

**DIE INVLOED VAN STRES OP VERPLEEGKUNDIGES IN 'N PRIVAAT  
HOSPITAAL: 'N WERKNEMERHULPPROGRAM PERSPEKTIEF**

deur

**TANYA VAN DER MERWE**

VOORGELê TER GEDEELTELIKE VERVULLING VAN DIE VEREISTES

vir die graad

**MAGISTER SOCIALIS DILIGENTIAE**

**Met spesialisering in Werknemerhulpprogramme  
MSD (WERKNEMERHULPPROGRAMME)**

in die

**FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE  
DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN PRETORIA**

**STUDIELEIER: DR. C.L. CARBONATTO**

**PRETORIA**

**MEI 2003**

**OPGEDRA AAN MY MAN,  
STEPHAN VAN DER MERWE**

## DANKBETUIGINGS

Aan my Hemelse Vader al die eer en erkenning vir die genade en ryke seeninge om hierdie mylpaal te kon bereik.

‘n Besondere woord van dank aan my studieleier, Dr. C.L. Carbonatto vir haar aanmoediging en bekwame leiding die afgelope jaar.

Die privaat hospitaal vir die toestemming om hierdie studie te kon uitvoer.

Mnr. James du Plessis en Mnr. M. Stichling wat die behoefte na hierdie ondersoek uitgewys het en my aangemoedig het.

Sr. Marizle Viljoen wat al die mediese terme, en verpleegkundige taal aan my verduidelik het en spesifieke aspekte binne verpleging, geklarifiseer het.

Al die verpleegkundiges van die privaat hospitaal waar ek werksaam is wat bereid was om ‘n bydrae te lewer.

Mev. Elana Mauer, navorsingskonsultant, Departement Statistiek, Fakulteit Ekonomiese en Bestuurswetenskappe vir die verwerking van die data, en Mev Gretel Crafford, statistikus, Departement Statistiek, Fakulteit Ekonomiese en Bestuurswetenskappe vir die analisering van die data.

Dr. Jannie de Beer vir die deeglike taalkundige versorging van die studie.

My ouers, Phil en Rina van Rooyen, suster, Marizle en broer, Emile vir ondersteuning en die volgehoue geloof dat die studie sal voltooi.

My man, Stephan, wat ten spyte van sy eie studies en die koms van ons eerste babatjie, steeds tyd gevind het om my te motiveer, aan te moedig en te ondersteun.

## **OPSOMMING**

### **DIE INVLOED VAN STRES ONDER VERPLEEGKUNDIGES IN 'N PRIVAAT HOSPITAAL: 'N WERKNEMERHULPPROGRAM PERSPEKTIEF**

KANDIDAAT : TANYA VAN DER MERWE  
DEPARTEMENT : MAATSKAPLIKE WERK  
STUDIELEIER : DR. C.L. CARBONATTO  
GRAAD : MSD (WERKNEMERHULPPROGRAMME)

Hierdie navorsingsondersoek is gerig op die invloed van stres op verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal vanuit 'n werknemerhulpprogram perspektief.

Stres onder verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal is ondersoek vanuit 'n werknemerhulpprogram perspektief. Daar is spesifiek gefokus op oorsake van beroepstres, impak van stres op die verpleegkundige, hantering van stres en uitbranding.

Werknemerhulpprogramme is bespreek met betrekking tot die doel en doelstellings van WHP, verskillende modelle van WHP – waar die voor- en nadele van elke model bespreek is, die funksies van werknemerhulpprogramme asook die standardelemente vir werknemerhulpprogramme. Laastens is daar gefokus op werknemerhulpprogramme, werksfunksionering en stresbestuur deur middel van werknemerhulpprogramme.

Die empiriese navorsing is deur middel van selfgekonstrueerde vraelyse wat per hand afgelewer is uitgevoer. Hieruit is die stres wat verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal ervaar geïdentifiseer, asook die mate waartoe stres hul werksfunksionering beïnvloed. Aanbevelings wat gemaak is sluit in dat werknemerhulpprogramme intern tot die privaat hospitaal beskikbaar gestel moet word, om sodoende hulp aan verpleegkundiges te verleen met betrekking tot streshantering, ontloftingsessies, ondersteuningsgroepe en streshanteringsprogramme.

## **SUMMARY**

### **THE INFLUENCE OF STRESS AMONGST NURSING STAFF IN A PRIVATE HOSPITAL: AN EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM PERSPECTIVE**

CANDIDATE : TANYA VAN DER MERWE  
DEPARTMENT : SOCIAL WORK  
SUPERVISOR : DR. C.L. CARBONATTO  
DEGREE : M SD (EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAMMES)

This research is focused on the influence of stress on Nursing Staff of a Private Hospital from an Employee Assistance Programme (EAP) perspective.

Stress amongst Nursing Staff in a Private Hospital has been researched from an EAP perspective. Specific focus was placed on the reason for job stress, the impact of stress on nursing staff, the handling of stress and burnout.

EAP's have been discussed in respect of the purposes and aims of EAP's, different models of EAP's, the advantages and disadvantages of different models have been discussed, the functions of EAP's as well as the standard elements of EAP's. Lastly focus has been on the operational functioning of EAP's and stress management of EAP's.

The empirical research has been conducted by means of self-constructed questionnaires which were hand delivered. The findings show that the stress experienced by nursing staff in a private hospital has been identified as well as the extent to which stress influenced their job functioning. Recommendations made, include inter alia, that EAP's must be made internally available to the Private Hospital in order to assist nursing staff with the handling of stress, stress-relief programmes, support groups as well as stress handling programmes.

## INHOUDSOPGAWE

Dankbetuigings	i
Opsomming	ii
Summary	iv
Inhoudsopgawe	v
Lys van figure	xiii
Lys van tabelle	xv

### HOOFSTUK 1

#### ALGMENE INLEIDING

1.1	Inleiding	1
1.2	Motivering vir die keuse van die onderwerp	1
1.2.1	Universiteitsvereiste	1
1.2.2	Eie belangstelling	2
1.2.3	Bevestiging vanaf hospitaal bestuur	2
1.2.4	Grondslag vir verdere navorsing	3
1.3	Probleemformulering	4
1.4	Doel van die studie	6
1.4.1	Doelstellings	6
1.4.2	Doelwitte	6
1.5	Navorsingsvrae	6
1.6	Navorsingsmetodologie	7
1.6.1	Navorsingsbenadering	7
1.6.2	Soort navorsing	7
1.6.3	Navorsingsontwerp	8
1.6.4	Navorsingsprosedure en werkwyse	9
1.6.4.1	Datainsameling	9

	vi	
1.6.4.2	Dataverwerking	10
1.6.5	Voorondersoek	10
1.6.5.1	Literatuurstudie	11
1.6.5.2	Konsultasie met kundiges	11
1.6.5.3	Uitvoerbaarheid van die ondersoek	12
1.6.5.4	Toetsing van vraelys	12
1.6.6	Omskrywing van universum, afbakening van steekproef en wyse van steekproefneming	13
1.6.6.1	Universum	13
1.6.6.2	Afbakening van steekproef	13
1.6.6.3	Wyse van steekproefneming	14
1.7	Definisies van hoofkonsepte	15
1.7.1	Werknemerhulpprogramme	15
1.7.2	Produktiwiteit	15
1.7.3	Stres	16
1.7.4	Verpleegkundige	16
1.8	Etiese aspekte	17
1.8.1	Ingeligte toestemming / skade met eksperimentele subjekte	17
1.8.2	Skending van privaatheid	17
1.8.3	Aksies en bevoegdheid van navorser	18
1.8.4	Vrystelling en publisering van bevindinge	18
1.9	Leemtes in die ondersoek	18
1.10	Indeling van navorsingsverslag	19

## **HOOFSTUK 2**

### **STRES ONDER VERPLEEGKUNDIGES**

2.1	Inleiding	20
2.2	Stres onder verpleegkundiges	20
2.3	Oorsake van beroepstres	23
2.3.1	Faktore intrinsiek tot die beroep	25



2.3.1.1	Swak of gevaarlike werksomstandighede	25
2.3.1.2	Oorlading en onderlading	25
2.3.1.3	Skofwerk	26
2.3.2	Rolle binne die organisasie	27
2.3.2.1	Verantwoordelikheid vir individue	27
2.3.2.2	Rolverwarring en –konflik	27
2.3.2.3	Deelname aan besluitneming	29
2.3.3	Verhoudings by die werk	29
2.3.4	Loopbaanontwikkeling	30
2.3.5	Organisatoriese struktuur en –klimaat	31
2.3.6	Eksterne organisatoriese faktore	32
2.4	Impak van stres op verpleegkundiges	33
2.4.1	Impak van stres op die verpleegkundige	34
2.5	Hantering van stres	37
2.5.1	Response teenoor stres	39
2.5.1.1	Negatiewe response teenoor stres	40
2.5.1.2	Positiewe response teenoor stres	42
2.5.1.3	Redes vir die strestoestand	44
2.5.1.4	Oefening	44
2.5.1.5	Slaap genoeg	44
2.5.1.6	Gesonde eetgewoontes	44
2.5.1.7	Hanteer stres	44
2.5.1.8	Ontspan	45
2.5.1.9	Bemoedig	45
2.5.1.10	Handhaaf goeie sosiale verhoudings	45
2.5.1.11	Wees realisties	45
2.5.1.12	Kry hulp	45
2.5.2	Uitbranding	46
2.6	Samevatting	49

**HOOFSTUK 3****WERKNEMERHULPPROGRAMME**

3.1	Inleiding	50
3.2	Werknemerhulpprogramme	50
3.2.1	Doelstellings en doelwitte van Werknemerhulpprogramme	52
3.3	Modelle van werknemerhulpprogramme	53
3.3.1	Interne model	54
3.3.1.1	Werkgewermodel (Bestuurs-Beheerde model)	55
3.3.1.2	Vakbondbeheerde model	57
3.3.2	Eksterne modelle van werknemerhulpprogramme	59
3.3.2.1	Dienssentrummodel/Kontraktuele model	59
3.3.2.2	Konsortiummodel	61
3.3.2.3	Noodlynmodel (“Hot-line”)	64
3.4	Funksies van werknemerhulpprogramme	66
3.5	Standaardelemente van werknemerhulpprogramme	67
3.5.1	Programontwerp	68
3.5.1.1	Advieskomitee	68
3.5.1.2	Behoeftebepaling	68
3.5.1.3	Diensleweringstelsels	69
3.5.2	Implementering	70
3.5.2.1	Beleidsverklaring	70
3.5.2.2	Implementeringsplan	71
3.5.3	Administrasie en bestuur van werknemerhulpprogramme	71
3.5.4	Direkte dienste	73
3.5.4.1	Krisisingryping	73
3.5.4.2	Identifisering en verwysing	73
3.5.4.3	Korttermyningryping	74
3.5.4.4	Monitering	74
3.5.4.5	Opvolg	74

		ix
3.5.4.6	Organisatoriese konsultasie	74
3.5.4.7	Opleiding van bestuurders, toesighouers en werkverteenvoordigers	75
3.5.4.8	Bemaking	75
3.5.5	Skakeling (netwerk)	75
3.5.6	Evaluasie	76
3.6	Werknemerhulpprogramme en werksfunksionering	77
3.7	Werknemerhulpprogramme en stresbestuur	79
3.8	Samevatting	80

## **HOOFSTUK 4**

### **NAVORSINGSBEVINDINGE OOR STRES IN 'N PRIVAAT HOSPITAAL ONDER VERPLEEGKUNDIGES EN HUL WERKSFUNKSIONERING, VANUIT 'N WERKNEMERHULPPROGRAM PERSPEKTIEF**

4.1	Inleiding	82
4.2	Navorsingsmetodologie	82
4.3	Navorsingsbevindings	83
4.3.1	Biografiese besonderhede	83
4.3.1.1	Geslag	83
4.3.1.2	Ouderdom	83
4.3.1.3	Huwelikstatus	84
4.3.1.4	Werksposisie	84
4.3.1.5	Ouderdom van kinders	85
4.3.1.6	Kwalifikasie	86
4.3.1.7	Jare in verpleging	87
4.3.2	Werkomstandighede	87
4.3.2.1	Werksaanstelling van reponent	88
4.3.2.2	Afdeling waar respondente werksaam is	88
4.3.2.3	Werkspatroom	91

		x
4.3.2.4	Jare indiens van hospital	91
4.3.2.5	Aantal persone wat saam met respondente werk	92
4.3.2.6	Beskouing van verpleging	93
4.3.2.7	Oorsake van werkstres	94
4.3.2.8	Aantal ure wat respondente werk	94
4.3.3	Werkstres	95
4.3.3.1	Hoe werkslading	96
4.3.3.2	Werkslading te laag	96
4.3.3.3	Take buite verpleegkundige se bevoegtheid	97
4.3.3.4	Flukturerende werkslading	97
4.3.3.5	Onrealistiese hoe verwagtings	98
4.3.3.6	Onsekerheid oor verantwoordelikhede	98
4.3.3.7	Werksekuriteit	99
4.3.3.8	Betrokkenheid by lewe en dood situasies	99
4.3.3.9	Blootstelling aan die dood	100
4.3.3.10	Vrees vir die opdoen van HIV/VIGS	100
4.3.3.11	Personeeltekorte	101
4.3.3.12	Swak werksomstandighede	101
4.3.3.13	Nie voldoende ondersteunende personeel	102
4.3.3.14	Werksure	102
4.3.3.15	Gebrek aan gespesialiseerde opleiding vir take	103
4.3.3.16	Moeilike pasiente	103
4.3.3.17	Gebrek aan deelname in beplanning en besluitneming	103
4.3.3.18	Lae professionele status	104
4.3.3.19	Gebrek aan werksbevrediging	104
4.3.3.20	Gebrek aan bevorderingsmoontlikhede	105
4.3.3.21	Verhoudings met kollegas	106
4.3.3.22	Verhoudings met bestuur	106
4.3.3.23	Werk versus eise by die huis	107
4.3.3.24	Probleme wat huistoe geneem word	107

		xi
4.3.3.25	Nietige take wat met professionele rol inmeng	108
4.3.3.26	Gebrek aan vertroulikheid onder die bestuur	109
4.3.3.27	Konflik met kollegas	109
4.3.3.28	Gebrek aan ondersteuning deur senior personeel	110
4.3.3.29	Lae besoldiging	110
4.3.4	Werksiening	110
4.3.4.1	Werksbevrediging	111
4.3.4.2	Ruimte vir verbetering in werk	111
4.3.4.3	Werksmotivering	112
4.3.4.4	Werksgesindheid	112
4.3.4.5	Oorweging van ander werk	112
4.3.4.6	Oorweging van ander beroep	113
4.3.4.7	Mate van stres wat aan die werk toegeskryf kan word	114
4.3.5	Streshantering	114
4.3.5.1	Hantering van stress	115
4.3.5.2	Stresverligting	117
4.3.5.3	Persone met wie respondent die vrymoedigheid het om oor probleme te praat	118
4.3.5.4	Verlof	118
4.3.5.5	Verandering van stresvlakke in werksituasie	119
4.3.5.6	Optredes waartoe respondente neig in hul alledaagse lewe	119
4.3.6	Professionele hulp	120
4.3.6.1	Professionele hulp ontvang	121
4.3.6.2	Professionele hulp wat respondente ontvang	121
4.3.6.3	Mate wat professionele hulp gehelp het	122
4.3.6.4	Die huidige behoefte aan professionele hulp	122
4.3.6.5	Die professionele hulp wat respondente 'n behoefte aan het	122
4.3.6.6	Steunstelsels onder verpleegkundiges	123

		xii
4.3.7	Voorstelle van respondente	123
4.3.7.1	Voorstelle om stres onder verpleegkundiges te Verminder	123
4.3.7.2	Positiewe aspekte met betrekking tot stress	124
4.3.7.3	Behoeftte aan streshanteringsprogramme	125
4.3.7.3.1	Voorstelle vir ander programme	126
4.3.7.4	Behoeftte aan werknemerhulpprogramme	126
4.4	Samevatting	128

## **HOOFSTUK 5**

### **SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

5.1	Inleiding	131
5.2	Samevatting	131
5.3	Gevolgtrekkings	133
5.4	Aanbevelings	137
5.5	Slotbeskouing	139

### **BRONNELYS** 141

### **LYS VAN BYLAE**

Bylaag	A	:	Toestemming van die bestuurder van die privaat Hospitaal.	146
Bylaag	B	:	Vraelys aan pasiente	147
Bylaag	C	:	Ingeligte toestemmingsbrief aan respondente	160

**LYS VAN FIGURE**

Figuur 1	:	Oorsake van beroepstres	24
Figuur 2	:	Gebeurtenis-stres-simptome van stres-negatiewe respons met betrekking tot chroniese stress	41
Figuur 3	:	Die dinamika van uitbranding	46
Figuur 4	:	Ouderdomsverspreiding	83
Figuur 5	:	Stres in werksposisie	84
Figuur 6	:	Kwalifikasies	86
Figuur 7	:	Jare in verpleging	87
Figuur 8	:	Werksaanstelling	88
Figuur 9	:	Stres van verpleging	93
Figuur 10	:	Oorsake van werkstres	94
Figuur 11	:	Hoë werkslading	96
Figuur 12	:	Take buite verpleegkundige se bevoegdheid	97
Figuur 13	:	Onrealistiese verwagtings	98
Figuur 14	:	Betrokkenheid by lewe en dood situasies wat stres veroorsaak	99
Figuur 15	:	Vrees vir die opdoen van HIV/VIGS	100
Figuur 16	:	Personeeltekorte	101
Figuur 17	:	Moeilike pasiënte	103
Figuur 18	:	Werksbevrediging	104
Figuur 19	:	Bevorderingsmoontlikhede	105
Figuur 20	:	Verhoudings met bestuur	106
Figuur 21	:	Neem probleme huis toe	107
Figuur 22	:	Nietige take wat met professionele rol inmeng	108
Figuur 23	:	Gebrek aan vertroulikheid onder die bestuur	109
Figuur 24	:	Lae besoldiging	110
Figuur 25	:	Werksbevrediging	111
Figuur 26	:	Ruimte vir verbetering in werk	111

		xiv
Figuur 27	: Oorweging van ander werk	112
Figuur 28	: Oorweging van 'n ander beroep	113
Figuur 29	: Mate van stres wat aan werk toegeskryf word	114
Figuur 30	: Verandering in stresvlakke	119
Figuur 31	: Professionele hulp ontvang	120
Figuur 32	: Het professionele hulp gehelp?	121
Figuur 33	: Wysies om stres onder verpleegkundiges te verminder	123
Figuur 34	: Positiewe aspekte rondom stress	124
Figuur 35	: Behoefte aan streshanteringsprogramme	125
Figuur 36	: Voorstelle vir programme	126
Figuur 37	: Behoefte aan werknemerhulpprogramme	126
Figuur 38	: Redes vir werknemerhulpprogramme binne hospitaalopset	127



**LYS VAN TABELLE**

Tabel 1	:	Modelle vir werknemerhulpprogramme	65
Tabel 2	:	Afdeling/saal waar werknemer werksaam is en die mate van stres wat ervaar word	89
Tabel 3	:	Respondente se hantering van stress	115
Tabel 4	:	Stresverligtingmetodes / middels	117
Tabel 5	:	Optredes waartoe respondente geneig is	120

## **HOOFSTUK 1**

### **ALGEMENE INLEIDING**

#### **1.1 Inleiding**

In vandag se lewe word spanning in die individu veroorsaak deur verskillende faktore, onder andere werksdruk, finansies, die gesin, die ekonomie van die land en traumatiese gebeure. Dit word algemeen aanvaar dat stres in die individu oorgedra word na die werksplek en ook stres in die werksplek word oorgedra na die individu. Werksfaktore kan dus stres veroorsaak, wat resulteer in fisiese en psigologiese probleme of siektes by die individu. Die navorser het in hierdie studie bepaal watter stres mediese personeel in 'n privaat hospitaal ervaar en wat die faktore is wat stres veroorsaak, sodat gevolgtrekkings met betrekking tot stres onder mediese personeel in 'n privaat hospitaal gemaak kon word, om sodoende aanbevelings te kon maak om stres onder werknemers aan te spreek deur middel van Werknemerhulpprogramme. Werknemerhulpprogramme is 'n effektiewe metode in maatskaplike werk wat werknemerprobleme aanspreek.

#### **1.2. MOTIVERING VIR DIE KEUSE VAN DIE ONDERWERP**

##### **1.2.1 Universiteitsvereiste**

Die navorser is aan die begin van 'n loopbaan in Werknemerhulpprogramme, waar navorsing 'n voorvereiste is ter gedeeltelike vervulling van die graad, M.SD (Werknemerhulpprogramme). Die navorser wil graag navorsing oor die genoemde onderwerp doen, grootliks vanweë 'n belangstelling oor stres en die moontlike invloede hiervan op personeel se werksfunksionering en ook vanweë 'n belangstelling in Werknemerhulpprogramme.

### **1.2.2 Eie Belangstelling**

Die navorser is werksaam in 'n privaat hospitaal, te Pretoria en het die behoefte van werknemers raakgesien om stres en spesifieke probleme wat werknemers ondervind te help hanteer of oplossings daarvoor te soek. Werknemerprobleme kan deur middel van Werknemerhulpprogramme aangespreek word. Werknemerhulpprogramme is 'n veld in maatskaplike werk wat die navorser se belangstelling prikkel, aangesien dit 'n besondere manier van maatskaplike hulpverlening is. Hierdie navorsingsvoorlegging sal handel oor die beoogde studie wat die navorser wil onderneem in 'n privaat hospitaal.

Die navorser stel belang in die invloed wat stres op die individu het, asook die werksplek, en die stres in die werksplek op die individu. Die navorser is geïntresseer in die faktore wat tot stres bydrae onder werknemers in die mediese opset. Die mediese veld is in 'n groot mate onbekend vir die navorser, hoewel groot belangstelling daarvoor bestaan, dus wil die navorser nie net die stresfaktore bepaal nie, maar ook die mediese veld verken.

Die navorser stel belang in mense en hoe stres en verwante maatskaplike probleme werknemers se werksprestasie beïnvloed. Nuuskierigheid bestaan by die navorser rakende watter probleme, met betrekking tot stres die werknemers ervaar, die intensiteit van die probleme en die hantering daarvan. Moontlike oplossings en hulpverlening kan aan die privaat hospitaal gebied word by die wyse van dienslewering deur die navorser, mits die navorsingsstudie daarop dui.

### **1.2.3 Bevestiging vanaf hospitaal bestuur**

Die navorser het tydens kontakmaking met die Menslike Hulpbron Onderbestuurder van die privaat hospitaal, te Pretoria waar navorser werksaam is, tot die besef gekom dat daar wel Werknemerhulpprogramme beskikbaar is vir werknemers van die hospitaal, maar dat dit 'n eksterne program is en op noodlyn basis gebruik word. Volgens die Onderbestuurder

van Menslike Hulpbronne van die privaat hospitaal gebruik hulle die noodlyn model van werknemerhulpprogramme. Hulle vind dat dit nie deurgaans effektief is nie, aangesien daar probleme bestaan in die hospitaal wat met behulp van persoonlike kontakmaking van 'n werknemerhulppraktisyn meer doeltreffend en effektief kan wees. Die hantering van traumatiese gebeurtenisse is 'n probleem wat doeltreffend met 'n interne werknemerhulpprogram aangespreek word.

Volgens Meyers (1984:69) is 'n model die werkswyse van 'n organisasie se werknemerhulpprogramme wat gevolg word om die behoeftes van werknemers met probleme aan te spreek. Die navorser het tydens kontakmaking met die Onderbestuurder van Menslike Hulpbronne, bewus geword van die leemtes van die bestaande werknemerhulpprogram en die aard van die probleme wat werknemers van die privaat hospitaal ervaar, naamlik; stres- en konflikthantering, finansiële probleme, probleme in die huwelik en verhoudingsprobleme, trauma ontlooting, regte van werknemers en ander regsbehoefte.

