters as u nie kan slaap nie?

NVT	Medikasies	Verpleeg= aksies	Hulle weet dit nie	Niks
1	2	3	4	5

26. Vind u baat by hulle optrede?

NVT	Ja	Nee
1	2	3

27. As u 'n keuse gehad het, sou u verkies om soggens 'n bietjie later te slaap?

Ja	Nee
1	2

C.3 VOEDING

28. Weet die verpleegpersoneel dat u eetlus swak is?

NVT	Ja	Ek weet nie	Nee
1	2	3	4

29. Wat doen hulle daaromtrent?

NVT	Verpleeg-aksies	Niks
1	2	3

30. Kan u vir my sê watter kosse u nie mag eet nie?

NVT	Verstaan	Vaag	Weet nie
1	2	3	4

31. Wie het die dieet aan u verduidelik?

NVT	Verpleegster	kundige	Ander	Niemand
1	2	3	4	5

32. Pla dit u dat u nie presies weet wat u nie mag eet nie?

NVT	Ja	Nee
1	2	3

33. Kry u genoeg hulp om te eet?

NVT	Ja	Meesal	Soms	Nee
1	2	3	4	5

C.4 UITSKEIDING

34. Word die ondersteek/urinaal gou genoeg gebring as u dit vra?

NVT	Ja	Meesal	Soms	Nee
1	2	3	4	5

35. Word dit gou genoeg verwyder as u klaar is?

NVT	Ja	Meesal	Soms	Nee
1	2	3	4	5

36. Wat maak u met die kateter as u opstaan of omdraai?

NVT	Verstaan	Verstaan nie
1	2	3

37. Wie het aan u verduidelik wat om te doen?

NVT Verpleegster Ander		
1	2	3

38. Voel u dat u skoon genoeg gehou word rondom die kateter?

NVT Ja Nee		
1	2	3

39. Help u die verpleegsters om rekord te hou van wat u drink en uitskei?

Goeie NVT begrip Vaag Nee			
1	2	3	4

34 40. Weet die verpleegpersoneel dat u hardlywig is?

NVT Ja Weet nie Nee			
1	2	3	4

41. Wat doen hulle daaromtrent?

Lakseer= Remediërende NVT middels Verpleegaksies Niks			
1	2	3	4

C.4 PYN

34 42. Word die pynstillers gou genoeg gebring as u dit vra?

NVT Ja Meesal Soms Nee				
1	2	3	4	5

43. Is daar enige ander manier waarop die verpleegpersoneel u pyn hanteer?

NVT Ja Nee		
1	2	3

44. Help dié metode?

NVT Ja Tot 'n mate Nee			
1	2	3	4

45. Kry u ooit die gevoel dat die verpleegpersoneel nie regtig beseft hoe erg u pyn is nie?

NVT Ja Meesal Soms Nooit				
1	2	3	4	5

D. TEGNIËSE VERSORGING

D.1 WONDSORG

34 46. Is u tevrede met die manier waarop u wond versorg word/behandeling toegepas word?

Nvt Ja Meesal Soms Nooit				
1	2	3	4	5

D.2 MEDIKASIES

34 47. Weet u watter geneesmiddels u moet kry en wanneer u elkeen moet kry?

Kennis NVT Ja onvolledig Nee			
1	2	3	4

48. Wie het dit aan u verduidelik? Eie

NVT	Verpleegster	Ander	inisiatief	Niemand
1	2	3	4	5

49. Pla dit u dat u nie weet nie?

NVT	Ja	Nee
1	2	3

* 50. Hoe het u gevoel oor die manier waarop die saak hanteer is nadat die toedieningsfout gemaak is?

NVT	Angs verlig	Angs verhoog
1	2	3

E. PSIGIESE BEHOEFTES

E.1 PRIVAATHEID EN TYDVERDRYF

51. Pla die gebrek aan privaatheid in die hospitaal vir u?

Ja	Ervaar geen gebrek	Nee
1	2	3

52. Sou u graag wou deelneem aan speletjies/handwerk om die tyd om te kry indien soiets gereël kon word?

Ja	Nee
1	2

E.2 VOORLIGTING, INLIGTING, EMOSIONELE ONDERSTEUNING

* 53. Hoe het u die toets/behandeling ervaar?