#### **1.2.4 Grondslag vir verdere navorsing**

Die resultate van hierdie navorsingsverslag kan dien as riglyne vir Werknemerhulpprogramme en programme vir die effektiewe hantering van stres, wat vanuit die privaat hospitaal aangebied kan word. Die navorsing kan gesien word as die grondslag van hulpverlening en produktiwiteitsbevordering van werknemers en die aanspreek van spesifieke behoeftes van die werknemer, waar veral op die positiewe kragte in mense gefokus word.

Volgens die terugvoerverslag van die Employee Well-being Program (2001:55) word die werknemer gesien as "a key organisational resource." Verder word gemeen dat "if the right conditions exist, employees will contribute towards improving the quality of their own work experience and therefore also contribute towards the overall effectiveness of the organisation." Wanneer daar dus aandag gegee word aan die werknemer se

probleme en behoeftes kan die effektiwiteit van die organisasie verhoog. Hieruit kan verdere navorsing voortvloei.

### 1.3 PROBLEEMFORMULERING

Sauter & Murphy (1995:4) meen dat verpleeging besliste werkstres faktore behels onder meer die hoë verantwoordelikeidsvlak teenoor blootstelling aan aansteeklike siektes en blootstelling aan geweldadige pasiënte. Volgens 'n opname in 1993 is gevind dat stres verwante siektes (uitbranding, moegheid, spanning, depressie, slaap- en eetstoornisse) meer algemeen voorkom onder verpleegpersoneel as in die algemene populasie (Sauter & Murphy 1995:4). Guralnick (in Sauter & Murphy 1995:4) meen dat selfmoord onder gesondheidsprofessies baie hoër is as in ander professies, waar onder verpleeging streng onder die vergrootglas kom.

Stres is die ervaring van eksterne en interne stimuli wat fisiese en psigologiese gevolge soos spanning en moegheid teweeg bring (vergelyk Stamm, 1999:xxxvii en Ivancevich & Ganster, 1987:6). Stres kan dus 'n probleem word in die werkplek aangesien die individu gespanne en moeg is en dit heel moontlik kan reflekteer op die mense met wie die individu in aanraking kom. Stres in die mediese opset kan veroorsaak of bevorder word deur die verskillende opnames in 'n hospitaal, byvoorbeeld mense vanaf ongelukstonele, erg beseerde kinders, ernstige siektes, bejaardes wat op sterwe lê, die geboorte van babas met defekte. Die stres wat die mediese personeel ervaar impakteer gevolglik op hul werksfunksionering.

Stres het definitief 'n impak op die werknemer. Die werknemer ervaar spanning en moegheid, dit het 'n impak op die werknemer se gesin aangesien die werknemer die stres, spanning en moegheid dus huis toe neem. Hierdie stres reflekteer dikwels op die pasiënt deurdat die werknemer ongeduldig raak, gespanne optree, konsentrasie kan afneem wat meebring dat hierdie stres wat ervaar word tot uitbranding kan lei. Werknemerhulpprogramme kan stres van werknemers aanspreek, asook ondersteuning bied in die hantering van stres onder mediese personeel. Vir Werknemerhulpprogramme om stres

effektief en doeltreffend aan te spreek is dit van belang om die oorsake van stres te bepaal en soos Myers (1985:127) dit stel die positiewe en negatiewe gevolge van hierdie stressors in ag te neem om stres in die werkplek aan te spreek.

Grimes (1988:1), Masi (1982:72) en Moore (1985:15) is van mening dat alkoholisme, huweliksprobleme, finansies, persoonlike probleme, werkstres 'n invloed het op werksprestasie van die werknemer, wat weer 'n invloed het op gesinsverhoudinge en verhoudinge tussen personeel. Dit is dus belangrik om werknemerhulpprogramme daar te stel sodat die werknemer gehelp en bygestaan kan word deur middel van berading/terapie of verwysing na toepaslike gemeenskapshulpbronne.

Volgens Moore (1985:15) is die hoofdoelwitte van werknemerhulpprogramme die implimentering van 'n konfidensiële beradingsdiens om werknemers en hul gesinne by te staan met probleme wat hul persoonlike en werksfunksionering affekteer, opleiding en oriëntasie sessies aan werknemers, asook die ontwikkeling van menseverhoudinge en die verduideliking van werknemerhulpprogramme, sodat dit tot daadwerklike hulp vir die werknemers kan wees.

Die probleem wat verken word, naamlik stres van werknemers, lê opgesluit in die moontlikheid dat die privaat hospitaal hulpprogramme aan werknemers kan bied wat werknemers se probleme direk kan aanspreek, stresbestuur toe te pas, en produktiwiteit van werknemers kan verhoog.

## **1.4 DOELSTELLINGS EN DOELWITTE**

### **1.4.1 Doelstelling**

Die eksplorering van stres in 'n mediese werksopset en die impak daarvan op die verpleegkundige se werksfunksionering.

### **1.4.2 Doelwitte**

- (a) Om 'n teoretiese verkenning te doen met betrekking tot stres onder verpleegkundiges.
- (b) Om 'n omskrywing van Werknemerhulpprogramme, werksfunksionering en streshantering te bied.
- (c) Om 'n empiriese studie te onderneem van die stres wat verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal ervaar en die impak van die stres op werksfunksionering te verken.
- (d) Om riglyne te bied wat vir WHP praktisyns sal dien om werknemerhulpprogramme aan verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal te bied om sodoende stres onder verpleegkundiges aan te spreek.

## **1.5 NAVORSINGSVRAE VIR DIE STUDIE**

Volgens De Vos (1998:268) verleen navorsingsvrae buigbaarheid en vryheid om 'n spesifieke fenomeen in diepte te ondersoek. 'n Navorsingsvraag moet beantwoord kan word en die antwoord moenie reeds voorspel kan word voor die navorsing voltooi is nie.

- (a) Watter stres ervaar werknemers in 'n mediese opset?
- (b) Tot watter mate beïnvloed stres werknemers in 'n mediese opset hul werksfunksionering?

## **1.6 NAVORSINGSMETODOLOGIE**

### **1.6.1 NAVORSINGSBENADERING**

Maatskaplike navorsing is 'n wetenskaplike proses waarvolgens 'n sistematiese ondersoek na die teorie en praktyk van maatskaplike werk ingestel word. Dit is 'n doelbewuste en sistematiese soektog na antwoorde op vrae ten opsigte van Maatskaplike Werk (De Vos, 1998:19).

Navorsing het met behulp van die kwantitatiewe benadering geskied. Kwantitatiewe benadering volgens Neuman (1997:14) meet objektiewe feite, fokus op veranderlikes, is betroubaar, is onafhanklik van die konteks, analise is statisties van aard, daar word gebruik gemaak van veranderlikes, hipoteses, eenhede van analise en kousale verklarings. Statistieke, tabelle en diagramme sal in die verwerking van die data gebruik word. Volgens De Vos (1998:243) is die kwantitatiewe benadering meer as net data-insamelings metodes, dit is 'n manier waarmee die empiriese wêreld benader word. Kwantitatiewe benadering is dus die meting en analisering van feite, en word verwerk met behulp van statistieke en word voorgestel met behulp van grafieke, tabelle en figure.

Die kwantitatiewe benadering is volgens die navorser toepaslik vir die studie aangesien die navorser op objektiewe wyse data ingesamel het, die veranderlikes gekenmerk is as stres en werksfunksionering, en die data-analise is deur middel van statistieke geïnterpreteer.

### **1.6.2 SOORT NAVORSING**

Toegepaste navorsing is benut. Volgens De Vos (1998:69) het toegepaste navorsing te doen met die toepassing van navorsing in die praktyk met ander woorde toegepaste navorsing het 'n spesifieke intervensie ten doel. Neuman (1997:22) meen toegepaste navorsing probeer om spesifieke probleme op te los of om spesifieke take te bereik.



Verder meen Neuman (1997:22) ook dat die teorie nie as die sentrale oogmerk van toegepaste navorsing beskou word nie, maar egter die oplossing van 'n spesifieke probleem. Die spesifieke probleem in die private hospitaal is die effek wat stres op werksfunksionering het.

De Vos (1998:69) meen ook dat met toegepaste navorsing, gefokus moet word op die voorsiening van moontlike oplossings vir praktiese probleme. Daar is moontlike oplossings vir die probleem verskaf en aanbevelings is gemaak vir die hantering van spesifieke stressors wat stres veroorsaak.

### **1.6.3 NAVORSINGSONTWERP**

De Vos (1998:77) beskou navorsingsontwerp as die oorkoepelende plan of strategie waarop vrae beantwoord word en hipoteses getoets word. Die ontwerp spesifiseer die volgende:

- Eenheid van analise
- Steekproeftrekking
- Veranderlikes
- Hoe die informasie bekom is
- Data insameling
- Metingsprosedure en
- Die plan vir die analisering van data

Die verkennende ontwerp is vir die navorsing benut. Mouton en Marais (in De Vos 1998:124) meen verkennende ontwerp is die eksplorering van 'n onbekende navorsings gebied. Neuman (1997:19) beskou verkennende navorsing as die proses waar 'n nuwe veld, waaroor daar min navorsing gedoen is of min inligting is, geëksploreer word. 'n Basis van algemene idees en tentatiewe teorie word dus gebou op 'n kreatiewe en aanpasbare wyse wat verder geëksploreer word. Verkennende ontwerp is dus die eksplorering van 'n totale nuwe onderwerp waaroor min navorsing gedoen is. Met die verkennende ontwerp wil die navorser 'n basis vorm met idees en teorie wat op 'n latere stadium verder eksploreer kan word. Die navorser kon weinig

studies opspoor aangaande werknemerhulpprogramme in die hospitaalopset, maar het wel studies aangaande werknemerhulpprogramme en werkstres opgespoor.

#### **1.6.4 NAVORSINGSPROSEDURE EN WERKWYSE**

##### **1.6.4.1 DATAINSAMELING**

Vir doeleindes van hierdie studie, is daar van selfkontrueerde vraelyste gebruik gemaak, aangesien dit 'n kwantitatiewe data-insamelingsmetode is. Volgens De Vos (1998:89) is 'n vraelys 'n instrument met oop of geslote vrae of stellings waarop die respondent moet reageer. Volgens die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:70) is 'n vraelys 'n stel vrae op 'n vorm wat deur respondente voltooi word in belang van 'n navorsingsprojek.

Die navorser het gebruik gemaak van die volgende tipes vrae, naamlik:

- Digotome vrae
- Multikeuse vrae
- Voltooiingsvrae
- Stellingsvrae
- Geskaleerde vrae
- Oop en geslote vrae

Dus het die navorser soveel moontlike feite en opinies met betrekking tot die impak van stres op die werknemer in hospitaal opset, ingewin. Dieselfde vraelyste is aan elke respondent gegee om te voltooi sonder om dit met kollegas te bespreek. Die navorser het self die respondente gemotiveer om deel te neem aan die navorsing en die vraelyste te voltooi. Die navorser het die vraelyste binne een week terugkry, en kon dus die vraelyste vinnig verwerk. Die navorser het persoonlike kontak gemaak met die respondente en dus die hele doel en waarde van die navorsingsprojek aan die respondente verduidelik. Response van die respondente is verhoog deur die

persoonlike kontak van die navorser. Sou daar enige misverstande in die vraelyste voorkom kon die navorser dit self klarifiseer.

Die vraelyste kan onvoltooid wees of dit kan selfs wegraak, waarna die navorser 'n tweede vraelys moet uitgee. 'n Kleiner geografiese gebied kan gedek word, maar vir hierdie navorsingsprojek is dit nie juis 'n nadeel nie, aangesien die navorser al die mediese personeel van die hospitaal in die navorsingsprojek wil insluit.

Vir doeleindes van hierdie studie weeg die voordele van vraelyste per hand afgelewer swaarder as die nadele van so 'n vraelys. Die navorser is werksaam in die privaat hospitaal waar die studie onderneem gaan word, wat dus hierdie vraelyste geskik maak vir die studie. Die navorser kon die vraelyste met elke respondent deurgegaan en verduidelik het, en het dit ook binne 'n kort tydjie weer terugkry, wat dus die responsvlak verhoog het.

#### **1.6.4.2 DATAVERWERKING**

Data is met behulp van Mev. Elana Mauer, van die Departement Statistiek, Fakulteit Ekonomiese en Bestuurswetenskappe per rekenaar verwerk. Al die data is met behulp van die statistikus, Gretel Crafford, Departement Statistiek, Fakulteit Ekonomiese en Bestuurswetenskappe, geanaliseer hoofsaaklik volgens die frekwensie en persentasies. Vandaar kon die navorser dus die data interpreteer en afleidings maak. Die navorser het data dus op 'n wetenskaplike wyse verwerk.

#### **1.6.5 VOORONDERSOEK**

Die voorondersoek word deur Strydom (1998:179) gedefinieer as “trying it out on a small number of persons having characteristics similar to those of the target group of respondents”. Die voorondersoek is dus 'n korter, eenvoudiger en goedkoper ondersoek voor die hoofondersoek met die hoofdoel, toetsing. In die onderhewige ondersoek het die volgende aspekte tydens die voorondersoek aandag geniet, naamlik:

#### **1.6.5.1 Literatuurstudie**

Deur middel van 'n literatuurstudie kon die navorser op hoogte van bestaande relevante kennis rakende die verskillende aspekte soos die navorsingsontwerp kom. Strydom (1998:180) meen literatuurstudie het ten doel om die navorser in die breë te oriënteer met betrekking tot die beoogde navorsing, om sodoende te bepaal of daar wel literatuur beskikbaar is ten opsigte van die studie.

Die navorser het sowel internasionale as nasionale literatuur bestudeer, en het hoofsaaklik van die Akademiese Inligtingsdiens van die Universiteit van Pretoria, gebruik gemaak. Literatuur rakende werknemerhulpprogramme, gesondheidsbevorderingprogramme, werkstres, stres, streshantering, en algemene welsyn van die werknemer, produktiwiteit van die werknemer, asook berading van werknemers in gesondheidsorgopset is bestudeer.

#### **1.6.5.2 Konsultasie met kundiges**

Strydom (1998:180-181) meen konsultasie met kundiges is waardevol aangesien dit individue is wat opgelei is in spesialiteitsvelde, reeds navorsing onderneem het in spesifieke velde of wat reeds aktief betrokke is en ervaring opgedoen het met 'n spesialiteits gebied. Die navorser het met die volgende kundiges kontak gemaak, naamlik:

- Mnr J. Du Plessis – Bestuurder van die privaat hospitaal, 2002, te Pretoria
- Mnr. M. Stichling – Onder bestuurder van Menslike Hulpbronne van die privaat hospitaal, te Pretoria
- Mev. C. Bekker – Kliëntediens Bestuurder van die privaat hospitaal, te Pretoria
- Sr. L .van Eeden – Bevelsuster van Peuperium van die privaat hospitaal, te Pretoria
- Wyle Mev C.S. Mamasela – Lektor, Departement Maatskaplike Werk, Universiteit van Pretoria, was ten tye van die studie ook besig met doktorsale studie in WHP vir die staatshospitaalopset.

Onderhoude met die kundiges het bygedra tot idees vir die navorsingstudie, insig met betrekking tot die betrokke hospitaal se werknemerprobleme, motivering vir verdere navorsing en die uitbrei van kennis met betrekking tot die onderwerp van die studie. Die navorsingstudie is dus in 'n groot mate afgebaken en het meer gefokus daarna uitgesien.

#### **1.6.5.3 Uitvoerbaarheid van die ondersoek**

Die uitvoerbaarheid van die ondersoek hou ten doel met die praktiese beplanning van die navorsingsprojek, byvoorbeeld die vervoer, finansiering en tydsfaktore (Strydom, 1998:181). Die uitvoerbaarheid van die ondersoek is getoets na aanleiding van die konsultasie met die bogenoemde kundiges. Van belang is die behoefte wat die privaat hospitaal het ten opsigte van navorsing op die terrein, sodat werknemerhulpprogramme deur 'n werknemerhulppraktisyn meer doeltreffend en effektief gelewer kan word en behoeftes van werknemers daadwerklik aanspreek kan word.

Die navorsingstudie was ook uitvoerbaar ten opsigte van die feit dat die navorser toestemming gehad het vanaf die privaat hospitaal se bestuur. Die respondente was in so 'n mate beskikbaar, dat die navorser spesifieke afsprake kon maak met hulle in etensure. Die navorser het oor die nodige tyd beskik, hoewel dit effektief bestuur moes word, buite werksure. Die kostes van die studie beoog om nie van so aard te wees dat borge nodig is nie, en dus deur die navorser self gedek kan word. Die navorser is op die werksterrein van die respondente, en geen vervoerkostes was dus aangegaan nie.

#### **1.6.5.4 Toetsing van vraelys / meet instrument**

Volgens De Vos (1998:158) is loodstoetsing of toetsing van meet instrument baie belangrik vir beoogde navorsing, sodat 'n proefneming gemaak kan word van beoogde vraelys met behulp van 'n paar respondente wat nie deel is van die navorsing nie.

'n Konsepvraelys is vooraf aan 5 verpleegkundiges werksaam in die privaat hospitaal wat nie deel van steekproef was nie, beskikbaar gestel om te beantwoord. Indien vrae verkeerd verstaan is of glad nie verstaan is nie, is wysigings aangebring. Ten einde die betroubaarheid en geldigheid van die ingesamelde data te verhoog, is die respondente wat aan die toetsing van die konsepvraelys blootgestel is, nie in die steekproef ingesluit nie. Die aanbevelings met betrekking tot die vraelyste wat deur die respondente van die loodstoetsing gemaak is, is in ag geneem deurdat die navorser die uitvoerbaarheid en belang daarvan bepaal is en dienooreenkomstige aanpassings is gemaak.

#### **1.6.6 OMSKRYWING VAN UNIVERSUM, AFBAKENING VAN STEEKPROEF EN WYSE VAN STEEKPROEFNEMING**

##### **1.6.6.1 Universum**

Universum word deur De Vos (1998:190) omskryf as alle potensiële subjekte wat die eienskappe besit waarin die navorser belangstel. Die universum in hierdie studie is die mediese personeel in 'n privaat hospitaal, te Pretoria.

##### **1.6.6.2 Afbakening van steekproef**

Populasie word deur De Vos (1998:190) omskryf as individue binne die universum wat sekere karaktereenskappe besit, met ander woorde die populasie stel grense vir die studie eenhede. Die populasie is verpleegkundiges van die privaat hospitaal wat gedurende 2002 indiens van die betrokke Hospitaal is.

Volgens die Psigologie Woordeboek (1988:347) word steekproef omskryf as 'n eindige aantal gevalle (items, metings, individue, gebeure, ens) wat as verteenwoordigend van 'n populasie beskou word en wat bestudeer word met die doel om uitsprake oor die populasie as geheel te maak. 'n Steekproef vir doeleindes van hierdie studie is dus 'n groep van individue wat geselekteer is vir die studie vanuit persone binne die gedefinieerde populasie.

### 1.6.6.3 Wyse van steekproefneming

“n Steekproef verwys na die getal eenhede wat verteenwoordigend is van die totale getal eenhede in die betrokke populasie” (Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk, 1995:61). Die steekproef is saamgestel uit verpleegkundige personeel in ‘n privaat hospitaal in Pretoria, gedurende 2002.

Die wyse van steekproefneming is gestratifiseerde, toevallige waarskynlikheidseleksie uit verpleegkundiges van ‘n privaat hospitaal in Pretoria. Waarskynlikheidseleksie impliseer dat elke personeelid ‘n gelyke kans het om geselekteer te word vir die navorsingstudie (De Vos, 1998:195). Die steekproefneming is gestratifiseerd in die sin dat die hospitaal in stratas (sale in die hospitaal) verdeel word en klein subgroepe is persentasiegewys in die steekproef ingesluit (Strydom & De Vos, 1998:197). Hierdie wyse van steekproefneming is geskik vir die studie aangesien dit verseker dat die segmente van die populasie voldoende verteenwoordiging het, met ander woorde dat die verskillende sale in die hospitaal verteenwoordig is in die steekproef.

Die hospitaal het 411 mediese personeel, waarvan 24% sal deel uitmaak van die steekproef, met ander woorde 100 verpleegkundiges sal deel uitmaak van die steekproef. Verpleegkundiges sluit in onder meer verpleegbestuur, verpleegsusters, stafverpleegsters en assistentverpleegsters. Kriteria vir seleksie is net die feit dat respondente verpleegpersoneel moet wees van die privaat hospitaal in Pretoria in die jaar 2002, kan enige ouderdom wees, of ras en rang beklee, asook afrikaanssprekend.

## **1.7 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE**

### **1.7.1 *Werknemerhulpprogram (WHP)***

‘n Werknemerhulpprogram word volgens EAPA (Employee Assistance Professional Association) (1999:4) omskryf as ‘n werkplek gebaseerde program, ontwikkel om in identifisering en oplossing van produktiwiteitsprobleme te help en probleme geassosieer met werknemers wat beïnvloed word deur persoonlike probleme wat die volgende insluit, maar nie beperk is tot: gesondheid, huwelik, gesin, finansies, alkohol, dwelms, geregtelike probleme, emosioneel, stres en ander persoonlike probleme wat werksprestasie beïnvloed. Die navorser is van mening dat werknemerhulpprogramme een van die “voertuie” van maatskaplike werk in die praktyk is in die werkplek en nie noodwendig die hele veld van maatskaplike werk dek nie, met betrekking tot bekommernisse en resulterende intervensies.

Sonnestuhl (1986:1) definieër ‘n werknemerhulpprogram as ‘n werksgebaseerde program wat binne ‘n organisasie plaasvind met die doel om geproblemariseerde werknemers te identifiseer, en te motiveer om hul probleme op te los deurdat die werknemers toegang het tot berading en terapie.

Die navorser is van mening dat ‘n werknemerhulpprogram ‘n unieke program is wat hulp, leiding en bystand verleen aan die werknemer sowel die bestuur van ‘n organisasie met die kern van die program as die identifisering van die geproblematiseerde werknemer en die probleem van die werknemer en die mate waartoe die probleem werksprestasie beïnvloed.

### **1.7.2 *Produktiwiteit***

Volgens Sutermeister (1969:2) word produktiwiteit gesien as die uitsette van ‘n werknemer per uur met in ag neming van die kwaliteit daarvan, wat beïnvloed word deur faktore soos werksomstandighede, bestuur van die



organisasie en toerusting. Huysamen (1999:2-3) beskou produktiwiteit as die uitkomst per werknemer wat bepaal word deur die kapasiteit van die organisasie (kapitaal, toerusting, hulpbronne en fisiese fasiliteite vir elke werknemer), asook die doeltreffendheid van die produksie proses, met ander woorde die kwaliteit van die werknemers se insette.

Produktiwiteit is dus die prestasie van die werknemer in 'n spesifieke tydperioede wat dienooreenkomstig bydraend is vir die organisasie se ekonomiese groei.

### **1.7.3 Stres**

Volgens die Psigologiese Woordeboek (1988:351) is stres die totaliteit van liggaamlike en psigiese reaksies op nadelige en/of onaangename stimuli (insluitend eksterne omgewingstimuli soos gevaar, asook interne stimuli soos – veral langdurige – angs, hewige emosies, bekommernis en spanning). Myers (1985:126) meen stres is een van die natuurlike gevolge van enige eise wat geplaas word op 'n individu. Eise kan fisies of psigologies van aard wees. Eise binne die werksplek word gesien as stressors. Stressors gee aanleiding tot response – hetsy positief of negatief. Myers (1985:126) meen die negatiewe respons op stres is ongesond en destruktief, “it includes such adverse individual and organizational consequences as cardiovascular disease and high absenteeism associated with illness, decay, and death”.

Stres is dus die ervaring van stressors wat op positiewe of negatiewe wyses geïnterpreteer en hanteer kan word.

### **1.7.4 Verpleegkundige**

Die unieke funksie van die verpleegkundige is om die individu, siek of gesond, by te staan in die uitvoering van daardie aktiwiteite wat gesondheid of die herwinning daarvan bevorder (of 'n vreedsame dood), en wat hy sonder hulp sou uitvoer indien hy nie die nodige krag, wil of kennis gehad het (Uys & Mulder, 1991:24). Verpleegkundige is dus die mens wat verpleeg. Volgens

Sorenson & Luckman (1994:7) is die verpleegkundige die persoon wat sorg vir die mens in sy geheel, nie net vir die persoon se siekte nie, maar ook die persoon se omgewing.

Die verpleegkundige word dus gesien as 'n professionele persoon wat die siekes, gestremdes of hulpbehoewende individu versorg om sodoende algemene gesondheid van die individu te bevorder.

## **1.8 ETIESE ASPEKTE**

De Vos (1998:24) maak die volgende stelling, naamlik dat “ethics is a set of moral principles which is suggested by an individual or group, is subsequently widely accepted, and which offers rules and behavioural expectations about the most correct conduct towards experimental subjects and respondents, employers, sponsors, other researchers, assistants and students”.

Die volgende etiese aspekte is in ag geneem terwyl die navorser die studie onderneem het, naamlik:

### **1.8.1 Ingeligte toestemming / skade met eksperimentele subjekte**

Die respondente het toestemming verleen dat hul opinies in die navorsing gebruik kan word, hoewel hulle steeds anoniem bly. Die respondente weet presies wat die navorsing behels, deurdat die doel van die studie, en die moontlike effek van die studie, aan hulle deurgegee is.

### **1.8.2 Skending van privaatheid**

Die navorser het onder geen omstandighede van versteekte media gebruik gemaak nie, dienooreenkostig het die navorser die privaatheid van die respondente beskerm.

### **1.8.3 Aksies en bevoegdheid van navorser**

Die navorser het reeds in finalejaar BA (MW) navorsing en miniverhandeling afgehandel en het dus reeds ervaring met betrekking tot die uitvoer van 'n navorsingsprojek. Die navorser het met behulp van 'n studieleier die nodige leiding verkry en het die navorsing met verantwoordelikheid uitvoer.

### **1.8.4 Vrystelling/publisering van bevindinge**

Die navorser het gepoog om die finale navorsingsverslag so akkuraat, objektief, duidelik en onpartydig moontlik te hou. Die navorser het ook die nodige erkenning aan ander outeurs wie se bronne geraadpleeg is, gebied. (Vergelyk De Vos, 1998:25-33.) Die respondente en vraelyste is te alle tye anoniem en konfidensieël gehou.

Daar is dus geen etiese probleme wat voorsien is vir doeleindes van hierdie navorsingstudie nie.

## **1.9 LEEMTES IN DIE ONDERSOEK**

Na afloop van die ondersoek is die navorser in staat om die volgende leemtes in die ondersoek te identifiseer, naamlik:

- Geen navorsing is vanuit 'n werknemerhulpprogram perspektief oor stres onder verpleegkundiges gedoen nie. Dit impliseer dat literatuur vanuit ander dissiplines bestudeer is en van toepassing gemaak is binne 'n werknemerhulpprogram perspektief. Die navorser wat genoodsaak om bronne vanuit verpleegkunde en die bestuursveld te benut as gevolg van beperkte literatuur in Werknemerhulpprogramme oor die onderwerp.
- Aangesien 'n relatief bekende tema ondersoek is, maar vanuit 'n WHP perspektief, was dit noodsaaklik dat 'n hoofstuk spandeer is aan die detail van stres onder verpleegkundiges. Sodoende kon die implikasies van stres op die verpleegkundige uitgewys word en verstaanbaar gemaak

word vir 'n WHP-praktisyn. Dit impliseer dat die studie effens langer is as wat die vereiste is.

- Aangesien stres so baie aspekte van 'n verpleegkundige kan beïnvloed was dit belangrik gewees dat die navorser 'n deeglike behoeftebepaling moes doen met betrekking tot streservaring en die invloed van stres op die verpleegkundige. Dit het aanleiding gegee daartoe dat die vraelys 12 bladsye lank is.
- Sekere vrae wat handel oor die aantal personeel wat saam met respondent werk is onduidelik gevra, en is dus op verskeie wyses geïnterpreteer. Geen noemenswaardige interpretering kon hier gemaak word nie.
- Die verwerking van inligting wat vanuit die vraelyste verkry is, was tydrowend aangesien die vraelys verskeie oop vrae ingesluit het, wat geïntegreer moes word. Belangrike tendense het egter hieruit na vore gekom.
- Daar was geen keerdatum op die per hand afgelewerde vraelys aangetoon nie. Dit het veroorsaak dat die navorser elke dag vraelyste moes gaan aflewer het, en weer inwin. Die feit dat die respondente of dag of nagdiens gewerk het het die respons effens vertraag. Die navorser het wel al die vraelyste binne twee weke terug ontvang, en 'n 88% respons gehad.

### **1.10 INDELING VAN NAVORSINGSVERSLAG**

Hoofstuk twee sal handel oor stres onder verpleegkundiges, die impak van stres op werkfunksionering, asook die hantering van stres.

Hoofstuk drie sal handel oor werknemerhulpprogramme en die impak van werknemerhulpprogramme op werksfunksionering en stres hantering.

Hoofstuk vier sal die bevindinge en interpretasies van die empiriese ondersoek uiteensit en daar is gebruik gemaak van grafiese voorstellings, diagramme en tabelle. Die navorsingsverslag word afgesluit met 'n samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings omtrent die studie.

## HOOFSTUK 2

### STRES ONDER VERPLEEGKUNDIGES

#### 2.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk handel oor stres onder verpleegkundiges, watter faktore stres veroorsaak onder verpleegkundiges, stres wat pasiënte veroorsaak, stres en spanningsverskille tussen werksomgewing en vlakke van verpleging.

Die impak van stres op werksfunksionering word ook bespreek waar daar onder meer gefokus word op die koste van stres in verpleegkunde, asook die organisatoriese dinamika met betrekking tot mag, konflik en leierskap.

Vervolgens word die hantering van stres onder verpleegkundiges ook bespreek. Die negatiewe en positiewe response ten opsigte van stres word bespreek, oorsake van stres onder verpleegbestuur, die rol van die bestuur ten opsigte van die hantering van stres van verpleegkundiges, stresbestuur en ondersteuningsnetwerke onder verpleegkundiges.

#### 2.2 STRES ONDER VERPLEEGKUNDIGES

In 'n komplekse industriële samelewing is werk 'n sentrale deel in die lewens van alle individue. Werk speel 'n belangrike rol in 'n persoon se verlede, dit bepaal die hede en vorm die toekoms. Werk verleen 'n groot deel van persoonlike identiteit en selfbewuswording. Daar kan dus gesê word dat werk in komplekse organisasies waarskynlik 'n groot bron van stres vir die individu kan veroorsaak.

Volgens die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:62) is stres die totaliteit van fisiese en psigiese reaksies op nadelige en/of onaangename interne en/of eksterne stimuli, gekenmerk deur die versteuring van die homeostase tussen individu en omgewing.

Stres kan beskryf word as die ervaring van stressors wat op positiewe of negatiewe wyses geïnterpreteer en hanteer kan word. Christiaan (2000:121) onderskei tussen akute en kroniese stres.

- Akute stres word veroorsaak deur byvoorbeeld onaangename rolprente, onderstimulasie of oorstimulasie by die werk, onverwagte onbeheersde geraas, verlies aan status, elektriese skok, situasies wat handuit ruk, fisiese siekte, operasies, bedreiging vir selfvertroue en traumatiese gebeurtenisse.
- Chroniese stres kom byvoorbeeld van gebrek aan slaap, daaglikse irritasies, te veel of te min werk, rolstremminge en sosiale isolasie.

Stres is die groep liggaamsreaksies wat volg op die blootstelling aan bedreiging deur fisiese, sielkundige, infektiewe en ander faktore.

In enige beroep is daar potensiële stressors. In 'n studie waarin 130 beroepe gerankskik is volgens vlakke van stres, word verpleegkunde derde op die ranglys geplaas (Smythe & Wincor, 1984:3). Sauter & Murphy (1995:207) is ook van mening dat gesondheidsorgdienste een van die beroepe is wat baie stres ervaar, aangesien hierdie beroep 'n intense pas het waarvolgens daar gewerk moet word. Verpleegkundiges is gereeld betrokke by 'n hoë graad van blootstelling aan lewe-en-dood situasies, insluitend geweld en uiterste menslike emosies. Die verantwoordelikheid vir die versorging en interaksie met diegene wat siek is, is emosioneel veeleisend vir die verpleegkundige. Dit kan lei tot 'n groot mate van stres.

Verpleegkunde, volgens Uys & Mulder (1991:24), is 'n menslike, kliniese gesondheidswetenskap wat die kennisinhoud vorm vir die praktyk van persone wat as verpleegkundiges, insluitende vroedvroue, onder die Wet op Verpleging geregistreer of ingeskryf is. Verpleging is die fisiese, emosionele en geestelike versorging van 'n persoon. Verpleging het ten doel om siektes te voorkom asook gesondheid te bevorder van individue, gesinne en gemeenskappe (Taylor, Lillis & LeMone, 2001:10). Verpleegkunde is 'n wetenskap, die interaksie tussen menslike gedrag, **omgewing en siekte-**

gesondheid, asook beginsels vir die versorging en begeleiding van die sieke, in ooreenstemming met sy/haar totale menswees.

Taylor, Lillis & LeMone (2001:10) definieer die verpleegkundige 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”. Volgens Sorenson & Luckman (1994:7) is die verpleegkundige die persoon wat sorg vir die mens in sy geheel, nie net vir die persoon se siekte nie, maar ook die persoon se omgewing.

Die verpleegkundige word hiervolgens gesien as ‘n professionele persoon wat die mens in sy geheel versorg om sodoende algemene gesondheid van die individu en gevolglik die gemeenskap te bevorder. Hallas (in Smythe & Wincor, 1984:3) is van mening dat een uit elke drie verpleegkundiges op een of ander stadium uit verpleging tree. Daar moet ongetwyfeld ‘n rede wees vir hierdie statistiek, en talle vrae kom na vore naamlik:

- Watter eise word aan verpleegkundiges gestel?
- Is daar spesifieke kenmerke van ‘n verpleegkundige se werk wat dienooreenkomstig lei tot stres?
- Hoe vergelyk die ervaring van verpleegkundiges in verskillende werksomgewings en die rolle wat hulle vervul?
- Is daar enige werksbevrediging onder verpleegkundiges? (Bailey & Clarke, 1989:73.)
- Wat kan Werknemerhulpprogramme doen om hierdie werksomstandighede te verlig?

In hierdie studie gaan daar gepoog word om hierdie vrae te beantwoord. Daar moet egter eers gekyk word na die oorsake van beroepsstres, om sodoende ‘n groter begrip van stres onder verpleegkundiges te bekom.

### 2.3 OORSAKE VAN BEROEPSTRES

Stres word gesien as 'n toestand wat in individue voorkom wanneer hulle voel dat hulle nie meer die psigologiese ladings van die lewe kan hanteer nie (vergelyk Hagan & Palmgren, 1998:69). Houtman & Kompier (1995:209) meen wanneer hierdie toestand in die werkplek voorkom, dit bekendstaan as *werkstres/beroepstres*. Wanneer geen of swak herstel in hierdie toestand plaasvind, wat gesien kan word in emosionele, gedrags- en psigologiese response, kan dit in gesondheidsprobleme ontaard (Houtman & Kompier, 1995:209).

Daar is bevind dat chroniese werkstressors kan lei tot psigologiese simptome wat die volgende insluit: werk-ontevredenheid, spanning, angstigheid, depressie, verveeldheid, psigologiese uitputting, onttrekking en lae selfwaarde (Greenhaus & Parasuraman, 1987:41). Hierdie werkstressors moet op 'n effektiewe wyse binne die beroep hanteer word, sodat die individu wat hierdie simptome ervaar weer 'n sinvolle en produktiewe beroepslewe kan volg.

Potensiële stressors kom in enige beroep voor. Individuele verskille in persepsie en response gaan die verwagte uitkoms bepaal. Hingley & Cooper (1986:22) meen dat die gevolglike koste ten opsigte van fisiese en geestelike gesondheid nie net 'n koste is wat die individu moet dra nie, maar ook deur die organisasie waarin die individu werksaam is, asook die samelewing in geheel.

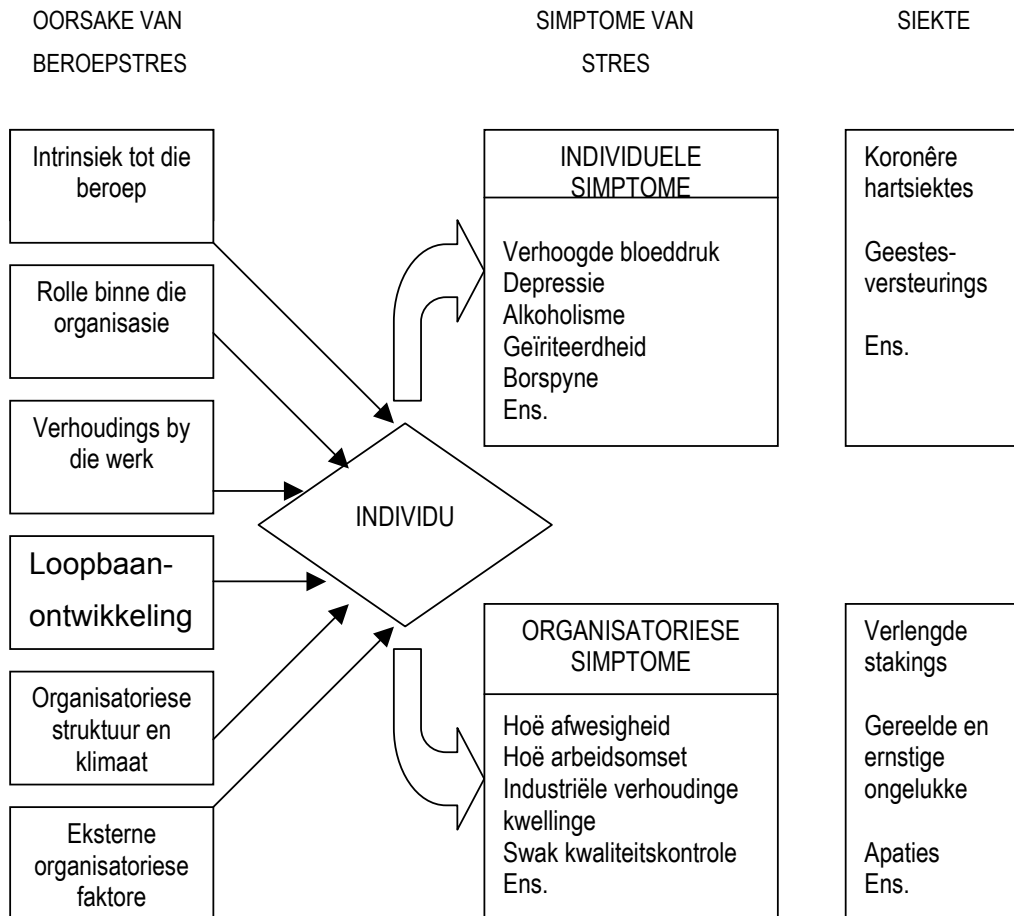
Anders gestel: die individu se fisiese en geestelike gesondheid word nie net deur hom/haarself gedra nie, maar die organisasie waarvoor die individu werk, gaan saamdra aan kostes, aangesien die organisasie heel moontlik betaalde verlop aan die individu moet toestaan, dus word die samelewing ook beïnvloed, want die ekonomie kan nie 'n positiewe groei toon nie.

Jacobson & McGrath (1983:21) is van mening, dat sou hierdie potensiële oorsake van stres, noodwendig stres veroorsaak, sal dit afhang van die karaktereenskappe van die persoon in die beroep, soos byvoorbeeld



persoonlikheid, verdraagsaamheid vir dubbelsinnigheid, vermoë om aan te pas by verandering en motivering, vergelyk Hingley & Cooper (1986:39). (Sien figuur 1.)

*Figuur 1: Oorsake van beroepstres*



Jacobson & McGrath (1983:21)

Die afleiding kan gemaak word dat indien die individu nie die vermoë het om maklik aan te pas by veranderende situasies binne die werksopset nie, en/of byvoorbeeld nie goeie werkverhoudinge handhaaf nie, of min of geen werksmotivering ervaar nie, kan die individu simptome van stres ervaar wat byvoorbeeld depressie, wat dan gevolglik negatief inwerk op die organisasie, byvoorbeeld hoë afwesigheidsyfer onder die werknemers.

Jacobson & McGrath (1983:22) se oorsake van beroepstres word vervolgens kortliks bespreek, sodat vergelykings getref kan word vir stres in die beroep verpleegkunde. (Vergelyk Hingley & Cooper, 1986:23-35, Pamperin, 1982:34 en Greenhaus & Parasuraman 1987:40.)

### **2.3.1 Faktore intrinsiek tot die beroep**

Oorlading, onderlading, tydsdruk, swak, of gevaarlike werksomstandighede, skofwerk en werksbevrediging speel hier 'n belangrike rol. In 'n studie van Sauter & Murphy (1995:214) is daar bevind dat 20,6% van die respondente die fisiese werksomstandighede as bydraende faktor tot stres beskou, wat insluit die tipe werk, geraas by die werk, slegte reuke en gevaarlike werk.

#### **2.3.1.1 Swak of gevaarlike werksomstandighede**

Die verpleegkundige se werksomstandighede kan ook tot stres bydra deurdat die verpleegkundige met pasiënte werk wat brandwonde kon opgedoen het en glad nie 'n aangename reuk het nie. Verder moet die verpleegkundige die pasiënte bad en higiënies hou, die masjiene wat pasiënte aan die lewe hou het aanhoudende, irriterende geluide wat dit veroorsaak, en kan bydra tot stres in die verpleegkundige. Die verpleegkundige moet ook pasiënte versorg wat aansteeklike siektes het en dus gevaarlik is vir die verpleegkundige se eie gesondheid. Volgens Kelly & Cooper (in Hingley & Cooper, 1986:24) is swak werksomstandighede 'n groot werkstressor en het dit duidelike negatiewe gevolge.

#### **2.3.1.2 Oorlading en onderlading**

Oorlading word deur Hingley & Cooper (1986:24) onderskei in kwalitatiewe en kwantitatiewe oorlading. (Vergelyk ook Greenhaus & Parasuraman, 1987:40.) Kwalitatiewe oorlading is wanneer werk gesien word as “te moeilik”, en kwantitatiewe oorlading word gesien as “te veel werk om te doen”. Daar is bevind dat werknemers met simptome van kwantitatiewe oorlading baie meer

stres ervaar as diegene wat minder verantwoordelikheide het vir 'n spesifieke tydspanne.

Kwalitatiewe oorlading gaan dikwels hand aan hand met 'n lae selfbeeld, byvoorbeeld waar studente in verpleegkunde eksamens moet aflê onder toesig van toesighouers (Czackes, in Greenhaus & Parasuraman, 1987:25). Onderlading dui daarop dat daar of te min is om te doen of dat dit wat gedoen word nie uitdagend genoeg is nie. Greenhouse & Parasuraman (1987:25) meen dat onderlading in die werk geassosieer word met herhalende roetine en nie-stimulerende werksituasies, en word ook gekoppel aan swak gesondheid.

Oorlading en onderlading kan aan die hand van die volgende voorbeeld verduidelik word om dit op die verpleegkundeberoep van toepassing te maak. Vir lang periodes kan daar onderlading in 'n werk bestaan, in byvoorbeeld die noodgevalle-afdeling. Sodra daar egter pasiënte aangemeld word, gaan die werklading dadelik oor tot oorlading, aangesien dit onmiddellike verandering in 'n noodgevalsituasie meebring en die verantwoordelikheide van die verpleegkundige verhoog word. Oorlading kan ook dui op die verhouding van pasiënt tot verpleegkundige. Te veel pasiënte per verpleegkundige kan heel moontlik lei tot oorlading en gevolglike stres, en daarom is stresbestuur van kardinale belang en word stresbestuur verderaan volledig bespreek.

### **2.3.1.3 Skofwerk**

Muff (1984:15) meen dat die aard van verpleegkunde noodwendig skofwerk insluit. Sy is van mening dat roterende skofte 'n bron van stres vir die verpleegkundige is. Cobb & Rose (in Hingley & Cooper, 1986:26) het bevind dat daar vier keer meer gevalle van hoë bloeddruk, diabetes en maagsere is by diegene wat skofwerk doen as by individue wat nie skofwerk doen nie. Soos reeds genoem is die aard van die verpleegkundige se werk, dié van skofte, en kan hierdie skofwerk lei tot stres by die individu, hoewel die verpleegkundige aanpas by skofte en dus later gekondisioneer word om in hierdie omstandighede te werk.

### **2.3.2 Rolle binne die organisasie**

Rolle binne die organisasie is byvoorbeeld verantwoordelikhede vir individue, rolverwarring en - konflik, asook verlies aan deelname in besluitneming (Jacobson & McGrath 1983:22 en Hingley & Cooper, 1986:26-29). “Rol” word deur die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:56) gedefinieer as verwagte of voorgeskrewe gedragpatrone van ‘n persoon in interaksie met ander persone, of ‘n verwagte of voorgeskrewe werkwyse in bepaalde situasies. Die verskillende rolle binne ‘n organisasie word vervolgens bespreek.

#### **2.3.2.1 Verantwoordelikheid vir individue**

Die verantwoordelikheid vir mense, eerder as vir voorwerpe (byvoorbeeld toerusting, begrotings) is ‘n belangrike opgawe van verpleegkundiges. Jacobson & McGrath (1983:22) is van mening dat mense in beroepe wat verantwoordelik is vir ander mense, het meer interaksies, vergaderings, tydslimiete, rook meer en het hoër diastoliese bloeddruk en cholesterol as diegene wat in beroepe staan wat verantwoordelikhede het teenoor voorwerpe.

Uit die aard van verpleegkunde het die verpleegkundige ‘n 24-uur pasiëntesorg verantwoordelikheid, asook ‘n 24 uur verpleegkundige dekkings verantwoordelikheid (Muff, 1984:15). Die verpleegkundige het verantwoordelikheid vir die gesondheid van die pasiënt, die pasiënt se gesin en mede-verpleegkundiges. Die verantwoordelikhede wat verpleegkundiges ondervind kan dus ‘n oorsaak wees van stres binne die organisasie.

#### **2.3.2.2 Rolverwarring en - konflik**

Kahn (in Pamperin, 1982:35) meen dat rolkonflik ‘n groot impak het op die individu en die organisasie waarvoor die individu werk. Hy is verder van mening dat rolkonflik ‘n lae werksatisfaksie, lae vertroue in die organisasie, en ‘n hoë graad van werkverwante spanning tot gevolg het. ‘n Baie algemene

gedragsrespons met betrekking tot rolkonflik is onttrekking of vermyding van diegene wat konflik veroorsaak, hoewel 'n verdedigingsmeganisme nie probleem-oplossend is nie, dit verminder net die oplossingsmoontlikhede. Hingley & Cooper (1986:27) meen rolkonflik kan voorkom word wanneer 'n individu meer as een rol vervul, byvoorbeeld dié van bestuurder en vakbondvertegenwoordiger. Rolkonflik kan ook voorkom wanneer die eise en verwagtings van die vasgestelde rol onverenigbaar is, byvoorbeeld waar die individu vasgevang is tussen twee of meer lede in die vasgestelde rol wat verskillende maniere van gedrag vereis.