N.v.t.	1
Nie onaangenaam	2
Ongemaklik/pynlik	3
'n Verleentheid	4
Ongemaklik, pynlik en 'n verleentheid	5

54. Was u voor die tyd angstig hieroor?

NVT	Baie	Matig	Min	Niks
1	2	3	4	5

55. Watter van die volgende stellings weerspieël u gevoel oor die ervaring die beste:

N.V.T.	0
Ek is bly ek het nie vooraf geweet wat lê vir my voor nie.	1
Ek wens iemand het vooraf aan my verduidelik hoe dit gaan wees.	2
Ek is bly ek het geweet wat om te verwag.	3
Vooraf kennis sou geen verskil gemaak het nie	4
Ek wens ek het nie vooraf geweet nie	5

56. Wie het vooraf aan u verduidelik wat om te verwag?

Ander				
NVT Verpleegster spanlid Leek Niemand				
1	2	3	4	5

57. Kan u aan my verduidelik hoekom die prosedure op u uitgevoer is?

NVT Verstaan Vaag Weet nie			
1	2	3	4

58. Wie het dit aan u verduidelik?

NVT Verpleegster Ander spanlid Niemand			
1	2	3	4

* 59. Het u al 'n ontstellende ervaring wat u in die hospitaal gehad het, met 'n verpleegster uitgepraat?

NVT Ja Nee		
1	2	3

60. Hoekom nie?

N.v.t.

Weet nie met wie nie

Geen vrymoedigheid

Nooit daaraan gedink nie

Het ander konfidant

Praat nooit oor dinge wat my ontstel nie

1
2
3
4
5
6

* 61. Waarom het u nog nie u onsekerheid oor u toestand met suster bespreek nie?

N.v.t.

Weet nie watter een om te vra nie

Geen vrymoedigheid

Nooit daaraan gedink nie

1
2
3
4

E.3 GEESTELIKE ONDERSTEUNING

* 62. Hoe het die suster/verpleegster u behoefte om oor geloofsake te praat, hanteer?

N.v.t.

Het self geluister en gehelp

Toepaslike hulp geroep (bv. predikant)

Niks gedoen nie

Ek het behoefte nie uitgespreek nie

1
2
3
4
5

F. ALGEMENE GEVOEL

63. Watter een van die volgende stellings beskryf u gevoel oor u verpleegsorg die beste.

Die versorging is uitstekend, en die verpleegpersoneel is altyd bedagsaam.

Die versorging is goed, en die verpleegpersoneel is die meeste van die tyd bedagsaam.

Die versorging is goed, maar ek voel soms dat hulle nie regtig verstaan hoe ek voel nie.

Die versorging kon beter gewees het, en die verpleegpersoneel is nie juis bedagsaam nie.

Die versorging is swak, en die verpleegpersoneel het geen erg aan hulle pasiënte nie.

Die versorging kon beter gewees het, maar die verpleegpersoneel is altyd bedagsaam.

1
2
3
4
5
6

64. Hoe vergelyk die verpleegsorg wat u ontvang het met dit wat u verwag het?

Geen verwag= Beter Dieselfde Swakker ting gehad			
1	2	3	4

65. Is daar enigiets wat u graag wil byvoeg of vra?

GIDS VIR VRAELYSA.6 BEROEP

1. Professionele groep, bv.:

Administrators: staatsdiens

Argitekte en verwante beroepe

Dosente/onderwysers

Ingenieurs

Joernaliste

Kuns en vermaaklikheidsberoepe

Medici

Predikante

Regsgeleerdes

Sakelui (bv. direkteurs, uitvoerende beamptes, rekenmeesters, verkoopslui).