Rolverwarring word veroorsaak wanneer die individu nie oor genoegsame inligting beskik met betrekking tot sy/haar rol nie. Verwarring kan ontstaan oor toepaslike doelwitte, asook 'n verlies van sekerheid met betrekking tot die verwagtings vir die rol kan bestaan en algemene onsekerheid oor die aard en verantwoordelikhede van die werk (Hingley & Cooper, 1986:27).

Kahn (in Pamperin, 1982:36) meen dat rolverwarring ook negatiewe resultate lewer met betrekking tot die geestesgesondheid van die individu. Hy meen dat die emosionele respons geassosieer kan word met lae werksatisfaksie, lae selfvertroue, 'n hoë mate van 'n gevoel van niksword en hoë mate van spanning. (Vergelyk Greenhouse & Parasuraman, 1987:41.) Die verpleegkundige word dikwels aan rolkonflik en rolverwarring blootgestel deurdat die verpleegkundige rolle moet vertolk van professionele persoon en die van moeder, verpleegkundige en bestuurder.

Duidelike doelstellings en doelwitte, verantwoordelikhede, take en eise moet aan elke verpleegkundige gestel word, sodat konflik en verwarring sal afneem. Pamperin (1982:36) noem die volgende aspekte om rolverwarring en -konflik te hanteer, naamlik:

- Bekendstelling van direkte strukturele veranderings in die organisasie
- Bekendstelling van nuwe kriteria vir selektering en plasing van werknemers
- Versterking van interpersoonlike bande onder werknemers

- Die verhoging van toleransie en hanteringsmeganismes van individue.

### **2.3.2.3 Deelname aan besluitneming**

Volgens Cooper & Marshall (in Hingley & Cooper, 1986:28-29) is die volgende faktore ook verantwoordelik vir stres binne die beroep: verlies aan deelname vir besluitneming, verlies van ondersteuning vanaf die bestuur, om tred te hou met toenemende standarde binne die beroep en hantering van vinnige tegnologiese vooruitgang. Al hierdie faktore dra by tot werkstres. Die verpleegkundige kan ook hierdie stressors in die beroep ervaar, deurdat daar nie altyd insae vanaf alle verpleegkundiges verkry word met betrekking tot besluitneming nie, daar is nie noodwendig altyd ondersteuning vanaf die bestuur vir sekere besluite geneem deur die individu nie, en die individu moet ondersteuning elders verkry.

### **2.3.3 Verhoudings by die werk**

Verhoudings by die werk is oorsake vir werkstres (Jacobson & McGrath, 1983:22). Probleme met die bestuurshoof, bestuur of kollegas, asook die onvermoë om verantwoordelikhede te delegeer kan 'n toename in werkstres veroorsaak. Die aard en kwaliteit van verhoudings onder werknemers moet bepaal word, aangesien die mate van stres in elke verhouding kan verskil, en werksverhoudings kan gesien word as bepalende faktore in die bepaling van individuele en organisatoriese gesondheid (Hingley & Cooper, 1986:29). Positiewe werksverhoudings kan lei tot 'n afname in negatiewe gevolge van stres, deurdat daar gevoelens van ondersteuning en vertrouwe geskep word.

Buck (in Hingley & Cooper, 1986:30) het bevind dat werknemers wat gevoelens getoon het dat die bestuur hulle nie konsidereer nie (wat vriendskap, wedersydse vertrouwe, respek en warmte tot gevolg het), meer gevoelens gerapporteer het van werksdruk. Die afleiding kan gemaak word dat werksdruk gevoelens ontloot van kritisering, voortrekkery van ander werknemers, wat ook voordeel trek uit spesifieke gebeurtenisse. Hierdie

gevoelens veroorsaak werksdruk, wat in hierdie aspek omskryf kan word as werknemers wat nie genoegsame ondersteuning van bestuur kry nie.

#### **2.3.4 Loopbaanontwikkeling**

Loopbaanontwikkeling is 'n volgende oorsaak van beroepstres en twee stressors kan onderskei word, naamlik:

- 'n verlies van werksekuriteit, byvoorbeeld vrees vir oortolligheid, onbruikbaarheid, geforseerde vroeë aftrede;
- inkongruente status, byvoorbeeld onder- en oormatige bevordering, frustrasies deurdat die toppunt van loopbaanontwikkeling bereik is (Hingley & Cooper, 1986:31).

Dit word algemeen aanvaar dat vooruitgang in 'n beroep belangrik is vir alle individue. Bevordering of vooruitgang dui nie net op materiële vergoeding nie, maar bied ook verhoogde status en nuwe uitdagings.

Constandse en Levinson (in Hingley & Cooper, 1986:31) meen albei dat die fase van bevordering en loopbaanontwikkeling in die middeljare en middelvlakbestuur plaasvind, aangesien dit tydens hierdie fase is wat bestuurders vind dat progressie stadiger is en dat dit soms tot 'n halt kom. Die bestuurder hanteer hierdie vrese vir stadiger progressie deur hom/haar te onttrek, en deel dit gevolglik nie met kollegas en familie nie. Die afleiding kan gemaak word dat stres tydens hierdie middelfase in die lewe, relatief intens ervaar word, aangesien loopbaanontwikkeling tydens hierdie middelfase nie meer so progressief van aard is nie, en die 'n plafon vir loopbaanontwikkeling bereik is.

Die bestuurder wat op oormatige wyse bevorder is, ervaar ook stres, aangesien daar oormatig hard gewerk word om met die eise wat die werk stel, vol te hou, om sodoende persoonlike onsekerhede te verbloem (McMurray in Hingley & Cooper, 1986:32). Gevolglik sal hierdie gedrag lei tot negatiewe gevolge vir die individu, sowel as die organisasie. Daar moet ook tred gehou

word met die vinnige tegnologiese vooruitgang, aangesien individue in die middelfasebestuur dikwels nie kan aanpas by hierdie verandering nie. Hierdie individu staan dus voor die keuse om in hierdie middelfase van loopbaan te verander, nuwe vaardighede aan te leer, en weer die arbeidsmark te betree. (Vergelyk Hingley & Cooper, 1986:32.)

Volgens Hingley & Cooper (1986:32) en Greenhaus & Parasuraman (1987:41) veroorsaak inkongruente status ook beroepstres, deurdat individuele vooruitgang nie kongruent is met individuele ervaringe nie. Met ander woorde stres kan byvoorbeeld ervaar word deur die senior bestuurder wat wel aan die akademiese vereistes voldoen, maar nie die nodige ervaring het om die verantwoordelikhede en eise van die werk gelyktydig te hanteer nie.

### **2.3.5 Organisasoriese struktuur en - klimaat**

Burke (1994:1) definieer organisatoriese struktuur as die manier waarop die organisasie menslike hulpbronne kombineer ten opsigte van die organisasie se doelgerigte aktiwiteite. Organisasoriese struktuur dui dus op die verhoudings tussen individue, groepe en sektore binne 'n organisasie. Verder meen Burke (1994:17) dat organisatoriese klimaat verwys na die oortuigings en gedeelde waardes deur werknemers binne 'n spesifieke organisasie (vergelyk Michela, Lukaszewski & Allegrante, 1995:61). Organisasoriese klimaat is dus die kernstel veronderstellings, begrip en reëls wat die dag-tot-dag gedrag binne 'n organisasie beheer/bestuur.

Marshall (in Hingley & Cooper, 1986:33) het bevind dat daar potensiële probleemareas bestaan binne 'n organisasie wat kan lei tot beroepstres, naamlik dat nie alle werknemers deelneem aan besluitneming nie, gevoelens ervaar van nie êrens behoort nie, verlies van effektiewe konsultasie en kommunikasie en kantoorpolitiek kan stremminge plaas op die organisatoriese struktuur en - klimaat. (Vergelyk Jacobson & McGrath, 1987:23.)



Die verlies aan deelname in 'n organisasie is 'n kenmerkende oorsaak van beroepstres, en is gevolglik ook 'n stressor wat ervaar word onder verpleegkundiges. (Vergelyk Jacobson & McGrath, 1987:22.) Met ander woorde, sou daar min of geen deelname onder werknemers plaasvind in 'n organisasie nie, is daar nie 'n positiewe organisatoriese klimaat nie, en verhoog dit stres binne die organisasie, en veral die bestuur. Wanneer individue deel word van 'n organisasie, word 'n mate van individuele vryheid, outonomieit en identiteit prysgegee, om sodoende aanvaar te word binne die organisasie (Hingley & Cooper, 1986:33).

Die organisatoriese klimaat en struktuur moet van so 'n aard wees dat dit werknemers sal aanspoor om deel te neem, mee te doen aan effektiewe kommunikasiekanale en kantoorpolitiek sal beperk, sodat die organisasie gedeelde standaarde en waardes sal navolg.

### **2.3.6 Eksterne organisatoriese faktore**

Volgens Jacobson & McGrath (1987:22) sluit eksterne organisatoriese faktore die volgende in: gesinsprobleme, lewenskrisisse, finansiële probleme, persoonlike belange en eise. Die eksterne organisatoriese oorsake van stres is grotendeels die verhoudings tussen werk en gesinslewe.

Die ses oorsake van beroepstres is kortliks bespreek en geïntegreer met verpleegkunde. Hierdie oorsake dien slegs as 'n raamwerk vir stres in die werkplek, en kan nie net gesien word as enkele oorsake van stres nie, maar moet in die realiteit beskou word as 'n komplekse ewewig tussen interaksies van persepsies, hanteringsmeganismes en persoonlikheidseienskappe in die individu.

Vervolgens gaan daar kortliks gekyk word na die impak van stres op die werksfunksionering van die verpleegkundige, studente-verpleegkundiges en stres, asook stres en pasiëntesorg met betrekking tot die verpleegkundige.

## 2.4 IMPAK VAN STRES OP VERPLEEGKUNDIGES

Dit word algemeen aanvaar dat verpleging 'n stresvolle beroep is. Die vraag kom na vore van watter indikatore is daar wat bewyslewer dat verpleging 'n stresvolle beroep is? Is daar rede tot kommer, met betrekking tot die verpleegkundige se algemene welsyn en dié van die organisasie?

Hingley & Cooper (1986:98) meen stres in die werkplek het beide positiewe en negatiewe aspekte: waar 'n sekere mate van druk energie genereer en oormatige druk nadelige gevolge het. Hagan & Palmgren (1998:70) meen "we experience frustration and stress when our demands on others and ourselves are not met". Die afleiding wat gemaak kan word is dat individue wat oormatige druk ervaar gevolglik ook gefrustreerd raak in alledaagse take.

Stres kan 'n nadelige gevolg wees van te veel eise wat op die individu self geplaas word, asook te veel vereistes wat aan ander individue gestel word, en dikwels kan daar nie aan hierdie vereistes voldoen word nie. Stres kan ook in 'n sekere mate as positief ervaar word, deurdat genoegsame eise vir die individu kan dien as motivering om aan vereistes te voldoen. Stres word dus as energie-gewend beskou. Stres kan positiewe druk wees wat op die individu geplaas word, hoewel te veel druk nadelige gevolge het.

Hierdie nadelige gevolge kan die gesondheid van werknemers beperk en dikwels kan dit ook lei tot die dood van werknemers, wat dan gesien word as nadelige gevolge van 'n veeleisende beroep. Volgens Hingley & Cooper (1986:98) word verpleging se mortaliteitsyfer gesien as 'n indeks van die prys betaal deur die individu vir die werk wat hy/sy gedoen het, en waar afwesigheid en vermorsing 'n indikator is vir die kostes van hierdie nadelige gevolge op die beroep. Afwesigheid en vermorsing word dikwels geassosieer met vlakke van werksbevrediging. Dit word algemeen aanvaar dat werknemers wat werksbevrediging ervaar ook hoogs gemotiveerd is om te werk. Die afleiding kan dus gemaak word dat 'n lae vlak van werksatisfaksie kan lei tot 'n hoë mate van afwesigheid en vermorsing van tyd, geld en geleentheid.

#### 2.4.1 Impak van stres op die verpleegkundige

Werk neem in die algemeen die meeste tyd wat individu wakker is in beslag. Werk is 'n bron van satisfaksie, selfwaarde en status. Werk kan 'n bydraende faktor wees tot 'n onbevredigende lewe en kan ook nadelig wees tot algemene fisiese en geestelike welsyn (Hingley & Cooper, 1986:99). Die verhouding tussen werk en stres is besonder kompleks, en veral in die verplegingsberoep speel stres 'n groot rol in die algemene welsyn van die verpleegkundige (vergelyk Beaton, Murphy, Pike & Jarrett, 1995:227, Hingley & Cooper, 1986:100 en Smythe, 1984:15).

Die individuele impak van die nagevolge van stres sluit in gedrags-sielkundige en mediese gevolge (Quick, Kertesz, Nelson & Quick, 1985:131). Hierdie nagevolge kan vermy word, sou stres goed bestuur word, maar wanneer stres nie goed bestuur word nie, kan die nagevolge ernstig wees.

Hingley & Coper (1986:101, 102,) noem dat verpleegkundiges die derde hoogste mortaliteitsyfer toon, van ondermeer beroepe soos aptekers, radioloë, onderwysers, maatskaplike werkers en administratiewe personeel. Beroepe wat hoër mortaliteit toon as verpleging is mediese praktisyns en tandartse. Hulle is ook van mening dat verpleegkundiges 'n laer lewensverwagting het as onderwysers, maatskaplike werkers, administratiewe personeel, sowel as mediese dokters en paramedici.

Volgens Hingley & Cooper (1986:102, 103) is die grootste oorsake (in volgorde) van mortaliteit onder verpleegkundiges siektes van die sentrale sensuweestelsel, selfmoord, ongelukke, vergiftiging en beserings van die borskas, abdomen en pelvis, maar vroue in verpleging is meer geneig om selfmoord te pleeg as vroue in enige ander beroep (vergelyk Sauter & Murphy, 1995:4). Hingley & Cooper (1986:103) en Quick, Horn & Quick (1987:26-27) noem ook dat vanuit 20 beroepe met hoë mortaliteitsyfers met betrekking tot geestesversteurings, verpleegkundiges sewentiende is.

Om saam te vat, verpleegkundiges is 'n groep professionele mense wat merkbaar 'n hoër mortaliteitsyfer het in vergeleke met ander beroepe en professies, en die aantal selfmoorde en selfmoordverwante oorsake van dood is baie hoog. Dus is dit van belang om stres te bestuur en te hanteer, sodat die verpleegkundige gehelp en begelei kan word deur byvoorbeeld 'n werknemerhulpprogrampraktisyn, om 'n sinvolle, vervullende beroep in verpleging te bevorder.

Die impak van stres op verpleging wat nie effektief bestuur is nie, het direkte en indirekte gevolge op die organisasie, of te wel die hospitaal, en verhinder organisatoriese groei, produktiwiteit en algemene welsyn (Myers, 1985:132). Volgens Myers (1985:132) is direkte nagevolge van stres van die verpleegkundige en die organisasie ondermeer afwesigheid, stakings, traagheid en 'n afname in omset. Verpleegkundiges wat stres ervaar se werksfunksionering word ook beïnvloed met betrekking tot die kwaliteit van werk, kwantiteit van werk, ongelukke, griewe, oorbenuiting van toerusting en en afname in voorraad. (Vergelyk Quick, *et al.* 1985:132.) Indirekte nagevolge van wanbestuur van stres binne 'n organisasie en gevolglik die individu, is onder meer 'n verlies van effektiewe kommunikasie, verkeerde besluitneming, afname in werksverhoudings, afname in lewenskrag, asook goeie besigheidseleenthede wat verbygaan as gevolg van traë response ten opsigte van 'n veranderde besigheidsumgewing (Myers, 1985:132).

Afwesigheid by die werk is 'n algemene probleem in enige beroep. Stres en stresverwante faktore is bepalend met betrekking tot afwesigheid by die werk, en die volgende stresverwante siektes kan as verduideliking dien vir die mate van afwesigheid in verpleging:

Senuweeagtigheid, onvermoë om take af te handel, hoofpyne, psigose, hartsiektes, hoë bloeddruk en degenereatiewe siektes (Hingley & Cooper, 1986:106).

Stres het 'n groot impak op verpleging, dit kan lei tot hoë syfers van afwesigheid van verpleegkundiges, vermorsing van tyd, geld en kundigheid. Verpleging is een van die beroepe wat die meeste onder stres gebukgaan,

dus moet die oorsake van stres onder verpleegkundiges bepaal word sodat afwesigheid by die werk ingeperk kan word, en verpleging 'n dinamiese beroep kan wees met 'n hoë moreel onder werknemers en werksbevrediging verkry kan word. Wanneer stres effektief hanteer word in verpleging meen Jacobson (1983:188) sal daar:

- “Betekenisvolle” vermindering in die omset van verpleegkundiges wees
- Toename in suksesvolle werwing wees, aangesien minder verpleegkundiges sal bedank as gevolg van werkstres
- Meer effektiewe verspreiding van personeel oor pasiëntesorg sal plaasvind, insluitend 'n beter verpleegkundige: pasiënt-ratio
- Afname in eksterne verpleegkundiges vanaf ander instansies
- Afname in afwesigheid
- Verbeterde personeelmoreel

Die afleiding kan gemaak word dat sou stres effektief onder verpleegkundiges in 'n hospitaal hanteer word, gaan die algemene moreel, gesindheid en houding van die personeel verbeter, sal werksfunksionering meer doeltreffend wees, en sal verpleging ook meer koste-effektief wees, omrede verpleegkundiges nie as gevolg van stres en stresverwante siektes afwesig sal wees nie.

Vervolgens gaan daar na die hantering van stres gekyk word met onder meer simptome van stres, die response ten opsigte van stres, die bestuur daarvan en uitbranding.

## 2.5 HANTERING VAN STRES

Voordat stres hanteer kan word is dit belangrik om te weet watter simptome voor op die uitkyk te wees, met ander woorde, soos Jacobson (1983:181) meen, die identifisering van stressimptome. Christiaan (2000:123-124) en Smythe (1984:110-111) noem die volgende simptome van stres.

**Gevoelens:** Angs, vrees, geïriteerdheid, buierigheid en 'n gebrek aan lewenslus, spontaneïteit en entoesiasme, gevoelens van nutteloosheid, skaamheid.

**Gedagtes:** Minderwaardige selfbeeld, gebrek aan konsentrasievermoë, onvermoë om minder belangrike besluite te neem, bekommernis oor die toekoms, negatiewe gedagtes, ingedagte (besig met eie denke) en vergeetagtigheid.

**Gedrag:** Hakkellike of ander spraakprobleme, huilerigheid, impulsiwiteit, skrik maklik, senuweeagtige manier van lag (hoë toonhoogte), kners tande, rook meer, gebruik meer medikasie (of dwelms of alkohol), geneig tot ongelukke, verlies van aptyt of ooreet, onverdraagsaamheid teenoor ander (veral tydens besprekings of meningsverskille), woede-uitbarstings, minder effektief in werk, en onttrekking van vriende en sosiale omstandighede.

**Fisies:** Sweet of sweterige hande, vinniger hartklop, bewerigheid, oog wat spring, droë keel en mond, word gou moeg, urineer dikwels, slaapprobleme (soos om dikwels gedurende die nag en vroegoggend wakker te skrik), maagprobleme (diarree, slegte spysvertering, of braking), vlinders in die maag, hoofpyn, premenstruele spanning, pyn in die nek of lae rug, aptytverlies of ooreet, vatbaarheid vir siekte, nagmerries (en herhaling van ontwellende drome), psigosomatiese siektes soos onverklaarbare veluitslag, kortasemigheid, lighoofdigheid, en gewigsverlies of -toename.

Lee (1987:202) noem die volgende as oorsake van stres onder verpleegkundiges:

- dood van pasiënte
- onsekerheid van behandeling ten opsigte van pasiënt
- onvermoë om pasiënt se behoeftes en verwagtinge te bevredig
- versorging van baba's wat sterwend is
- tekort aan opgeleide verpleegkundiges
- kommunikasie en interpersoonlike probleme tussen mediese personeel en tosighouers, gesins- of lewenskrisisse
- lae selfbeeld en onsekerheid met betrekking tot eie kennis en bekwaamheid
- asook vrees vir mislukking.

Die hantering van stres kan verskillende vorme aanneem, byvoorbeeld die neem van direkte aksie, indirekte metodes en verligting, maar die doel van streshantering is om die individu te help om persoonlike beheer terug te verkry teenoor interne en eksterne bedreigings (Bailey & Clarke, 1989:50).

Streshantering word deur Bailey & Clarke (1989:50) gedefinieer as “any activity by the person which changes his perceived relationship with his environment (internal or external) to the point where he no longer regards it as threatening, whilst the attainment of personal control is the outcome of successful or effective coping”. (Vergelyk Greenhaus & Parasuraman, 1987:49.)

Stres kan effektief hanteer word deur eenvoudige stappe te volg soos Jacobson (1983:179) van mening is, maar dikwels is dit nodig om professionele hulp te kry, en kan die werknemerhulpprogrampraktisyn weer eens hier van waarde wees deur met die effektiewe hantering van stres onder verpleegkundiges.

Volgens Jacobson (1983:179) is die volgende vier take van belang by streshantering:

- Verligting of duld van sommige, of al die gepaardgaande gevaar
- Handhawing van persoonlike waarde ten spyte van nederlae
- Handhawing van betekenisvolle interpersoonlike verhoudings
- Nakoming van spesifieke vereistes van die stresvolle taak.

Streshantering vind plaas wanneer die individu 'n probleemsituasie of bedreiging suksesvol in so 'n mate hanteer dat die individu daarna nie meer bedreig voel nie, beheer oor die situasie kry, en homself binne die situasie handhaaf. Vervolgens word die verskillende response teenoor stres bespreek.

### **2.5.1 Response teenoor stres**

Die verpleegkundige ervaar dikwels die profesie, die omgewing en interpersoonlike verhoudings as stresvol (Muff, 1984:38). Hingley & Cooper (1986:184) is ook van mening dat stres beslis ervaar word in verpleging. Wanneer stres nie hanteer word nie, ervaar die individu dikwels dat hy/sy vasgevang word in frustrerende situasies. Soos reeds genoem word daar onderskei tussen akute en chroniese stres, waar akute stres beteken dat stres vir kort periodes ervaar word en chroniese stres vir langer, aaneenlopende periodes ervaar word en ernstiger nagevolge het. Muff (1984:38) meen wanneer verpleegkundiges chroniese stres ervaar dit tot uitbranding kan lei (vergelyk Stamm, 1999:15 en Taylor, Lillis & LeMone, 2001:716). Uitbranding word in 'n latere stadium in hierdie hoofstuk bespreek.

Soos reeds genoem kan daar op drie wyses op stres gereageer word, naamlik direkte aksie, indirekte aksie en verligting. Die respons van direkte hantering van stres word ook probleemoplossing genoem (Bailey & Clarke, 1989:123). Direkte aksie kan veral in verpleegkundige-pasiënt kontakte gebruik word, byvoorbeeld die verpleegkundige dien medikasie toe aan 'n pasiënt wat pyn



verduur, die pasiënt se pyn word verlig en dus het die verpleegkundige se bekwaamheid direk die pasiënt se pyn verlig.

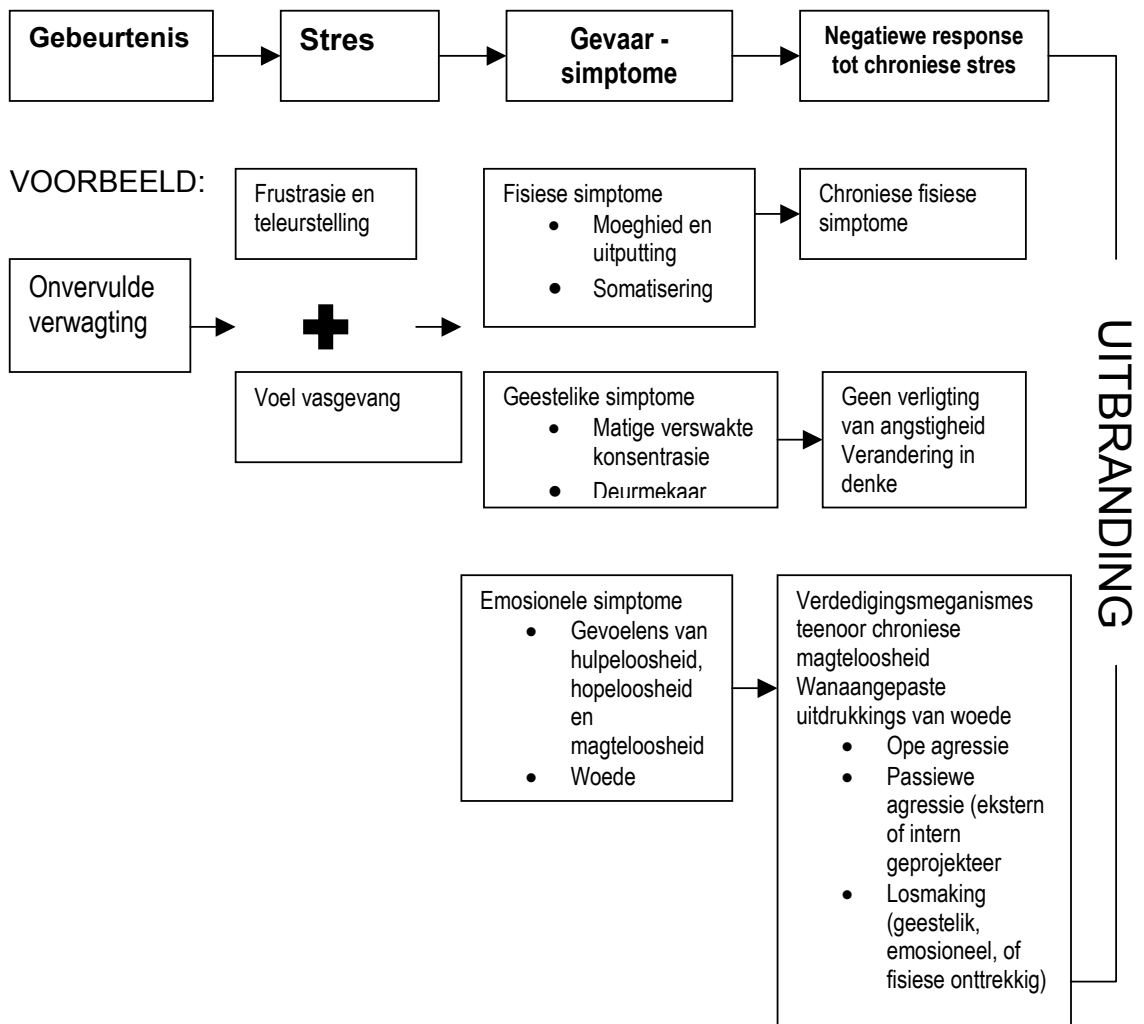
Anders gestel: die verpleegkundige se vaardighede het die situasie letterlik beheer. Volgens Bailey & Clarke (1989:51, 124-125) is indirekte stres hantering die beïnvloeding van persoonlike emosionele en fisiese reaksies in bedreigende situasies. Anders gestel die verpleegkundige beredeneer die situasie en beheer die fisiese en emosionele reaksie teenoor die bedreigende situasie. Verligting dui op 'n tydelike en beperkte wyse van stres hantering en is dikwels nie die beste manier van stres hantering nie, maar dit gee tydelike verligting, byvoorbeeld rook, alkoholgebruik, laat kom vir werk en siekverlof is voorbeelde van stres hantering deur middel van verligting (Bailey & Clarke, 1989:125).

#### **2.5.1.1 Negatiewe response teenoor stres**

Hoe daar op stresvolle situasies gereageer word hang af van die persoon se karakter, persepsie van die situasie, die konteks van die situasie (watter ander bydraende gebeurtenisse is daar in die persoon se lewe) en die teenwoordigheid of verlies van ondersteuningsisteme (Muff, 1984:38). Die geestelike en emosionele simptome van chroniese stres word skematies voorgestel op bladsy 41, wat ook dui op negatiewe response teenoor stres.

Die negatiewe response teenoor stres word kortliks genoem (vergelyk Hingley & Cooper, 1986:184, McGrath, 1983:194, Muff, 1989:41-44 en Taylor, Lillis & LeMone, 2001:716). Die verpleegkundige wat ongeorganiseerd begin voel, wat gereeld foute begin maak, en voel dat stres nie meer hanteer kan word nie, raak dikwels angstig, en weet dan dat stres nie effektief hanteer word nie. Muff (1989:41) meen angstigheid is 'n psigologiese respons teenoor gevaar -eksterne gevaar of die gevaar van interne konflik en verlies van beheer. Hierdie onvermoë om stres te hanteer aktiveer onbewustelik konflik met betrekking tot selfwaarde, selfbeeld, aanvaarbare gedrag, verwagtings, sukses en mislukking, asook bevoegdheid.

Figuur 2: Gebeurtenis-stres-simptome van stres-negatiewe respons met betrekking tot chroniese stres.



Oormatige blootstelling aan stres en angstigheid wat nie hanteer word nie, verander die denkpatrone van mense en verander sin in realiteit van die wêreld en die self (vergelyk Muff, 1989:41 en Hingley & Cooper, 1986:186). Hierdie negatiewe response is soos volg:

- Deurmekaar, ongeorganiseerd – kan nie tussen werklikheid en fiksie onderskei nie, die persoon verloor perspektief, kan nie prioritiseer nie, kan nie meer rasioneel redeneer nie.
- Verswakte kognisie – onvermoë om verpleegsorg te beplan en te verskaf, of om bestuursfunksies uit te voer. Algemeen veroorsaak deur

moegheid en uitputting. Die verpleegkundige vind dit moeilik om take te deleger, is vergeetagtig, en kan nie chronologies beplan nie.

- Verlaagde selfbeeld – bevraagteken eie vermoëns, bekwaamheid en waardes.
- Suspisie – blameer ander vir dit wat verkeerd gaan, ander se motiewe word bevraagteken en voel bedreig deur ander al is dit ongegrond.
- Gevoelens van magteloosheid wat eindig in rigiditeit, onbuigbaarheid en weerstand teen verandering.
- Uitdrukking van woede – *ope aggressie*, waar woede direk getoon word na die bron daarvan, *passiewe aggressie*, word verberg en word dus opgehoop binne die individu en lei tot negatiewe, sinisisme, teenstrydige houding, ondermyning van gesag en *interne aggressie* wat ervaar word as verveeldeid en depressie.
- Onttrekking – die verpleegkundige gebruik ontrekking as 'n verdedigingsmeganisme en ervaar gevoelens van “wie gee om”, “dit beteken niks”, die verpleegkundige word apaties.

Soos stres toeneem, word die verpleegkundige se energie gekanaliseer tot 'n verdedigings- of hanteringsmeganisme. Die kapasiteit om om te gee vir ander verminder deurdat daar eerder gefokus word op interne kontrole. Dit is belangrik om, soos Muff (1989:45) dit ook stel, frustrasies te vermy deur verwagtinge en persepsies te erken en gevoelens uit te druk, as wat stres onderdruk word en dit net vererger. Vervolgens word positiewe response teenoor stres bespreek asook die bestuur van stres.

### **2.5.1.2 Positiewe response teenoor stres**

Stres kan effektief hanteer word (Christiaan, 2000:124, Smythe, 1984:60, Quick, *et al.* 1985:137). Die eerste stap vir die voorkoming van stres en gevolglike uitbranding (veral in verpleging) is om op die uitkyk te wees vir simptome van stres, dit te identifiseer en te aanvaar (vergelyk Taylor, *et al.* 2001:716). As die individu dus weet watter simptome om op te let, kan die negatiewe gevolge van stres gestuit word.

Stresbestuur (positiewe respons teenoor stres) is 'n proses van selfsorg en ontwikkel deurdat die individu bewus word en reageer op interne behoeftes en eksterne eise. Dit is van belang dat die individu weet hoe hy/sy emosioneel en fisies voel, aangesien dit die individu se verantwoordelikheid is om hierdie gevoelens te hanteer, sodoende kan werkstres op effektiewe manier bestuur word.

Jacobson (1983:186) gee die volgende samestelling van hanteringsmeganismes vir stes onder verpleegkundiges:

- ***Kognitiewe prosessering en distansiëring***  
Verkry meer inligting ten opsigte van die situasie  
Probeer die werksomgewing te “verlig”  
Behou perspektief  
Soek na 'n filosofiese of spirituele bedoeling met betrekking tot die ervaring  
Behou 'n objektiewe, intellektuele houding.
- ***Hersiening en herhaling***  
Hersien en herhaal 'n prosedure die volgende keer wat dit gebeur  
Hersien die situasie in jou verbeelding.
- ***Gebruik interpersoonlike vaardighede***  
Gebruik interpersoonlike vaardighede  
Druk jouself direk uit tot die betrokke persone  
Verbreed die mate van invloed verby jouself en dié van die pasiënt.
- ***Ontvlugting en ontkenning***  
Probeer om kontak met die situasie te verminder  
Verminder spanning  
Moenie daarvoor bekommer nie, wat gedoen is, is gedoen.

Hierdie hanteringsmeganismes kan in enige afdeling van verpleging toegepas word, asook in verskillende situasies.

Christiaan (2000:124-126) en Taylor, *et al.* (2001:717) is van mening die volgende aktiwiteite (positiewe response) 'n afname in stres sal veroorsaak.

### **2.5.1.3 Definieer redes vir die strestoestand**

Om stres te kan beheer, moet die oorsake bepaal word. 'n Groter bewuswording van die individu se liggaam se behoeftes sal lei tot beter kontrole oor stres.

### **2.5.1.4 Oefening**

Gereelde oefening verminder angs en ligte depressie, terwyl dit selfvertroue bou. Dit vuur die immuunstelsel aan en speel 'n belangrike rol in die voorkoming van siekte.

### **2.5.1.5 Slaap genoeg**

As die brein genoeg kans kry om te rus, is dit voordeliger vir goeie konsentrasie. Hoe beter konsentrasie, hoe minder is die stres. Wanneer moegheid intree, word daar stadiger gewerk, en stres neem toe.

### **2.5.1.6 Gesonde eetgewoontes**

Volg voorgestelde riglyne vir 'n gesonde eetplan, en eet gereeld, aangesien bloedglukose kan daal. Die brein gebruik omtrent 30% van die glukose in bloed en hoe harder daar gedink en gewerk word, hoe minder glukose is beskikbaar. Wanneer glukosevlakke te laag raak, verhoog adrenalienvlakke en stres word vererger. Drink ook genoeg water, sodat voldoende suurstof in die bloed opgeneem kan word.

### **2.5.1.7 Hanteer stres**

Neem beheer. Aanvaar verantwoordelikhede op werksvlak en persoonlike vlak. Herken hulpbronne en stel vas watter sterkpunte en swakpunte kom voor.

#### **2.5.1.8 Ontspan**

Neem tyd vir ontspanning – gebruik rusperiodes om ontspanningsoefeninge in te oefen en neem etenstyd. Skryf oor probleme en luister musiek, lees (vergelyk Myers, 1985:137). Oefen gereeld – stap, draf, beoefen 'n sport.

#### **2.5.1.9 Bemoedig**

Wees ondersteunend met betrekking tot ander verpleegkundiges, ander gesondheidsorgwerkers, studente-verpleegkundiges – neem tyd om ander te komplementeer vir take goed uitgevoer.

#### **2.5.1.10 Handhaaf goeie sosiale verhoudings**

Vertroetel gesinsbande en vriende. Skenk meer aandag aan mense wat deel is van 'n persoonlike ondersteuningsstelsel.

#### **2.5.1.11 Wees realisties**

Onrealistiese verwagtinge kan stres vererger. Ander gaan nie noodwendig 'n opinie deel nie, moenie te hoë verwagtinge nastreef nie, wees menslik, en moenie totale harmonie in verhoudings verwag nie.

#### **2.5.1.12 Kry hulp**

Daar is ander hulp beskikbaar in terme van simptome-spesifieke programme, individuele terapie, gedragsterapie, groepterapie en beroepsleiding (vergelyk Myers, 1985:137). Kommunikeer met die bestuur van die organisasie (hospitaal), sodat daar moontlike uitplasinge, verlof of die nodige aksies geneem kan word om sodoende stres te hanteer.

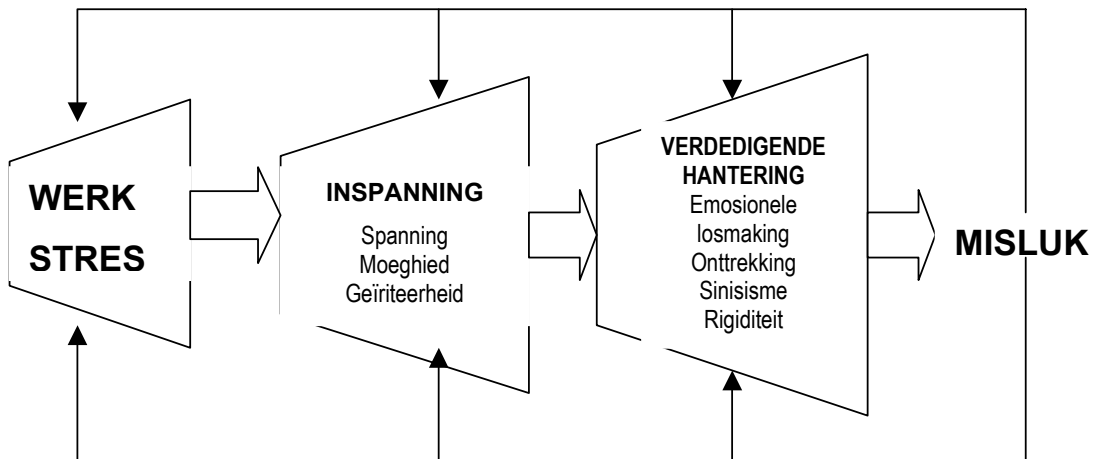
Daar is dus wyses hoe stres op positiewe maniere hanteer en bestuur kan word, solank die individu die simptome van stres identifiseer, dit erken en reageer daarop.

## 2.5.2 Uitbranding

Uitbranding volgens Stamm (1999:15) is 'n toestand van fisiese, emosionele en geestelike uitputting wat veroorsaak word deur langtermynbetrokkenheid in emosionele veeleisende situasies, wat geleidelik begin en progressief vorder. Jacobson (1983:99) meen uitbranding is “the loss of concern for the people with whom one is working ... characterized by an emotional exhaustion in which the professional no longer has any positive feelings, sympathy, or respect for clients or patients. A very cynical and dehumanized perception of these people often develops, in which they are labeled in derogatory ways and treated accordingly”.

Die mees deurlopende aspek in die definisie van uitbranding is die feit dat uitbranding 'n reaksie is met betrekking tot 'n stresvolle *werksituasie* asook uitputting as gevolg van oorlading. Uitbranding is die gevolg van oormatige blootstelling aan stresvolle situasies en beïnvloed die individu fisies, emosioneel en geestelik. Figuur 3 illustreer die dinamika van uitbranding en word ook kortliks verduidelik.

*Figuur 3: Die dinamika van uitbranding (Jacobson, 1983:101).*



Uitbranding is 'n proses wat begin deur oormatige en verlengde blootstelling aan werkstres, wat nie opgelos kan word deur gewone, aktiewe, probleemoplossing nie. Die eerste fase sluit in 'n ongebalanseerde verhouding tussen hulpbronne en eise (stres). Hierdie stres veroorsaak inspanning by die werknemer, wat manifesteer in gevoelens van spanning,

geïriteerdheid, en moegheid. Die werknemer hanteer dus hierdie response op verdedigende wyse deurdat die werknemer hom/haarself psigologies losmaak van die werk en word gevolglik apaties, sinies en rigied. Hierdie houdings help die werknemer om skuldgevoelens ten opsigte van die werk te produseer en frustrasies ontwikkel wat geassosieer word met die werk en gevolglik word ander of die sisteem daarvoor geblameer, om sodoende onttrekking en preokkupasie met eie behoeftes te rasionaliseer. 'n Verlies van entosiasme, optimisme en betrokkenheid laat die werknemer se kanses tot sukses afneem. Mislukking lei tot verdere ontmoediging wat weer lei tot verdere mislukking en hierdie siklus is moeilik om te verbreek.

Uitbranding is 'n afbrekende proses met betrekking tot die individu se gevoelens, houding en geloofsoortuiging en gevolglik die selfbeeld en persepsie wat die individu ervaar. Uitbranding is die gevolg van oneffektiewe hantering van werkstres. Smythe (1984:47) meen uitbranding word gekenmerk deur die teenwoordigheid van 'n negatiewe werkshouding, negatiewe selfkonsep en die verlies van empatie vir pasiënte.

Die volgende is tekens en simptome van uitbranding soos Cherniss (in Jacobson, 1983:108) dit uiteensit:

- Hoë weerstand om werk toe te gaan
- 'n Gevoel van mislukking
- Woede en ander kwalik neem
- Skuldgevoel en gevoelens van blaam
- Negatiewiteit
- Isolاسie en onttrekking
- Moegheid en uitputting
- Gereeld die tyd dophou
- Oormoeg na werk
- Verlies van positiewe gevoelens teenoor kliënte
- Stereotipering van kliënte



- Uitstel van kliënteverslae en kontrakte, vermy oproepe en kantoorbesoeke
- Onvermoë om te konsentreer en te luister na wat ander sê
- Voel sinies teenoor kliënte en blameer almal
- Slaapstoornisse
- Wil slegs “volgens die boek” werk
- Vermy bespreking van werk met kollegas
- Is gepreokkupeerd met self
- Gereelde verkoues en griep
- Suspisieus en paranoïes
- Rigiede denke en weerstand teen verandering
- Oormatige gebruik van medikasie
- Huweliks- en gesinskonflik
- Hoë mate van afwesigheid by die werk.

(Vergelyk Stamm, 1999:16 en Smythe, 1984:51-52.)

Uitbranding kan hanteer word op dieselfde wyse as die hantering van stres. Uitbranding is per slot van rekening die oormatige ervaring van werkstres. Hierdie werkstres moet deurgaans bestuur word. Uitbranding is ‘n deurgaanse gevoel van angstigheid en geïriteerdheid, konsentrasie neem af en vergeetagtigheid kan intree. Uitbranding is dus ‘n produk van volgehoue druk.

## 2.6 SAMEVATTING

Hoofstuk twee het gehandel oor stres, met die spesifieke fokus hoe stres op verpleging en verpleegkundiges 'n impak het. Die oorsake van beroepstres is ook kortliks bespreek met onder meer die interne en eksterne faktore met betrekking tot beroepstres. Belangrike aspekte van streshantering is bespreek, aangesien stres op konstruktiewe wyse en effektief hanteer moet word om sodoende goeie werksfunksionering te verseker. Laastens is uitbranding bespreek, aangesien uitbranding 'n reaksie is met betrekking tot 'n stresvolle werksituasie asook die gevolg van oorlading in die werkplek.

Stres is 'n probleem wat beslis op werksfunksionering, produktiwiteit en gesondheid 'n impak het (vergelyk Marshall, 1999:1). Dit is van belang om die impak van stres op verpleegkundiges as agtergrond te hê vir doeleindes van hierdie studie, sodat die moontlikheid van werknemerhulpprogramme ondersoek kan word om aandag aan die probleem onder verpleegkundiges te gee.

In die volgende hoofstuk gaan Werknemerhulpprogramme bespreek word en die rol wat Werknemerhulpprogramme speel in die hantering van werksprobleme, onder andere streshantering, asook die effek wat Werknemerhulpprogramme het op werksfunksionering en produktiwiteit binne 'n organisasie en vir doeleindes van hierdie studie, 'n privaathospitaal.

## HOOFSTUK 3

### WERKNEMERHULPPROGRAMME

#### 3.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk handel oor werknemerhulpprogramme (WHP's) en die die impak van werknemerhulpprogramme op werksfunksionering. Die navorser wil bepaal of stres binne die werkplek aangespreek kan word deur middel van werknemerhulpprogramme.

Vervolgens gaan die doelwitte van werknemerhulpprogramme bespreek word, asook die funksies van werknemerhulpprogramme en die impak van werknemerhulpprogramme op produktiwiteit van werknemers.

#### 3.2 WERKNEMERHULPPROGRAMME

Werknemerhulpprogramme (WHP's) het in die privaatsektor in die vroeë 1900's ontstaan deurdad werknemers erken het dat alkoholmisbruik 'n bydrae het tot afwesigheid by die werk, traagheid en 'n afname in werksfunksionering (McEntee & Lucy, 2001:2). In die laat 1960's en vroeë 1970's het werknemerhulpprogramme herleef en het dit hernude belangstelling gekweek onder bestuurders, aangesien daar verandering plaasgevind het in die korporatiewe kultuur. Francek, Klarreich en Moore (1985:3) huldig die volgende mening:

“The occupational alcoholism movement was founded on the premise that individuals suffering from this health problem could be motivated to seek treatment by using a combination of ‘accountability for job performance’ and ‘an offer of professional help’ ”.

Hierdie mening dui op die basis waarop werknemerhulpprogramme gefundeer is en verwys spesifiek na die voorkoms van alkoholisme in die werkplek, maar

daar is reeds gewys op die feit dat anti-alkoholprogramme die voorloper van die breë benadering vir werknemerhulpprogramme was.

Werknemers is waardevol, nie net as werker nie, maar ook as mens. Mense ervaar dikwels probleme wat 'n verandering meebring in werksgedrag en 'n afname in werksfunksionering. Werknemerhulpprogramme is die meganisme waarmee werknemers en hul afhanklikes hulp kan ontvang 'n wye reeks probleme wat in hul lewens beïnvloed.

'n Werknemerhulpprogram word volgens die Standaard Komitee van EAPA-SA (Employee Assistance Professional Association South Africa), (1999:4) omskryf as 'n werkplek-gebaseerdeprogram. Dit is ontwikkel om in identifisering en oplossing van produktiwiteitsprobleme te help en probleme geassosieer met werknemers, wat beïnvloed word deur persoonlike probleme wat die volgende insluit, maar nie beperk is tot: gesondheid, huwelik, gesin, finansies, alkohol, dwelms, geregtelike probleme, emosioneel, stres en ander persoonlike probleme wat werksprestasie beïnvloed.

Sonnestuhl & Trice (1986:1) definieer 'n werknemerhulpprogram as 'n werkgebaseerde program wat binne 'n organisasie plaasvind met die doel om werknemers met probleme te identifiseer en te motiveer om hul probleme op te los deurdat die werknemers toegang het tot berading of terapie. Die kern van 'n werknemerhulpprogram is die identifisering van die werknemer se probleem en die mate waarin die probleem werksprestasie beïnvloed.

Terblanche (1988:27) meen "'n werknemerhulpprogram word beskou as 'n gestruktureerde program waarvolgens hulp aan 'n werknemer – wat persoonlike probleme ondervind – verleen word, waardeur sy produktiwiteit verhoog en maatskaplike funksionering bevorder word". Die werknemerhulpprogram is 'n unieke program wat hulp, leiding en bystand aan die bestuur van 'n organisasie sowel die werknemers bied, wat persoonlike probleme, huweliksprobleme, werksprobleme en probleem met werksverhoudinge ervaar.

### 3.2.1 Doelstellings en doelwitte van werknemerhulpprogramme

Wanneer daar na doelstellings van werknemerhulpprogramme verwys word, is daar veral twee hoofdoelstellings wat nagestreef word, naamlik die werkgewer en die werknemerskorps.