Verpleegkundiges en paramedici, (geregistreerd), maatskaplike werkers

Wetenskaplikes (bv. ekonome, navorsers)

2. Boere.
3. Ambagslui, tegnisi (sluit in nie-geregistreerde verpleegsters)
4. Administratiewe en klerklike werkers
5. Studente
6. Ongeskoolde werkers
7. Ander/werkloos

L.W. Huisvroue en afgetredes ressorteer onder eertydse beroep.

A.8 DIAGNOSE

1. Akute toestande met redelik tot goeie prognose.
2. Akute toestande met implikasies vir toekomstige lewenspatroon.
3. Akute episodes van chroniese toestande.
4. Geen diagnose: in vir ondersoeke.

Vrae gemerk met 'n %:

Vind eers uit of dit van toepassing is, en stel die vraag slegs indien van toepassing.

- C.19 Brei uit en gee leidrade, byvoorbeeld: "Word u hare deeglik gekam?", "Word u oral ewe goed gewas?", "Word u nagklere en linne altyd vars gehou?"
- D1.46 Vind uit watter soort behandelings kry die pasiënt en pas die vraag daarvolgens toe.
- E2.53 Soos by D1.

KORRELASIES EN BEDUIDENDHEID OP DIE 5% PEILA.1 STAD EN PLATTELAND. Punt biseriale korrelasies

Vraag	r_p bis	N	t	t volgens tabel	Beduidend of nie
B 2	,0456	192	0,6298	1,960	Nie beduidend
3	,092	192	1,277	1,960	Nie beduidend
4	,15	192	2,14	1,960	Beduidend
5	,39	192	5,9	1,960	Beduidend
6	,25	192	3,57	1,960	Beduidend
7 (a)	,267	192	3,8	1,960	Beduidend
7 (b)	,03	192	0,428	1,960	Nie beduidend
7 (c)	,054	192	0,77	1,960	Nie beduidend
8	,047	192	0,67	1,960	Nie beduidend
9	,0028	162	0,035	1,960	Nie beduidend
10	,14	192	7,0	1,960	Beduidend
11	,156	192	2,22	1,960	Beduidend (Tabel 2)
12	,365	52	2,8	2,008	Beduidend
13	,165	192	2,357	1,960	Beduidend
14	,438	192	6,738	1,960	Beduidend
15	,0159	192	0,227	1,960	Nie beduidend
16	,0195	192	0,278	1,960	Nie beduidend
17	,09	192	1,285	1,960	Nie beduidend
18	,005	192	0,07	1,960	Nie beduidend
19	,0438	106	0,45	1,984	Nie beduidend
20	,28	112	3,0	1,827	Beduidend
21	,2	112	2,2	1,827	Beduidend
22	,002	112	0,02	1,827	Nie beduidend

A.1 STAD EN PLATTELAND (vervolg)

Vraag	r_p bis	N	t	t volgens tabel	Beduidend of nie
B 23	,077	41	1,305	2,02	Nie beduidend
24	,126	90	1,26	1,99	Nie beduidend
25	,156	90	1,568	1,99	Nie beduidend
26	,05	55	0,364	2,006	Nie beduidend
27	,06	192	0,857	1,960	Nie beduidend
28	,11	44	0,73	2,017	Nie beduidend
29	,08	44	0,53	2,017	Nie beduidend
30	,274	44	1,851	2,017	Nie beduidend
31	,163	44	1,08	2,017	Nie beduidend
32	,15	13	0,5	2,160	Nie beduidend
33	,18	45	1,2	2,016	Nie beduidend
34 & 35	,04	212	0,588	1,960	Nie beduidend
36	,056	27	0,28		Nie beduidend
37	,645	27	4,24		Beduidend
38	,116	30	0,62	2,015	Nie beduidend
39	,355	48	2,59	1,913	Beduidend
40	,16	69	1,33	1,997	Nie beduidend
41	,08	60	0,615	2,0	Nie beduidend
42	,11	118	1,22	1,981	Nie beduidend
43	,005	40	0,03	2,021	Nie beduidend
44	,07	26	0,334	2,056	Nie beduidend
45	,09	118	0,978	1,981	Ni ebeduidend
46	,11	74	0,965	1,996	Nie beduidend
47	,08	153	1,0	1,960	Nie beduidend
48	,0229	153	0,286	1,960	Nie beduidend