Terblanche (1988:81) formuleer die doelstellings soos volg:

- Werknemerhulpprogramme het ten doel om verhoogde produktiwiteit van werknemers te verseker deur die toesighouers toe te rus om werknemers met probleme te identifiseer, te motiveer en te verwys. Toesighouers word dus gevrywaar van diagnostiese verantwoordelikhede. Die totale aksie soos hier beskryf, word dus direk in die belang van die werkgewer onderneem.
- Werknemerhulpprogramme het ten doel om werknemers wat enige vorm van maatskaplike, sielkundige of psigiatriese probleme ondervind, in staat te stel om sodanige probleme te oorbrug ten einde as sosiale en werkende wese, goed te funksioneer.

Dus het werknemerhulpprogramme ten doel om die organisasie te bevoordeel met betrekking tot die bevordering van produktiwiteit, asook die oorbrugging van probleme wat werknemers kan ondervind.

Voordat die doelwitte van die WHP bespreek word moet daar eers gekyk word na die drie belangrikste beginsels van 'n werknemerhulpprogram. Die WHP is 'n werksgebaseerde strategie om werknemers te help om hul probleme op te los. Tweedens word konstruktiewe konfrontasie gebruik om die werknemer te motiveer om probleme op te los en ontkenning van die probleem te oorkom. Derdens word berading gebruik om die werknemer se probleem te help oplos, omrede die probleem al lankal nie meer deur die werknemer beheer kan word nie (Sonnestuhl & Trice, 1986:9-11).

Die doelwitte van die WHP word deur Francek, Klarreich & Moore (1985:15) kortliks soos volg uiteengesit:

- Die implementering van 'n vertroulike beradingsdiens om werknemers en hul gesinne by te staan met probleme wat hul persoonlike en werksfunksionering affekteer.
- Die lewer van opleiding- en oriëntasiesessies vir alle werknemers.
- Die ontwikkeling van menseverhoudinge en die verduideliking van die program, sodat dit tot hulp vir die werknemers kan wees.

Die doelwitte met 'n werknemerhulpprogram is dus die implementering van 'n beradingsdiens, om werknemers en hul gesinne bystand te verleen in die oplossing van probleme, asook die opleiding van werknemers en die ontwikkeling van menseverhoudings binne die maatskaplike omgewing van die werknemer. Wanneer daar spesifieke doelwitte vir 'n program opgestel is, is dit baie makliker om die program te evalueer en te monitor, wat sodoende die waarde van die program verhoog (vergelyk Archambault, Doran, Matlas, Nadolski & Sutton-Wright, 1982:71).

Die verskillende tipes modelle vir werknemerhulpprogramme word vervolgens kortliks bespreek, aangesien die tipe model van 'n werknemerhulpprogram die funksies van die werknemerhulpprogram bepaal.

### **3.3 MODELLE VAN WERKNEMERHULPPROGRAMME**

Geen enkele model van programontwikkeling sal by alle werksituasies pas nie. Die grootte, lokalisering, aard van die werk en die sosio-demografiese gegewens van die gegewe werker is uniek. Hoewel 'n aantal WHP-modelle bestaan, moet die uniekheid van die werkplek in ag geneem word, voordat daar op 'n model besluit word (Francek, Klarreich & Moore, 1985:4).

Modelle moet gekies word in oorleg met die behoeftes van die organisasie se personeel, die aard van werk en die hulpbronne wat tot beskikking is van die

organisasie. Ander faktore wat in ag geneem behoort te word wanneer 'n model gekies word vir implementering van werknemerhulpprogramme is onder meer die grootte van die organisasie (aantal personeel), die beskikbaarheid van interne hulpbronne en die bereidheid van die organisasie om hulpbronne uit te brei. Wanneer die verkeerde model gekies word kan onbevredigende resultate geproduseer word wat die werknemer se houding teenoor werknemerhulpprogramme negatief kan beïnvloed. (Vergelyk Francek, Kleirreich & Moore, 1985:43.)

Vervolgens word daar in hierdie studie verwys na die interne model ("in-house"), die eksterne model ("off-site" model), konsortiummodel, kontraktuele of diensverskaffermodel en die noodlyn ("hot-line" model). Die interne model is meer gemik op die organisasies met 'n groot personeelkorps, waar die eksterne model, konsortium, kontraktueel en noodlynmodel meer geskik is vir die organisasies met 'n kleiner personeelkorps. Die voordele van laasgenoemde vier modelle is die feit dat vertroulikheid van sensitiewe inligting verhoog word (Francek, *et al.* 1985:43). Die voor- en nadele van elke model word vervolgens kortliks bespreek .

### **3.3.1 Interne model**

Die hoofeienskap van 'n interne model is dat interne modelle se personeel hoofsaaklik saamgestel word deur werknemers van die organisasie self (vergeelyk Myers, 1984:70 en Masi, 1982:79). Die meeste organisasies maak gebruik van die interne model. Die meeste interne modelprogramme bedryf die opname-onderhoud en verwys dan die werknemer na 'n behandelingsprogram (Masi, 1982:79). Daar bestaan wel organisasies wat behandeling binne die organisasie aanbied, maar dit kan slegs plaasvind as 'n professionele persoon die behandeling onderneem, byvoorbeeld 'n maatskaplike werker of sielkundige.

Interne modelle kan in die onderskeie kategorieë verdeel word, naamlik:

- Assessering en verwysingsdienste

- Assessering, verwysing- en beradingsdienste
- Intern-gebaseerde diensprogramme met eksterne hulpbronne vir assessering en verwysing (Dickman, Challenger, Emener & Hutchison, 1988:134).

Die interne model bestaan uit twee modelle, naamlik: werkgewer- en vakbond-beheerde modelle (vergelyk Terblanche, 1988:60 en Myers, 1984:70). Vervolgens word die bogenoemde twee modelle bespreek.

### **3.3.1.1 Werkgewermodel (Bestuurs-Beheerde model)**

Die werkgewermodel kan op drie verskillende wyses geïmplementeer word, naamlik dat die:

- Werknemerhulpprogram (WHP/EAP)-kantoor op die werkgewer se perseel geleë is – die berader is 'n voltydse of deeltydse werknemer, na aanleiding van die grootte van die organisasie. Die berader voer 'n onderhoud met die werknemer, assesser en verwys die werknemer na 'n verskeidenheid openbare en private gemeenskapshulpbronne. Monitering vind wel plaas, maar in 'n mindere mate.
- Beradingsdienste word slegs verskaf vir personeel met spesifieke probleme, waar meeste verwysings na eksterne diensverskaffers is.
- 'n Bestuurstruktuur gebruik met 'n WHP-direkteur of -administrateur, asook ander ondersteuningspersoneel soos WHP-koördineerders. Hierdie model het 'n sterk voorkomende komponent wat die volgende insluit: welstand, oefening, gesonde dieet, stresvermindering en opvoedingsprogramme. (Myers, 1984:91-94.)

Die werkgewer-gebaseerde model kan onderskei word deur op die volgende faktore te let, soos Terblanche (1988:63) van mening is:

- opleiding/opvoeding
- konsultasie



- probleem-bepaling
- verwysing vir behandeling/beraad, en
- opvolg en terugvoer.

Die werkgewer-bestuurde model is dus 'n model waar werknemerhulpprogramme gelewer word vanaf die perseel van die organisasie, deur 'n professionele persoon wat berading verleen, asook werknemers verwys na eksterne hulpbronne.

**Voordede** van die werkgewerbestuurde model is soos Myers (1984:91) en Terblanche (1988:63) ook van mening is:

- ◆ toeganklik vir werknemers
- ◆ meerdoelige funksie
- ◆ meer geloofwaardig
- ◆ gee aan toesighouers ondersteuning ten tye van konfrontasie met werknemers
- ◆ programkontrole is geheel-en-al intern, wat dus veranderinge van prosedures met die minimum insette moontlik maak
- ◆ aanpasbaar; aangesien die program intern is kan die program ontwerp en verander word om enige spesifieke behoefte aan te spreek
- ◆ die model het gewoonlik 'n sterk voorkomende komponent
- ◆ kennis van die maatskappy is meer geredelik beskikbaar vir programpersoneel
- ◆ onderlinge kommunikasie is goed
- ◆ eienaarskap van die program is moontlik
- ◆ interne assesseringsfasiliteite bestaan
- ◆ beter koördinering van behandeling en montering van nasorg-aksies is moontlik, en
- ◆ verhoogde kontrole is moontlik, veral waar menslike geloofwaardigheid 'n kritiese invloed uitoefen op die persoon se vertolking van sy pos-inhoud.

**Nadele** van die werkgewerbeheerde model is volgens Myers (1984:91-94) en Terblanche (1988:65):

- ◆ vertroulikheid
- ◆ anonimiteit
- ◆ privaatheid
- ◆ duur, met betrekking tot die berader se salaris, kantoorspasie en klerikale ondersteuning, betroubaarheid, slegs groot organisasies kan voltydse personeel bekostig
- ◆ staking van dienste is moeiliker in die interne model aangesien WHP-personeel uitgeplaas moet word of 'n ander taak moet verrig
- ◆ personeel moet dikwels verskillende rolle vertolk, die gevaar van beroepsmatheid neem toe en beperkte terapeutiese vaardighede is beskikbaar, aangesien dit slegs in uitsonderlike gevalle moontlik is dat 'n werkgewer oor 'n voltydse multi-dissiplinêre span beskik.

Volgens Masi (1983:79) is interne programme die algemeenste tipe program, deurdad die meeste organisasies hierdie tipe program implementeer, hoewel dit ook die duurste model is, wat impliseer dat die werkgewer wat net oor 'n beperkte aantal werknemers beskik, nie van die interne model gebruik kan maak nie. Die interne model is dus eerder geskik vir die groter organisasies.

### **3.3.1.2 Vakbondbeheerde model**

Die vakbondbeheerde model is 'n ander tipe interne model wat gekenmerk word deur die voorsiening van dienste deur die vakbond self. Dienste kan verskaf word by die kantore van die vakbond, of selfs by die werwingskantore binne die organisasies (Terblanche, 1988:66). Die vakbondbeheerde model maak gebruik van eksterne en interne hulpbronne. Motivering om aan die WHP deel te neem word deur die vakbond se koördineerder gedoen, en by die organisasie opgevolg met 'n verwysing. Myers (1984:94) meen ook dat vakbondvertegenwoordigers problematiese werknemers identifiseer deur middel van observasie van hul teenwoordigheidsregister en werksverrigting.

Die problematiese werknemer word dan gekonfronteer en, in stede van vrywillige selfverwysing, word pogings aangewend om die werknemer te motiveer om hulp en bystand te soek. Die vakbond se benadering beïnvloed nie die bestuur se verwysings van lede van die vakbonde na die WHP-kantore nie.

Die voordele en nadele van die vakbondbeheerde model volgens Phillips & Older (in Terblanche, 1988:66-67) word vervolgens bespreek.

**Voordele** van die vakbondbeheerde model:

- Die program geniet hoë kredietwaardigheid onder vakbondlede (vergelyk Dickman, Challenger, Emener & Hutchison, 1988:138)
- Vertroulikheid kan verseker word
- Die werknemer het geen koste met die program nie.

**Nadele** van die vakbondbeheerde model volgens Terblanche (1988:67 en Dickman, *et al.* 1988:138):

- Lewer nie dienste aan werknemers wat nie aan die vakbond behoort nie
- Organisasies is somtyds baie verdag, en sien dit as 'n wyse om die bestuur te manipuleer
- Professionele vaardighede en kundigheid kan beperk wees, wat 'n groot nadeel is, aangesien Iverson (1998:552) van mening is dat professionele vaardighede en kundigheid gebruik moet word en dit moet neerslag vind in werksituasies.

Omdat die vakbondbeheerde model deur vrywilligers bestuur word, is daar altyd die potensiële probleem dat die program gestaak kan word wanneer die vrywilligers nie meer in diens van die organisasie staan nie. 'n Voorvereiste vir 'n suksesvolle vakbondbeheerde model is die ontwikkeling van 'n gesamentlike arbeids-bestuur-beleidsverklaring (Tramm, 1985:97). Wanneer

alle potensiele verwysingskanale gebruik word, is dit ook volgens Tramm (1985:100) belangrik dat genoegsame tyd en moeite bestee word in opvoedingsaktiwiteite van die vakbondbeheerde model, sodat die model effektief geïmplementeer kan word en die werknemers die beste uit die programme kan put.

### **3.3.2 Eksterne modelle van werknemerhulpprogramme**

Daar word vervolgens gekyk na Isenberg (1985:59-68) se eksterne modelle, wat beslis hul plek in die werknemerhulpprogramme kan volstaan - meer spesifiek vir kleiner organisasies wat minder werknemers het en meer kan baatvind by eksterne modelle. Die modelle waarna verwys gaan word is die dienssentrummodel, konsortiummodel en noodlynmodel. Eksterne modelle se programme word hoofsaaklike deur eksterne personeel verrig (Terblanche, 1988:68). Die eksterne personeel is dus nie deel van die organisasie se personeelkorps nie.

#### **3.3.2.1 Dienssentrummodel / Kontraktuelemodel**

Die WHP-verskaffer is die dienssentrum (Dickman, *et al.* 1988:135) in die gemeenskap wat Werknemerhulpprogramme voorsien aan werknemers en voorsien probleem-identifisering en korttermynberading, indien nodig. Dit is die dienssentrum wat die verantwoordelikheid moet neem om diagnoses te verskaf en die nodige behandelingshulpbronne te voorsien binne die gemeenskapsnetwerksisteem. Hierdie model voorsien ook WHP ontwikkeling vir ander organisasies wat die organisasie, dus instaat stel om toegang te verkry tot konsultasie vir organisatoriese ontwikkeling en die kliniese funksies van, verwysing, opvolg en terugvoer (Dickman, *et al.* 1988;136).

Die dienssentrummodel/kontraktuelemodel word nie gedefinieer as gevolg van 'n spesifieke probleem nie maar pas aan by die veranderde behoeftes van die werknemers en hul omgewing, vandaar *dienssentrummodel* (Du Plessis, 1992:35 & Du Plessis, 1994:106). Die dienssentrummodel word deur Myers (1984:88) as die kontraktuele model beskryf, aangesien 'n kontrak

tussen die werkgewer en die dienslewerende organisasie gesluit word, wat dienste wat gelewer word insluit deur 'n welsynsorganisasie, ter bevordering van die konsep van werknemerhulpprogramme (vergelyk Terblanche, 1988:69).

Wanneer die dienssentrummodel gebruik word, word daar gebruikgemaak van eksterne terapeutiese hulpbronne (vandaar eksterne model) in die gemeenskap. Masi (1982:79) verwys na die volgende voorbeelde: universiteite, hospitale en menslike diensverskaffers, wat programme aanbied of dienste lewer vir werknemers van 'n organisasie by die dienssentrum. Verwysing van werknemers vir berading na die dienssentrummodel is ontwerp om vertroulikheid van behandeling te verseker vir die werknemer wat hulp soek. (Dickman, *et al.* 1988:136).

Dienssentrumprogramme het ook, soos die ander modelle, voordele en nadele. Met verwysing na Isenberg (1985:66) en Dickman, *et al.* (1988:136) word die volgende voordele vermeld:

- ❖ Programme is goedkoper vir kleiner en medium-grootte werkgewers
- ❖ Vertroulikheid kan makliker gehandhaaf word
- ❖ Berading word aangebied verwyderd van die werksplek
- ❖ Gemeenskapshulpbronne kan makliker en beter geïdentifiseer en gebruik word
- ❖ Toenemende aantal werknemers kan dienste ontvang
- ❖ Beter kommunikasie is moontlik met professionele persone van gemeenskapshulpbronne
- ❖ Daar is gewoonlik 'n wyer verskeidenheid professionele persone wat by behandeling betrek word, en
- ❖ 'n Beter kwaliteit diens word gelewer, omrede WHP-dienste dikwels die enigste dienste wat deur die dienssentrum aangebied word, en die sentrum dus nie kan bekostig om 'n swak diens te lewer nie, omrede dit die sentrum se ondergang kan beteken.

Vervolgens word daar na die volgende nadele van die dienssentrummodel/kontraktuele model verwys.

- ❖ Gewoonlik is daar geen fasiliteite vir beraad op die perseel van die werkgewer nie
- ❖ Geen eienaarskap word aanvaar vir dienslewering nie
- ❖ Sommige toesighouers is huiwerig om met buitestaanders te onderhandel
- ❖ Gebrek aan kennis met betrekking tot die organisasie kom voor
- ❖ Kommunikasie tussen die dienssentrum en werksorganisasies is somtyds moeilik, en
- ❖ Geldigheid van identifisering en diagnostiese dienste, sowel as die verwysing word dikwels bevraagteken aangesien die organisasie wat die dienste lewer bepaald 'n finansiële voordeel vir homself kan bewerkstellig (deur byvoorbeeld van sy eie hospitaliseringsfasiliteite gebruik te maak) (Terblanche, 1988:71).

Die dienssentrummodel/kontraktuele model is 'n praktiese, effektiewe wyse van uitbreiding van WHP tot die totale werkgemeenskap en die insluiting van WHP-sisteme in standaardwerksprosedures van kleiner en medium-groote organisasies.

### **3.3.2.2 Konsortiummodel**

Hierdie model is ook grotendeels geskik vir die kleiner organisasies/maatskappye. (Vergelyk Masi, 1982:79, Myers, 1984:83 & Isenberg, 1985:60). Roman in (Isenberg, 1985:60) definieer konsortium soos volg:

“An EAP consortium is generally initiated and developed by common consent of those work organizations interested in receiving EAP services or benefits available through association with the consortium. The consortium is governed by its member organizations, which collectively own the system of service delivery”.

'n Konsortium word deur Myers (1984:83) gesien as 'n nie-winsgewende organisasie wat fondse verkry van 'n aantal publieke bronne soos plaaslike, provinsiale en federale staatsdepartemente. Inkomste word verkry van die verkoop van dienste aan privaat- of openbare organisasies.

'n Konsortium word saamgestel uit 'n raad van direkteure wat verkies word deur 'n verkose staatsamptenaar of deur wetgewende ooreenkomste. Die raad stel 'n personeel aan van professionele en klerikale persone. Konsortiumkantore is nie op die perseel van die werkgewer nie en is dus minder toeganklik vir werknemers, maar dit verseker wel anonimiteit, vertroulikheid en privaatheid (Myers, 1984:86). Daar is duidelike eienaarskap aan die lede wat aan die konsortium behoort, wat gevolglik verantwoordelikheid en betrokkenheid van werkgewers verhoog.

Shain & Groeneveld (in Terblanche, 1988:71) dui die volgende kenmerke aan wat gemeenskaplik is tussen die werkgewers – as lede van die konsortium – en wat verdere variasie in die konsortiummodel teweegbring:

- Verdeling van bestuursverantwoordelikheid
- Die wyse waarop finansiering plaasvind
- Fokus van die program (slegs sekere tipes van probleme of die breë spektrum van probleme)
- Tipe van deelnemende organisasies – met verwysing na die grootte en soort bedryf
- Personeel, met verwysing na getal personeellede tot werknemers en die kwalifikasies van personeel, en
- Evalueringskriteria.

'n Konsortium wil in vennootskap wees met organisasies wat lede kan word van hul netwerk van dienste en 'n dienssentrummodel lewer EAP-dienste aan werknemers, toesighouers en vakbondverteenvoerders in verskeie werksorganisasies.

Die voordele van die konsortiummodel word aan die hand van Terblanche (1988:73) en Myers (1984:86) geformuleer:

- 'n Konsortium bied 'n oplossing vir die kleiner organisasies, wat nie finansiële sterk geneig is of waarvan die personeelkorps nie groot genoeg is om 'n selfstandige diens te regverdig nie (met kleiner organisasies word ook daardie gedentraliseerde of takkantore bedoel wat beperk in grootte is, ten spyte daarvan dat hulle deel uitmaak van 'n groot organisasie)
- Versekering van kliënt anonimiteit, vertroulikheid en privaatheid
- Vakbonde vind baat by konsortiums aangesien hulle beskerm voel teen pogings van die bestuur om werknemers te manipuleer
- Byna enige werkgewer kan die een of ander vorm van werknemerbystand bied
- Hoogs professionele beradingsdiens
- Staking van dienste vind op relatief gemaklike wyse plaas
- Multi-dissiplinêre dienste kan aangebied word
- Eienaarskap is ter sprake, waardeur betrokkenheid van bestuur bevorder word, en
- Beraad is moontlik by die werkplek.

Nadele verbonde aan die konsortiummodel is onder meer:

- Kommunikasie kan soms oneffektief raak, en
- Die implementering van beleid kan 'n meer langsame proses wees as wanneer werkgewers onafhanklik dienste implementeer en bedryf.

Die konsortiummodel kan ook deur groter werkgewers gebruik word en nie net deur kleiner werkgewers nie, en soos by een van die *voordele* genoem is, kan die konsortiummodel in bykans enige grootte organisasie toegepas word.



### 3.3.2.3 Noodlynmodel (“Hot-line”)

Die noodlynmodel is óf ‘n plaaslike, of langafstandstelefoondiens, waarvan werknemers met probleme wat in nood verkeer, gebruik kan maak (Myers, 1984:82). Die telefoniese beraders moet dus opgelei wees om probleme dienooreenkomstig te identifiseer. Die werknemer word verwys na ‘n toepaslike diensverskaffer wat gekies word uit ‘n adresboek van diensverskaffers in die werknemer se gemeenskap. Die berader moet goeie kommunikasievaardighede hê om ‘n effektiewe noodlyndiens te kan lewer, sodat die werknemer se probleme geïdentifiseer en verstaan kan word.

WHP maak van noodlyndienste gebruik om die komponent van krisis-ingryping te dek. Die berader van die noodlyndiens moet oor genoegsame kennis van hulpbronne beskik sodat die werknemer met probleme verwys kan word na die mees geskikte hulpbron.

Voordele van die noodlynmodel volgens Myers (1984:83) en Terblanche (1988:75), sien soos volg daar uit:

- Noodlyndienste is maklik toeganklik vir werknemers
- Anonimiteit en vertroulikheid word verseker, en
- Noodlyndienste is ekonomies en kan maklik gestaak word sonder enige drastiese effek op die organisasie.

Nadele van die noodlynmodel volgens Myers (1984:83) en Terblanche (1988:75) is die volgende:

- Slegs minimale probleemidentifisering en verwysing kan aan werknemers gebied word
- Gebrek aan persoonlike kontak tussen die berader en die werknemer met ‘n probleem kan die hulpverleningsproses vertraag, aangesien kommunikasie tydens krisisingryping moeiliker is as tydens gewone beraadsessies

- Die moontlikheid bestaan ook dat die werknemer nie van al die gemeenskapshulpbronne kennis dra nie, en
- Is dus 'n tydsame proses van hulpverlening.

Die noodlynmodel is 'n diens waarvan die werkgewer gebruik kan maak, maar hoofsaaklik vir krisisingryping en nie vir effektiewe berading en hulpverlening as sulks nie.

Volgens Tabel 1 het die meeste werkgewers 'n interne model ontwikkel, of 'n kombinasie daarvan. Wanneer 'n model gekies word met betrekking tot die organisasie se behoeftes, sal dit 'n positiewe invloed hê op effektiewe dienslewering vir die werknemer (Terblanche, 1992:19-20).

*Tabel 1: Modelle vir werknemerhulpprogramme*

MODELLE VIR WHP'S		
Model (N=64)	Aantal	Persentasie
Interne	22	34
Ekterne/kontraktuele	10	16
Konsortium	2	3
Vakbondgebaseerde	1	1,5
Kombineerde: Interne / Ekterne	5	8
Geen aanduiding	24	37,5
TOTAAL	64	100

### 3.4 Funksies van werknemerhulpprogramme

Die funksies van 'n werknemerhulpprogram hang grootliks af van die tipe model van werknemerhulpprogramme wat gevolg word. Wanneer die funksies van WHP bespreek word, moet die spesifieke model wat gevolg word, in gedagte gehou word.