A.1 STAD EN PLATTELAND (vervolg)

Vraag	r_p bis	N	t	t volgens tabel	Beduidend of nie
49	,023	84	0,209	1,992	Nie beduidend
51	,185	192	2,64	1,960	Beduidend
52	,0724	192	1,034	1,960	Nie beduidend
53	,08	166	1,028	1,960	Nie beduidend
54	,07	166	0,899	1,960	Nie beduidend
55	,11	166	1,417	1,960	Nie beduidend
56	,027	166	0,346	1,960	Nie beduidend
57	,089	166	1,155	1,960	Nie beduidend
58	,046	166	0,5897	1,960	Nie beduidend
59	,067	92	0,638	1,98	Nie beduidend
60	,075	50	0,524	1,99	Nie beduidend
61	,184	60	1,426	2,0	Nie beduidend
62	,4	26	2,13	2,056	Beduidend
63	,06	192	0,857	1,960	Nie beduidend
64	,076	192	1,055	1,960	Nie beduidend

A.2 AKKOMMODASIE. Punt biseriale korrelasies

Vraag	r_p bis	N	t	t volgens tabel	Beduidend of nie
16	,224	192	3,2	1,96	Beduidend
17	,044	192	0,623	1,96	Nie beduidend
18	,137	192	0,1957	1,960	Nie beduidend !
24	,053	90	0,5	1,99	Nie beduidend
51	,08	192	1,11	1,96	Nie beduidend
52	,024	192	0,33	1,96	Nie beduidend

A.3 GESLAG. Punt biseriale korrelasies

Vraag	r_p bis	N	t	t volgens tabel	Beduidend of nie
10	0,06	192	0,828	1,960	Nie beduidend
16	0,68	192	12,83	1,960	Beduidend
19	0,126	106	1,2989	1,984	Nie beduidend
25	0,44	90	4,597	1,99	Beduidend
27	0,484	192	7,634	1,960	Beduidend
49	0,19	84	1,752	1,992	Nie beduidend
52	0,519	192	8,370	1,960	Beduidend
54	0,238	166	3,1398	1,960	Beduidend
55	0,13	166	1,679	1,96	Nie beduidend
59	0,06	92	0,57	1,98	Nie beduidend
60	0,056	50	0,3886	1,99	Nie beduidend
62	0,10	26	0,4923	2,056	Nie beduidend

A.4 HUWELIKSTATUS. Punt biseriale korrelasies

Vraag	\bar{X} p	r_p bis	N	t	t vol= gens tabel	Beduidend of nie
59	Getroud	,03	92	0,2857	1,99	Nie beduidend
60	"	,04	50	0,277	1,99	Nie beduidend
61	"	,224	60	1,75	2,0	Nie beduidend

A.5 OUDERDOM. Biseriale korrelasies

Vraag	\bar{X} p	r_p bis	N	t	t vol= gens tabel	Beduidend of nie
B 4	-50	0,089	192	0,988	1,96	Nie beduidend
10	-50	0,09	192	1,03	1,96	Nie beduidend
16	-50	0,03	192	0,329	1,96	Nie beduidend
17	50+	0,11	192	1,22	1,96	Nie beduidend
19	-50	0,19	106	1,66	1,985	Nie beduidend
21	50+	0,169	81	1,26	1,993	Nie beduidend
24	-50	0,003	90	0,026	1,99	Nie beduidend
27	50+	0,0894	192	0,993	1,96	Nie beduidend
39	50+	0,04	48	0,22	1,913	Nie beduidend
49	-50	0,003	82	0,02	1,99	Nie beduidend
52	50+	0,2	192	0,238	1,96	Nie beduidend
54	50+	0,16	166	1,72	1,96	Nie beduidend
55	50+	0,274	165	3,3	1,96	Beduidend
57	50+	0,108	166	1,11	1,96	Nie beduidend
59	50+	0,215	92	1,82	1,99	Nie beduidend
60	-50	0,028	50	0,158	1,99	Nie beduidend
61	50+	0,067	60	0,411	2,0	Nie beduidend
63	-50	0,128	192	1,42	1,96	Nie beduidend