Terblanche (1988:83) identifiseer die terapeutiese funksies van 'n WHP as die identifisering van die werknemer met probleme, die identifisering van die werknemer se probleem, verwysing, behandeling en terapie vir die werknemer, asook die nasorg en opvolging van behandeling vir die werknemer.

Volgens Oher (1999:64) is die kern-tegnologiese funksies van werknemerhulpprogramme die volgende:

- Konsultasie met, opleiding van, en bystand tot die werksorganisasie se leierskap (bestuurders, toesighouers en vakbondleiers), die bestuur van die werknemer met probleme, verbetering van die werksomgewing, verhoging van die werknemer se werksprestasie, asook die uitreiking na, en opleiding van die werknemer en familielede met betrekking tot die beskikbaarheid van dienste van werknemerhulpprogramme.
- Vertroulike probleemidentifisering-dienste vir die werknemer met persoonlike probleme wat werksprestasie kan beïnvloed.
- Die gebruik van konstruktiewe konfrontasie, motivering, en korttermyn-ingryping met die werknemer om probleme wat werksprestasie beïnvloed, aan te spreek.
- Verwysing van werknemers vir diagnosering, behandeling en bystand, asook gevallemonitering en opvolgdienste.
- Daarstelling en handhawing van effektiewe verhoudinge met betrekking tot ander diensverskaffers.

- Aanmoeding van beskikbaarheid en toeganklikheid van die WHP vir werknemers en hul gesinne met betrekking tot die hantering van probleme.
- Identifisering van die effek van werknemerhulpprogramme op die werksorganisasie en individuele werksprestasie van die werknemer.

Die funksies van 'n werknemerhulpprogram is onder andere die bystand en hulp wat gebied word aan werknemers en hul gesinne om sodoende werksprestasie en verhoudinge te bevorder, wat gevolglik die produktiwiteit van die organisasie verhoog.

Vervolgens word die standardelemente vir werknemerhulpprogramme bespreek met klem op programontwerp, implementering, bestuur en administrasie, direkte dienste, netwerk en evaluering.

### **3.5 STANDAARDELEMENTE VAN WERKNEMERHULPPROGRAMME**

Deur ag te slaan op professionele standaarde en riglyne kan 'n lewensvatbare program verseker word (EAPA-SA, 1999:5). Standaarde vir WHP's het ten doel om bystand te verleen aan toepaslike aandeelhouers om sodoende 'n doeltreffende en effektiewe werknemerhulpprogram daar te stel vir die organisasie in die geheel, toesighouers, organisasieverteenwoordigers en werknemers en hul gesinne.

Wanneer 'n werknemerhulpprogram ontwerp, geïmplementeer of geëvalueer word, is dit belangrik om die volgende standaarde binne die organisasie se eie kultuur toe te pas (EAPA-SA, 1999:5 en Terblanche, 1988:123).

### **3.5.1 Programontwerp**

Programontwerp word onderverdeel in:

#### **3.5.1.1 Advieskomitee**

'n Advieskomitee gee raad en advies aan die WHP-personeel en gee ook bystand aan die WHP-praktisyn. Dit bestaan uit bestuuslede van die organisasie, vakbonde, verteenwoordigers van elke afdeling van die organisasie en meestal lede van die organisasie self (EAPA-SA, 1999:7). Die funksie van die advieskomitee is om beleid en strategie te formuleer, te adviseer met betrekking tot implementeringsprosedure, bystand te verleen ten opsigte van bemerking en bevordering van die WHP, asook die evaluering van die WHP.

Die advieskomitee is verantwoordelik vir die implimentering van die program en die algemene bestuur daarvan, asook vir die koördinerings van die opleiding en oriëntasie van professionele persone vir die program (Francek *et al.* 1985:16). Hierdie komitee word ook voortdurend van nuwe inligting en statistieke voorsien in 'n vertroulike wyse, sodat daar deurentyd aanpassings gemaak kan word aan die program om effektiewe dienslewering te verseker. Die aanstelling van 'n advieskomitee wat verteenwoordigend is van al die relevante groepe binne 'n organisasie verseker maksimale bereiking van 'n effektiewe program.

#### **3.5.1.2 Behoeftebepaling**

Programontwerp word gebaseer op die bepaling van die organisasie en die werknemers se behoeftes, asook toesighouers en vakbonde se behoeftes en gesondheidsorgprofiel en -behoefte (EAPA-SA, 1999:9). Deur middel van behoeftebepaling word vasgestel watter model vir werknemerhulpprogramme gevolg gaan word, watter probleme aandag moet geniet asook vanwaar die WHP moet funksioneer.

Behoeftebepaling dui aan of daar probleme bestaan en watter tipe probleme voorkom. Die probleme wat meestal voorkom word deur Dickman (1988:116-117) soos volg uiteengesit:

- Alkoholisme
- Gesin- en gesinsverwante probleme (huweliksprobleme, konflik, rusies, mishandeling)
- Dwelmmisbruik
- Werksprobleme (interne organisasiekonflik, konflik, magstryd)
- Persoonlike probleme (stres, depressie, versteurings).

Die konstruksie van 'n omvattende organisatoriese profiel volgens EAPA-SA (1999:9) sluit die volgende in:

- Die tipe organisasie
- Aantal werkomgewings
- Tipe werk/diens wat gelewer word
- Grootte van personeelkorps en demografie
- Werknemerbehoefte in terme van vaardighede, gesondheid, diversiteit van werknemers, geslag en etnisiteit
- Inwin van inligting om sodoende probleemareas in menslike hulpbronne te identifiseer, soos
  - Werknemervergoedingeise
  - Afwesigheidspatrone
  - Misbruik van siekverlof
  - Dissiplinêre en griewe prosedures

Hierdie inligting word geanaliseer en dienoreenkomstig word behoeftes aangespreek deur middel van 'n werknemerhulpprogram.

### **3.5.1.3 Diensleweringsteme**

Werknemerhulpprogramme word voorsien deur middel van 'n omvattende, formele diensleweringsteme (EAPA-SA, 1999:10). Die doel van 'n diensleweringsteme is om te bepaal dat die diensleweringsteme in ooreenstemming is met die behoeftes van die werknemers.

Die ontwerp en ontwikkeling van 'n diensleweringstelsel moet die volgende insluit volgens EAPA-SA (1999:10):

- Identifisering van hulpbronne
- Dokumentering met betrekking tot hulpbronne
- Identifisering en verwysing, asook
- Terapeutiese benadering, voor implementering.

Die korrekte seleksie van 'n diensleweringstelsel sal die betroubaarheid van die WHP verhoog, asook aanvaarding van die WHP onder die verbruikers daarvan.

### **3.5.2 Implimentering**

Voordat 'n WHP geïmplementeer kan word is dit belangrik om 'n beleidsverklaring en implementeringsplan gereed te hê.

#### **3.5.2.1 Beleidsverklaring**

Wright, in Francek, *et al.* (1985:13) meen dat 'n suksesvolle program beslis oor 'n goed-geformuleerde programbeleid moet beskik. Die beleid ontwikkel deur middel van 'n behoeftebepaling. "An awareness of dissatisfaction becomes the motivation for change" (Francek, *et al.* 1985:12). Beleid fasiliteer die aksie wat nodig is om verandering tot stand te bring. Die doel van 'n beleidsverklaring is onder meer:

- Die definieering van 'n geskrewe beleidsverklaring
- Beskrywing van verwysingsprosedures
- Versekering van konsekwentheid ten opsigte van verwysings, en
- Om daardie sosiale probleme te spesifiseer wat 'n negatiewe impak het op werksprestasie en sosiale funksionering (EAPA-SA, 1999:11).

'n Beleidsverklaring moet onder meer die volgende insluit (vergelyk Francek, *et al.* 1985:12 en EAPA-SA, 1999:11):

- *Fisiese en geestesgesondheid:* Die organisasie wat WHP implementeer sal agterkom dat 'n geestelike en fisiese gesonde werknemer 'n bate is en dat toepaslike WHP-dienste tot voordeel van die bestuur en arbeidsmark is.
- *Verwysingsprosedures:* Werknemers wat gebruik maak van WHP-dienste kan vrywillig bystand bekom, of kan by wyse van werksprestasie probleme na die WHP verwys word.
- *Rekordhouding en Vertroulikheid:* Alle WHP rekords moet streng vertroulik gehou word en probleme word op vertroulike wyse hanteer.

Die beleidsverklaring moet oor die algemeen buigbaar wees, sodat dit nie betrokkenheid by die program onderdruk nie. Crawshaw in Terblanche (1988:126) meen “a policy is a guideline or a directive, a plan of action, through which those charged with the management of a particular entity seek to achieve its goals or ends”. Die beleid moet dus 'n hulpmiddel wees waardeur werknemerhulpprogramme bevorder word.

### **3.5.2.2 Implementeringsplan**

Die implementeringsplan sluit alle aksies in wat nodig is om die WHP effektief te laat funksioneer. Volgens EAPA-SA (1999:13) beskryf die implementeringsplan die verantwoordelikhede van die organisasie en die WHP-praktisyns. Die voordeel van 'n implementeringsplan is die uitskakeling van moontlike verwarring wat negatief kan inwerk op die WHP. In kort is die implementeringsplan die hoe, waar, wanneer en skedulering van byvoorbeeld die opleiding van WHP-personeel, -vrywilligers en -werknemers.

### **3.5.3 Administrasie en bestuur van werknemerhulpprogramme**

Programprosedure is die identifisering van die werknemer met probleme. Die werkgewer moet weet hoe om hierdie werknemer te identifiseer en dit kan gedoen word deur kontak te behou met die toesighouers, vakbonde en afdelingvertegenwoordigers van die organisasie. Wanneer die werknemer met



probleme geïdentifiseer is kan die werknemer gehelp word en verwys word. Die werknemer word ook gemonitor en die nodige nasorg word voorsien (Terblanche, 1988:130).

Die doel van programprosedure is om 'n duidelike geskrewe administratiewe prosedure te ontwikkel wat die kwaliteit en effektiwiteit van die WHP verhoog.

Die WHP-personeel moet in so mate saamgestel word dat die organisasie, werknemers en vakbonde bevoordeel word (Dickman, 1988:126). Voordat die WHP-personeel saamgestel word moet die WHP aan die volgende vereistes voldoen:

- Ondersteun word deur die bestuur
- Ondersteun word deur die vakbonde
- Vertroulikheid
- Toeganklik
- Opleiding aan toesighouers
- Opleiding aan werknemers
- Professionele versekering
- Professionele leierskap
- Opvolgbesoeke en evaluasie.

Die WHP-personeel moet te alle tye inligting vertroulik hanteer, daar moet rekord gehou word van aanmeldings en konsultasie ure om kwaliteit en deurlopende sorg te verseker (vergelyk EAPA-SA, 1999:19). Die kliënte kan ewekansig in groepe verdeel word, versekering moet uitgeneem word by die verteenwoordigende rade van onder meer die professionele personeel en die van die werknemers. Die personeel moet opgelei wees en weet wat van hom/haar verwag word (vegelyk Dickman, 1988:113-114 en Terblanche, 1988:133-137).

#### **3.5.4 Direkte dienste**

Direkte dienste sluit onder meer die volgende in: krisis-ingryping, identifisering en verwysing, korttermyn terapie, monitering, nasorg, konsultasie met opleiding van toesighouers, vakbonde, bestuur, asook bemaking, programontwikkeling en opleiding. (Vergelyk EAPA-SA, 1999:22-32 en Terblanche, 1988:138-139.) Vervolgens word die doelstellings en doelwitte van bogenoemde kortliks uitgelig, soos EAPA-SA (1999:22-33) van mening is.

#### **3.5.4.1 Krisis-ingryping**

Daar word gereageer op noodgevalle en dringende situasies in beperkte tyd wat in ooreenstemming is met die beleid van die organisasie. Krisis-ingryping voorsien kritiese insident-/trauma-ontlonting in reaksie tot noodgevalle of dringende situasies. Daar word ook deelgeneem aan besluitneming met betrekking tot organisatoriese beleid, wat 'n effek mag hê op reaksies tot noodgevalle.

#### **3.5.4.2 Identifisering en verwysing**

Die doel is om die individu wat 'n geïdentifiseerde probleem het te skakel met 'n koste-effektiewe en toepaslike vlak van sorg. Die mate van verwysing sal verskil van program tot program. Dit moet aan die hele personeel verduidelik word, sodat almal deeglike kennis van die verwysingstruktuur dra. Verwysing word deur Francek, *et al.* (1985:18-20) soos volg uiteengesit:

- Vrywillige verwysing – bystand word aan die werknemer en sy familie gebied. Direkte kontak kan gemaak word met die voorsitter van die WHP. Die werknemer kan sy onmiddellike toesighouer of vakbond nader, sodat hulle 'n afspraak met die WHP-praktisyn kan maak. Geen inskrywings word in die werknemer se rekord gemaak nie.
- Informele verwysing – wanneer die toesighouer 'n probleem by die werknemer merk, en die werknemer se werksprestasie daaronder ly, kan die toesighouer die werknemer aanraai om hulp te kry by die WHP. Wanneer die werknemer instem om hulp te ontvang, word 'n

vrywaringsvorm geteken wat beperkte inligting tussen toesighouer en berader kan vrystel.

- Verpligte verwysing – dit is 'n opsie wat die bestuur beskik om iemand in 'n latere fase van sy probleem of dissiplinêre stappe te verwys, of dienste te staak, totdat die werknemer se probleem opgelos is.

#### **3.5.4.3 Korttermyningryping**

Die WHP praktisyn bepaal wanneer dit nodig is om korttermyningryping te voorsien en wanneer om te verwys na gemeenskapshulpbronne. Korttermyningryping voorsien koste-effektiewe en toepaslike korttermynberading.

#### **3.5.4.4 Monitering**

Dit is die proses waar die werkgever en werknemer ingelig word oor vordering wat gemaak word in terme van probleemoplossing. Dit verseker kwaliteitbehandeling deurdat gereelde kontak gemaak word met die kliënt en toesighouer.

#### **3.5.4.5 Opvolg**

Opvolgdienste word verskaf aan die WHP-kliënte, toesighouers, organisasieverteenwoordigers en diensverskaffers. Opvolgdienste verseker die volgehoue welstand van werknemers, hul afhanklikes, die organisasie en die diensverskaffers.

#### **3.5.4.6 Organisasoriese konsultasie**

Die WHP sal die organisasie met raad voorsien wanneer gebeurtenisse ontwikkel soos, aflegging, impak op die werknemer se welstand en die rol van die WHP. Konsultasie is van belang om sodoende die bestuur by te staan met organisatoriese knelpunte wat inwerk op die werknemer se welsyn en ontwikkeling.

#### **3.5.4.7 Opleiding van bestuurders, toesighouers en werkersvertegenwoordigers**

Die aspek van direkte dienslewering voorsien die supervisors van die nodige toerusting om hul rol te vervul met betrekking tot vroeë identifisering, intervensie en toepaslike verwysing na die WHP. Hierdie diens verhoog die funksionering van die WHP binne die organisasie.

#### **3.5.4.8 Bemarking**

Terblanche (1988:143) meen dat bemarking van groot belang vir die ontwikkeling van die WHP in enige werksituasie is. Wanneer bemarking oneffektief plaasvind, word die ondersteuning vanuit die gelede van die onderskeie partye beperk. Bemarking kan ekstern (aan die bestuur) of intern (aan die werknemers) plaasvind. Bemarking verseker dat die WHP sigbaar is en word in 'n positiewe lig voorgestel om sodoende lede van die organisasie aan te moedig om gebruik te maak van die program se dienste.

#### **3.5.5 Skakeling (netwerk)**

Skakeling is nog 'n standardelement van werknemerhulpprogramme en kan plaasvind met interne organisasie-aktiwiteite soos opleiding van werknemers, WHP-personeel en verduideliking van rolle, asook die skakeling met verskillende afdelings van die organisasie. Skakeling kan ook ekstern plaasvind deurdat daar met die hulpbronne soos hospitale, skole en klinieke geskakel word – hoewel eksterne skakeling groter finansiële implikasies het. Professionele organisasies waarmee geskakel word is byvoorbeeld EAPA (Employee Assistance Program Association), asook eksterne organisasies soos die hof en polisiestasies (EAPA-SA, 1999:33-34).

#### **3.5.6 Evaluasie**

Evaluasie is belangrik vir enige effektiewe program. Die organisasie en die WHP moet weet of die program suksesvol is en of daar veranderings aangebring moet word. Dickman (1988:120) verwys na die volgende vrae wat gevra kan word om die program te evalueer:

- Deurdringende koerse
- Koste-effektiwiteit
- Aard van die kliëntpopulasie
- Kliënttevredenheid
- Voldoening aan die bestuur en vakbonde se vereistes
- Mediese koste besparing en
- Produktiwiteitsverhoging.

Schear (1995:20) meen weer dat daar vier wyses bestaan om die waarde van 'n WHP te bepaal, naamlik:

- *Kostebeheer-aktiwiteite*: Strategieë om die uitgawes te bekamp of toenemende kostes te verminder. Hierdie strategie fokus nie op langtermynprobleme nie.
- *Koste-impak*: Evaluasie van besparings wat voorkom deurdat 'n WHP-diens gelewer word.
- *Koste-effektiwiteit*: Kostes wat aangegaan word om 'n sekere doelwit te bereik. Die koste wat aangewend word om resultate te bekom en die metode kan ook gebruik word om verskillende wyses van doelwitbereiking te evalueer.
- *Kostevoordeel-analise*: Hierdie metode vergelyk die voodele wat die program inhou in vergelyking met die kostes wat aangegaan word om die program instand te hou. Dit is meestal lantermynvoordele.

Sloan (1987:128) is van mening dat evaluasie van programme in drie vlakke kan plaasvind naamlik die proses, die impak en die uitkoms van die program.

Om saam te vat, word die kwaliteit van die program, in welke mate die program die werknemers beïnvloed het en die langtermyn gevolge van so 'n

program geëvalueer, om sodoende die geldigheid en betroubaarheid van 'n WHP te verseker.

Vervolgens word die invloed van werknemerhulpprogramme op werksfunksionering bespreek.

### **3.6 WERKNEMERHULPPROGRAMME EN WERKSFUNKSIONERING**

Werknemerhulpprogramme is 'n belangrike diens wat deur 'n organisasie gelewer kan word. Volgens Hudson (2001:55) verleen WHP bystand aan werknemers met betrekking tot die opbou van selfvertroue, ontwikkeling van nuwe vaardighede en besluitneming ten opsigte van persoonlike en werksverwante probleme.

Werknemerhulpprogramme bied ondersteuning en bystand aan werknemers om hul probleme op te los en produktiwiteit te verhoog asook personeelmoreel, wat die oorgrote produktiwiteit van die organisasie kan verhoog.

Die werknemer word gesien as 'n sleutelhulpbron binne 'n organisasie. Sou gunstige omstandighede heers binne die organisasie, sal die werknemer bydra tot die verbetering van die kwaliteit van hul eie werkervaring en sodoende sal dit ook bydraend wees tot algehele effektiwiteit van die organisasie (Hudson, 2001:54).

McEntee & Lucy (2001:2-3) noem die volgende voordele vir 'n werknemerhulpprogram en die gevolglike impak op werksfunksionering. Vir die *werknemer* hou werknemerhulpprogramme die volgende voordele in:

- Vroeë identifisering van probleme – verminder die impak van chroniese siektes en verhoog die kans tot herstel.
- Voorsien omvattende verwysingsdiens – verhoog die kans dat primêre probleme sowel as sekondêre probleme aandag sal geniet.

- Voorsien verwysing na WHP gebaseer op afname in werksfunksionering en selfverwysing – verhoog toeganklikheid vir WHP-dienste wat gelewer word deur WHP-personeel en ontmoedig dus die bestuur van die organisasie om te diagnoseer.
- Verseker vertroulike hantering van persoonlike probleme – afname in die kanses dat stigmatisering sal plaasvind, en verminder die kanses van negatiewe impak op toekomstige bemerking en werksekuriteit.
- Bevorder instandhouding van gesondheidsonkoste – verminder ontoepaslike gebruik van gesondheidsvoordele, voorsien dus laer gesondheidsorgkoste en addisionele rande vir voordele en salarisse.
- Beskikbaarmaking van selfverwysings vir familie en werknemers wat wil voordeel trek uit die program-intervensie vind plaas op die vroegste stadium van 'n siekte en bevorder gesinsgesondheid.

Vir die *werkgewer* hou werknemerhulpprogramme die volgende voordele in:

- Afname in afwesigheid – addisionele werksure is beskikbaar vir produksie.
- Verbeterde werkskwaliteit – verhoog kanses vir die lewering van 'n hoër kwaliteit en bemerkbare diens.
- Uitskakeling van ontoepaslike gebruik van gesondheidsorg voordele – verminder koste van voordele.
- Komplementeer bestaande gesondheidsdienste – verhoog die omvang van gesondheidsdienste sonder toename in kostes.
- Demonstreer werkgewer se toewyding tot die werknemers – verbeter moreel.

(Vergelyk Schear, 1995:22-23.)

Die resultate met betrekking tot die implementering van werknemerhulpprogramme is gesonder werknemers en gesinne, produktiewe werknemers en werksekuriteit.

Vervolgens word werknemerhulpprogramme bespreek met betrekking tot die invloed daarvan op stresbestuur binne 'n organisasie.

### 3.7 WERKNEMERHULPPROGRAMME EN STRESBESTUUR

Vandag se arbeidsmag word gekonfronteer met mededinging, herstrukturering, afskaling/personeelvermindering, geweld by die werkplek, lae moreel en hoër werksverwagtings wat gestel word, te midde van ander stresvolle situasies. Doolittle (1996:23) meen werknemers is baie meer gestres as ooit te vore en dat werkgewers aandring op wyses om die impak van stres op produktiwiteit en werksfunksionering te verminder.

Werknemerhulpprogramme kan opleiding aan bestuur en werknemers bied om effektiewe stresbestuur toe te pas, aangesien die werknemerhulpprogram-praktisyn stresvolle situasies kan voorspel en ingryping dienooreenkomstig kan ontwikkel (Doolittle, 1996:23).

Volgens die Nasionale Instituut vir Arbeidsgesondheid en Veiligheid (NIOSH) is werkstres 'n ernstige bedreiging vir die werknemer se gesondheid en produktiwiteit (Marshall, 1999:1). Een derde van die Verenigde State se werknemers is van mening dat hulle uitermatige werkstres ervaar, 'n kwart van alle werknemers meen dat hul werk die grootste stressor in hul lewens is (NIOSH, in Marshall, 1999:1).

NIOSH (in Marshall, 1999:1) definieer werkstres "as the harmful and emotional response that occurs when the requirements of a job do not match the capabilities, resources or needs of the worker". Stres wat nie effektief bestuur word nie, kan lei tot maagsere, depressie, alkoholmisbruik, rook, uitbranding, ontevredenheid, disfunksionele omset, afname in werksfunksionering en produktiwiteit, asook ander individuele en organisatoriese gevolge (Quick, Kertesz, Nelson & Quick, 1985:125).

Werknemerhulpprogramme is 'n effektiewe wyse om hierdie probleem aan te spreek. Stresbestuur is 'n integrale deel van voorkoming van probleme en speel 'n belangrike rol in die behandelingsprogram (Quick, *et al.* 1985:126). Organisasies kan nie hoë vlakke van produktiwiteit, aanpasbaarheid en



buigbaarheid bereik, sonder kragtige, gesonde werknemers nie. Werknemers wat stres ervaar is nie so effektief soos dié wat nie stres ervaar nie.