A.6 BEROEP. Produk-moment korrelaties

Vraag	t	N	t volgens tabel	Beduidend of nie
B 5	0,150	192	0,1414	Beduidend
6	0,158	61	0,234	Nie beduidend
8	0,228	192	0,1414	Beduidend
9	0,029	192	0,1414	Nie beduidend
16	0,145	192	0,1414	Beduidend
19	0,117	106	0,191	Nie beduidend
20	0,076	112	0,187	Nie beduidend
27	0,099	192	0,1414	Nie beduidend
36	0,479	27	0,381	Beduidend
45	0,122	118	0,183	Nie beduidend
46	0,013	74	0,229	Nie beduidend
47	0,054	153	0,158	Nie beduidend
51	0,174	192	0,1414	Beduidend
52	0,146	192	0,1414	Beduidend
55	0,028	166	0,153	Nie beduidend
59	0,247	92	0,205	Beduidend
60	0,031	50	0,279	Nie beduidend
63	0,066	192	0,1414	Nie beduidend
64	0,082	192	0,1414	Nie beduidend

A.7 WOONPLEK. Punt biseriale korrelasies

Vraag	\bar{X}_p	$r_{p \text{ bis}}$	N	t	t volgens tabel	Beduidend of nie
4	Elders	,218	192	3,11	1,960	Beduidend
10	"	,102	192	1,416	1,960	Nie beduidend
14	Hier	,263	192	3,75	1,960	Beduidend
16	Elders	,13	192	1,875	1,960	Nie beduidend
18	Hier	,075	192	1,04	1,960	Nie beduidend
60	"	,137	50	0,932		Nie beduidend
61	"	,03	60	0,23	2,0	Nie beduidend

A.8 DIAGNOSE. Produk-moment korrelasie

Vraag	t	N	t volgens tabel	Beduidend of nie
B 10	,029	192	,1414	Nie beduidend
17	,138	192	,1414	Nie beduidend
24	,166	90	,207	Nie beduidend
30	,103	44	,298	Nie beduidend
45	,055	118	,183	Nie beduidend
47	,098	153	,158	Nie beduidend
54	,100	166	,153	Nie beduidend
55	,160	166	,153	Beduidend
59	,038	92	,205	Nie beduidend
63	,069	192	,1414	Nie beduidend

A.9 GETAL DAE IN HOSPITAAL. Produk-moment korrelasies

Vraag	T	N	t volgens tabel	Beduidend of nie
63	0,141	192	0,1414	Nie beduidend
64	0,008	192	0,1414	Nie beduidend

DIE KWALITEIT VAN SEKERE ASPEKTE VAN VERPLEEGSORG,
VANUIT DIE OOGPUNT VAN SEKERE PASIËNTE IN DIE
BLANKE ALGEMENE VERPLEEGOPLEIDINGSHOSPITALE
IN DIE ORANJE-VRYSTAAT

Opsomming van 'n verhandeling vir die graad M.Soc.Sc. (Verpl.)

deur

M. V. Vermaak

Studieleier: Mej. L. R. Uys

September 1979

---oOo---

Hierdie studie is 'n beskrywende opname om vas te stel hoe pasiënte die verpleegsorg wat hulle ontvang, beleef. Die volgende navorsingsvrae is gestel:

1. Voorsien verpleegkundiges, volgens die oordeel van hul pasiënte, doeltreffend in die basiese behoeftes van daardie pasiënte, byvoorbeeld in hulle gemak en higiëniese behoeftes?
2. Voorsien verpleegkundiges in hul pasiënte se behoeftes ten opsigte van inligting en voorligting oor hulle siekte en behandeling? Dit sluit inligting aangaande die hospitaal-omgewing, roetine en diagnostiese toetse in, en voorligting oor aanpassings wat nodig mag wees weens hulle siektetoestand.
3. Voorsien verpleegkundiges in hul pasiënte se psigo-sosiale behoeftes, byvoorbeeld aan hulle behoefte aan die verligting van angs?

'n Literatuurstudie is onderneem en in die drie hoofstukke wat op die inleidende hoofstuk volg, bespreek. Eerstens word 'n historiese oorsig oor die ontwikkeling van die konsep "verpleging" in die V.S.A., Brittanje en Suid-Afrika, sedert die instelling van opleiding vir professionele verpleegkundiges deur Florence Nightingale, gegee. Vandag onderskryf Suid-Afrikaanse verpleegkundiges die siening van Peplau (1952, p.4) wat lui: "... nursing is an interpersonal process, and often a therapeutic one ... the operations involved in the nursing process are interpersonal and technical ones, but the process itself cannot be defined as technical."

Navorsing wat reeds gedoen is aangaande die pasiënt se belewenis van sy verpleegsorg word ondersoek. Dit gee 'n aanduiding van watter aspekte van verpleegsorg leemtes toon, wat as leidrade kan dien vir die navorsingsvrae en die ontwerp van die instrument. 'n Onderzoek na die metodes waarvolgens navorsing oor dié onderwerp gedoen is, het ook inligting verskaf wat gebruik kon word by die ontwerp van die instrument vir die studie.

Na 'n uiteensetting van die voorlopige studie word die ontwerp van die hoofondersoek bespreek. 'n Vraelys met 64 vrae is opgestel na aanleiding van die literatuurstudie en die voorlopige ondersoek. Dit is gebruik om gestruktureerde onderhoude te voer met 192 volwasse pasiënte in mediese en chirurgiese sale van die vyf algemene opleidingshospitale vir Blanke verpleegkundiges in die Oranje-Vrystaat.

Die response op die vrae is uiteengesit in verhouding tot die biografiese data, maar relatief min beduidende verskille is

aangetoon, byvoorbeeld tussen respondente in die stedelike en plattelandse hospitale, tussen mans en vroue, tussen verskillende beroepsgroepe, ensovoorts.

Die algemene beeld wat uit die resultate na vore tree, is dat 'n groot meerderheid van die respondente tevrede was met hul verpleegsorg. Geen patroon van ontevredenheid is uitgewys nie. Waar hulle kritiek uitgespreek het, of ongelukkig was, was dit oor spesifieke insidente of spesifieke aspekte van versorging. Die response wys leemtes in verpleegsorg uit waarvan die respondente onbewus was en wat hulle dus nie as leemtes ervaar het nie.

Navorsingsvraag 1

'n Gemiddeld van 7% respondente het leemtes ervaar in basiese versorging wat oorwegend handvaardigheid vereis, byvoorbeeld 'n bed was. Daar was egter 'n gemiddeld van 20% wat nie die nodige aandag ontvang het ten opsigte van versorging wat waarnemingsvaardighede as voorvereiste gehad het en wat die toepassing van professionele kennis vereis het nie, byvoorbeeld die hantering van slapeloosheid.

Navorsingsvraag 2

'n Gemiddeld van 29% respondente het nie die nodige oriëntering, inligting en voorligting ontvang nie.

Navorsingsvraag 3

Getuienis is gevind dat swak fisiese versorging en gebrekkige inligting en voorligting, spanning veroorsaak het by respondente, maar die getuienis kon nie statisties bepaal word nie. Volgens

die response op vier vrae wat spesifiek oor angs gehandel het, het 13%, 36%, 50% en 96% van diegene wat ondersteuning benodig het, dit nie gekry nie.

Aanbevelings is gemaak om kliniese onderrigprogramme op te knap sodat studente se waarnemingsvaardighede, die toepassing van teoretiese kennis en interpersoonlike vaardighede ontwikkel word. Daar is ook aanbeveel dat psigiatriese verpleegkonsultante in algemene hospitale aangestel word om verpleegkundiges te help met die uitoefening van hul ekspressiewe funksie.

---oOo---