Volgens Quick, *et al.* (1985:128) is die bestuur verantwoordelik vir die werknemers se gesondheid en welstand. Net so ook is dit die bestuur wat werknemerhulpprogramme in 'n organisasie implementeer na aanleiding van die tipe model (soos vroeër bespreek) wat gevolg gaan word (vergelyk McEntee & Lucy, 2001:4).

Wanneer werknemerhulpprogramme dus deur die bestuur geïmplementeer word, kan stresbestuur van werknemers aandag geniet en deur middel van die WHP kan werksfunksionering verhoog en dienooreenkomstig ook die produktiwiteit van die organisasie.

Soos reeds genoem is werknemerhulpprogramme 'n vertroulike beradingsdiens. Volgens Quick (1985:143) is die doel van berading vir werknemers met onder andere streshanteringsprobleme, om die werknemer te help met betrekking tot gevoelens van aanvaarding en om positiewe motivering te bied vir verandering van gedrag.

### **3.8 SAMEVATTING**

In hoofstuk drie is daar aandag gegee aan die bespreking van doelstellings, doelwitte en funksies van werknemerhulpprogramme (WHP), asook die verskillende modelle van werknemerhulpprogramme, WHP en die impak daarvan op werksfunksionering, en WHP en stresbestuur binne 'n organisasie. Werknemerhulpprogramme volgens Sonnestuhl (1986:1) is 'n werksgebaseerde program wat binne 'n organisasie plaasvind met die doel om werknemers met probleme te identifiseer en te motiveer om hul probleme op te los deurdat die werknemers toegang het tot berading en terapie.

Werknemerhulpprogramme stel die werknemer van 'n organisasie in staat om probleme te identifiseer en op te los deur middel van berading, identifisering en verwysing na die toepaslike organisasies wat hulp en bystand kan verleen.

Hierdie diens wat deur die WHP gelewer word is ook beskikbaar aan die werknemer se gesin.

Werknemerhulpprogramme erken dat probleme die werknemer se algehele welstand kan beïnvloed. Die werknemer se vermoë om te funksioneer binne die werksopset word beperk as probleme nie aandag geniet nie. Betrokkenheid van die werknemer by die WHP sal nie die werknemer se werksekuriteit, bevorderingsgeleenthede of reputasie in gedrang stel nie (vergelyk McEntee & Lucy, 2001:5).

#### **HOOFSTUK 4**

**NAVORSINGSBEVINDINGE OOR STRES IN 'N PRIVAAT HOSPITAAL  
ONDER VERPLEEGKUNDIGES EN HUL WERKSFUNKSIONERING, UIT 'N  
WERKNEMERHULPPROGRAM PERSPEKTIEF.**

**4.1 INLEIDING**

'n Ondersoek is uitgevoer vanuit 'n Werknemerhulpprogram (WHP) perspektief, na die ervaring van stres onder verpleegkundiges en hul werksfunksionering in 'n privaat hospitaal. Vraelyste is aan 99 personeellede van 'n privaat hospitaal in Pretoria, wat werksaam was in die tydperk April 2002 tot Oktober 2002, uitgestuur. Die bevindinge en interpretering daarvan word vervolgens weergegee.

**4.2 NAVORSINGSMETODOLOGIE**

Met die uitvoer van hierdie studie is daar gepoog om deur middel van toegepaste navorsing ondersoek in te stel na die ervaring van stres in 'n privaat hospitaal en die impak daarvan op verpleegkundiges en hul werksfunksionering. Aangesien die verkennende navorsingsontwerp geïmplementeer is, is daar geen hipotese gemaak nie, maar is daar wel gebruik gemaak van navorsingsvrae. Die universum wat betrek is by hierdie studie is personeel in 'n privaat hospitaal, te Pretoria. Steekproefneming is deur middel van gestratifiseerde, toevallige waarskynlikheidseleksie uitgevoer, en die steekproef het bestaan uit verpleegkundiges van die privaat hospitaal in Pretoria, gedurende 2002.

Daar is honderd-en-twaalf vraelyste per hand afgelewer by respondente. Nege-en-negentig vraelyste is terugontvang. Dit dui op 'n responskoers van 88%. Gesien in die lig dat daar 411 verpleegkundiges werksaam was ten tye van hierdie studie, kan hierdie responskoers as verteenwoordigend van die universum beskou word.

Vervolgens word die bevindinge van die inligting in die vraelyste weergegee.

### 4.3 NAVORSINGSBEVINDINGE

Inligting, soos verkry vanuit die vraelyste word vervolgens bespreek en grafies voorgestel. Hierdie afdeling sal verdeel word na aanleiding van die struktuur van die vraelys.

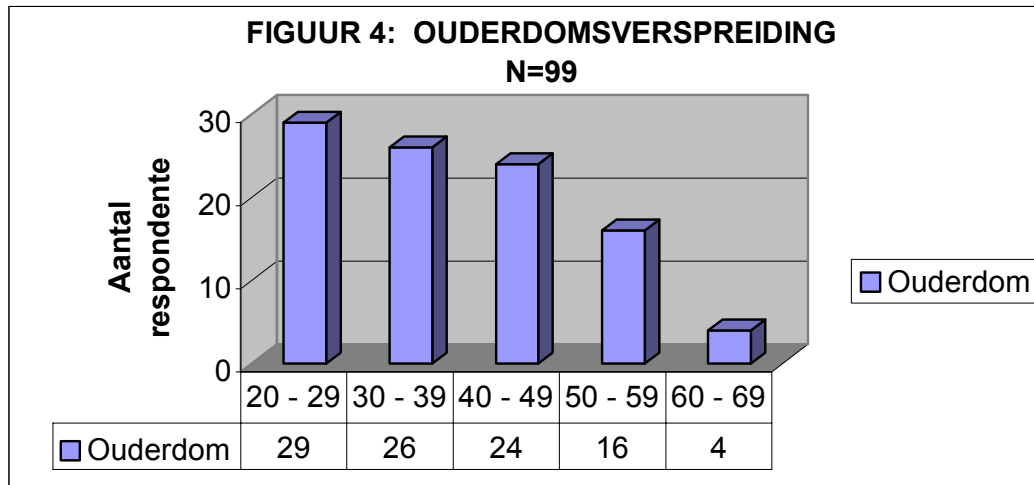
#### 4.3.1 Biografiese besonderhede

Die respondente se biografiese besonderhede sien soos volg daaruit:

##### 4.3.1.1 Geslag

Die grootste aantal respondente is vroulik, naamlik 97 (98%) terwyl 2 (2%) manlik is. Hierdie geslagsverspreiding kan toegeskryf word aan die feit dat verpleging hoofsaaklik uit vroulike verpleegkundiges bestaan, hoewel mans hulle deesdae ook tot hierdie beroep wend.

##### 4.3.1.2 Ouderdom



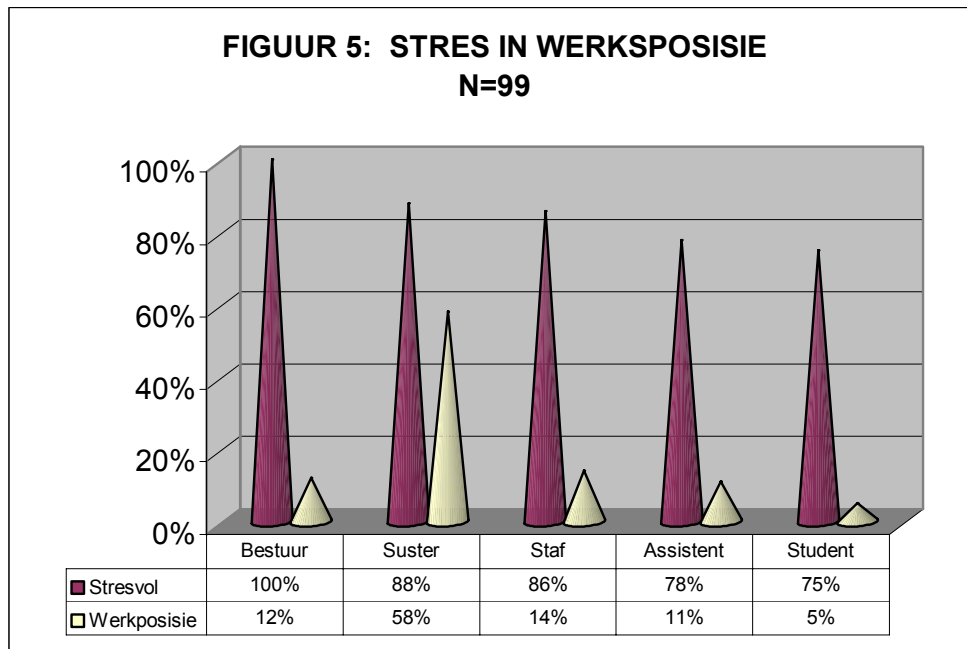
Vanuit figuur 4 kan die volgende afleidings gemaak word:

Nege en twintig (29) respondente (30%) is tussen 20 en 29 jaar oud. Ses en twintig (26) respondente (26%) is tussen 30 en 39 jaar oud. Vier en twintig (24) respondente (24%) is tussen 40 en 49 jaar oud. Sestien (16) respondente (16%) is tussen 50 en 59 jaar oud, terwyl net vier (4) respondente (4%) tussen 60 en 69 jaar oud is. Die meerderheid respondente is dus tussen die ouderdom van 20 tot 29 jaar oud wat ook die ouderdom is vir die meeste jong volwassenes om tot die arbeidsmark toe te tree.

#### 4.3.1.3 Huwelikstatus

Die grootste aantal respondente is getroud, naamlik 51 (52%), terwyl 21 (21%) enkelopend is, 15 (15%) geskei is, 4 (4%) in 'n saamblyverhouding betrokke is, 3 (3%) weduwees is, 2 (2%) weer getroud is en 3 (3%) op die een of ander wyse betrokke is by iemand hetsy verloof of in 'n homoseksuele verhouding.

#### 4.3.1.4 Werksposisie en stres in werksposisie



Vanuit figuur 5 blyk stres in werksposisie van die respondente soos volg te wees:

- 12 Respondente (12%) is in bestuursposisies, en al 12 respondente (100%) ervaar stres.
- 57 Respondente (58%) is susters, waarvan 50 respondente (88%) stres ervaar
- 14 Respondente (14%) is stafverpleegsters, waarvan 12 respondente (86%) stres ervaar
- 11 Respondente (11%) is assistent verpleegsters, waarvan 9 respondente (78%) stres ervaar
- 5 Respondente (5%) is studente, waarvan 4 respondente (75%) stres ervaar.

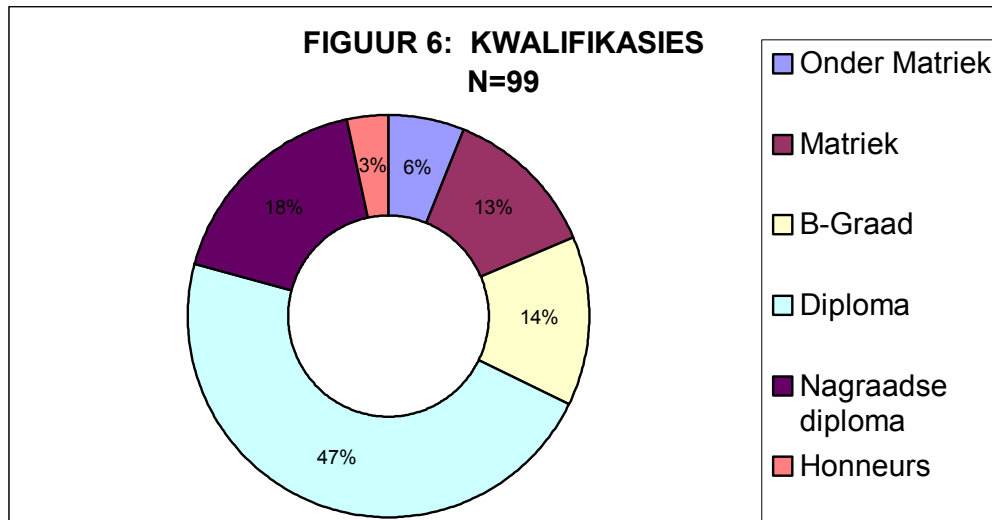
Die grootste aantal respondente is dus susters, waarvan die meeste van hulle stres ervaar. Die bestuur is wel in die minderheid, maar dit is opmerklik dat 100% van die bestuur stres ervaar, moontlik as gevolg van die groot verantwoordelikhede wat op hul skouers rus.

#### **4.3.1.4 Ouderdom van kinders**

Die meeste respondente, naamlik 37 (38%) het geen kinders nie, waar onder meer 12 (12%) respondente voorskoolse kinders het, 26 (26%) respondente skoolgaande kinders het en 24 (24%) respondente, kinders het wat reeds skool verlaat het.

Die afleiding kan gemaak word dat in die ouderdomsgroep 20-39 jaar oud die vrugbaarste ouderdomsgroep is om kinders te kry en dus is daar 38 (38%) respondente wat kinders van voorskoolse of skoolgaande ouderdom het.

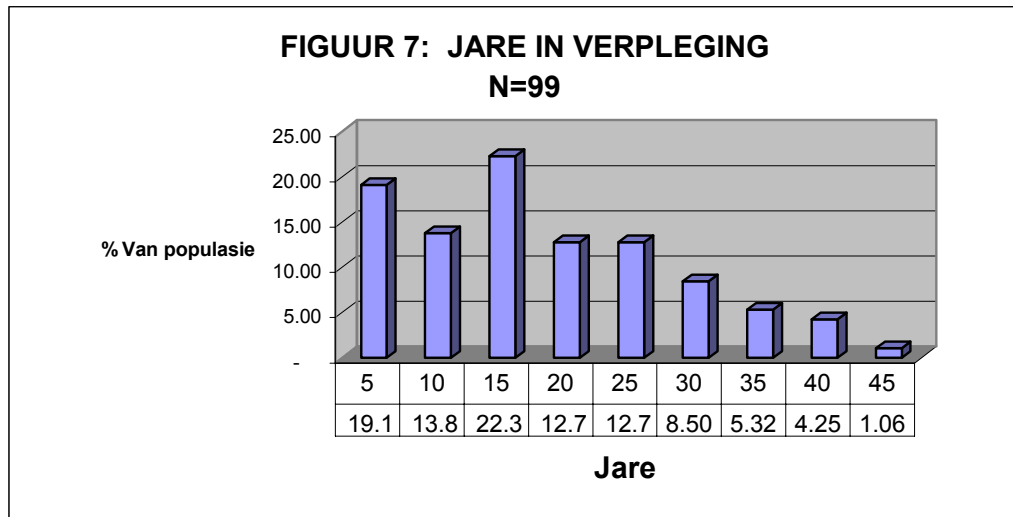
#### 4.3.1.5 Kwalifikasie



Daar is onderskeidelik 46 respondente (47%) wat diplomas het, 18 respondente (18%) met nagraadse diplomas het, 14 respondente (14%) met 'n B-Graad, 13 respondente (13%) met matriek as hoogste kwalifikasie, 6 respondente (6%) wat nie matriek geslaag het nie en slegs 3 respondente (3%) wat oor 'n Honneurs kwalifikasie beskik.

Verpleegkundiges beskik dus oor genoegsame akademiese opleiding, hoewel akademiese vereistes nie die verpleegkundige vrywaar van die ervaring om verantwoordelkheid en eise van die werk gelyktydig te hanteer nie (Hingley & Cooper, 1986:32). Dit is belangrik om tred te hou met die vinnige tegnologiese voortuitgang, aangesien verpleegkundiges dikwels nie kan aanpas by hierdie verandering nie.

#### 4.3.1.6 Jare in verpleging



Die meeste respondente, naamlik 22 (22%) is reeds 15 jaar 'n verpleegkundige, waar 19 respondente (19%) 5 jaar in verpleging is, 14 respondente (13%) is 10 jaar in verpleging, 12 respondente (12%) is 20 jaar in verpleging, 12 respondente (12%) is 25 jaar in verpleging, 8 respondente (8%) is 30 jaar in verpleging, 5 respondente (5%) is 35 jaar in verpleging, 4 respondente (4%) is 40 jaar in verpleging en slegs 1 respondant is 45 jaar 'n verpleegkundige.

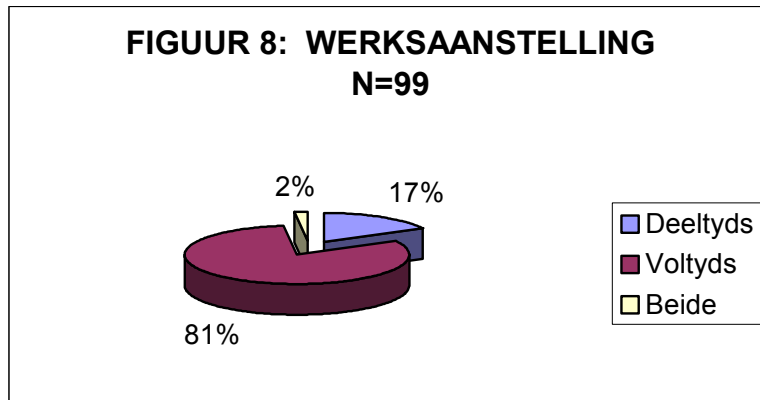
Die meerderheid respondente is dus tussen 5 en 15 jaar 'n verpleegkundige, waarna die aantal respondente wat langer as 15 jaar in verpleging is, afneem.

#### 4.3.2 Werksomstandighede

Die besonderhede van die respondente se werksomstandighede, word vervolgens bespreek.



#### 4.3.2.1 Werksaansstelling van respondent



Die oorgrootte meerderheid respondente, naamlik 80 (81%) is voltyds in diens van hierdie hospitaal, terwyl 17 respondente (17%) deeltidse werknemers is en 2 respondente (2%) voltyds en deeltidse werk, met ander woorde voltyds aangestel maar die tye wanneer hierdie respondente af is werk hulle deeltidse oortyd vir die hospitaal. Dus werk hulle lang ure wat stresvol kan wees.

#### 4.3.2.2 Afdeling waar respondente werksaam is

Tabel 2 illustreer die afdelings waar respondente werksaam is.

**Tabel 2: Afdeling / Saal waar werknemer werksaam is en die mate van stres wat ervaar word**

Afdeling / Saal	Frekwensie	Persentasie	Streservaring	
			Frekwensie	Persentasie
Saal A (Algemeen)	3	3	3	3
Saal B (Ortopedies)	5	5	5	5
Saal C (Medies)	4	4	4	4
Saal C Hoërsorg (Chirurgie en Medies)	4	4	3	3
Saal D (Chirurgie)	7	7	7	7
Saal E (Kindersaal)	4	4	2	2
Saal F (Peuperium)	7	7	6	6
Saal G (ISE)	5	5	5	5
Saal H (Hoërsorg)	4	4	4	4
Saal J (Ortopedies)	4	4	4	4
Saal K (Ortopedies)	5	5	3	3
Saal L (Ortopedies)	6	7	6	7
Saal M (Hoërsorg)	2	2	2	2
Babakliniek	1	1	1	1
Kraamkamers	5	5	3	3
Neonatale Eenheid	2	2	2	2
Algemene Teater	9	9	7	7
Ortopediese Teater	7	7	7	7
Nooddienste (Med 24)	9	9	9	9
Bloedbewaring	1	1	1	1
Matrone	2	2	2	2
Studente	3	3	3	3
	N=99	100%	N=86 13 verlore	88%

- 3 respondente (3%) is werksaam in saal A, die algemene dagsaal, waar al drie respondente (100%) stres ervaar.

- 5 respondente (5%) is werksaam in saal B, ortopediese dagsaal, waar al 5 respondente (100%) stres ervaar
- 4 respondente (4%) is werksaam in saal C, mediese saal, waarvan al 4 respondente (100%) stres ervaar
- 7 respondente (7%) is werksaam in saal D, chirurgie saal, waarvan al 7 respondente (100%) meen hul werk is stresvol
- 5 respondente (5%) is werksaam in saal G, intensiewe sorg eenheid, waarvan al 5 respondente (100%) stres ervaar
- 4 respondente (4%) is werksaam in saal H, 'n hoërsorg eenheid, waarvan al 4 respondente (100%) stres ervaar
- 2 respondente (2%) is werksaam in saal J, ortopediese saal, waarvan altwee (100%) stres ervaar
- 2 respondente (2%) was werksaam in saal M, 'n hoërsorg eenheid, waarvan altwee respondente (100%) stres ervaar
- 1 respondent (1%) is werksaam in die babakliniek, waar van respondente stres ervaar
- 2 respondente (2%) is werksaam in die neonatale intensiewesorg eenheid, waarvan albei respondente (100%) stres ervaar
- 7 respondente (7%) is werksaam in ortopediese teater, waarvan 7 respondente (100%) stres ervaar
- 9 respondente (9%) is werksaam by nooddienste of Med 24, waarvan al 9 respondente (100%) stres ervaar
- 1 respondent (1%) is werksaam by bloedbewaring wat stres ervaar
- 2 respondente (2%) is werksaam as matrones van die hospitaal, en albei ervaar stres
- 3 respondente (3%) is studente in die hospitaal en ervaar almal stres.

Die respondente is verteenwoordigend van elke afdeling / saal gekies. Verpleegkundiges is gereeld betrokke by 'n hoë graad van blootstelling aan lewe-en dood-situasies, insluitend geweld en uiterste menslike emosies. Sauter & Murphy (1995:207) meen die verantwoordelikheid vir die versorging en interaksie met diegene wat siek is, emosioneel veeleisend is vir die verpleegkundige. Dit kan lei tot 'n groot mate van stres.

#### **4.3.2.3 Werkspatroom**

Die meeste respondente, naamlik 56 (57%) werk voltydse dagdiens, 14 respondente (14%) werk voltydse skofte (met ander woorde dag en nag), 13 respondente (13%) werk voltydse nagdiens, 6 respondente (6%) werk deelydse dagdiens, 4 respondente (4%) werk deelydse nagdiens, 4 respondente (4%) werk deelydse skofte (met ander woorde deelyds dag en nag), en 2 respondente (2%) het 'n ander werkspatroom wat nie genoem is nie, wat byvoorbeeld oortyd in ander skofte of dag/nagdiens kan wees. Die meeste respondente werk dus voltyds, maar gedurende die dag, wat daarop dui dat hulle vir lang ure (12-uur skofte) by die werk is, en gevolglik kan die respondente nie altyd na-ure (na 17:00, normaalweg) by die huis wees nie en word daar 'n groot inbreuk gemaak op die huisgesin en hul behoeftes .

Muff (1984:15) meen dat die aard van verpleegkunde noodwendig skofwerk insluit. Sy is van mening dat roterende skofte 'n bron van stres vir die verpleegkundige is. Cobb & Ross (in Hingley & Cooper, 1986:26) het bevind dat daar vier keer meer gevalle van hoë bloeddruk, diabetes en maagsere is by diegene wat skofwerk doen as by individue wat nie skofwerk doen nie.

#### **4.3.2.4 Jare indiens van hospitaal**

Daar is onderskeidelik 28 respondente (28%) wat 6 jaar indiens van hierdie hospitaal is, met ander woorde vandat die hospitaal bestaan, so ook is daar 28 respondente (28%) wat slegs 'n jaar by hierdie hospitaal is. Daar is 16 respondente (17%) wat twee jaar indiens van die hospitaal is, 11 respondente (11%) wat 5 jaar indiens van die hospitaal is, 7 respondente (7%) wat 3 en vier jaar onderskeidelik indiens van die hospitaal is en een respondent (1%) wat tans by die hospitaal begin werk het. Die meeste respondente is onderskeidelik 6 jaar indiens van hierdie hospitaal (die hospitaal bestaan reeds 6 jaar) of hulle is maar slegs een jaar indiens van die hospitaal.

Die aantal jare indiens van hierdie hospitaal is dus wyd verspreid, daar is diegene wat al van die bestaanjaar by die hospitaal indiens is, en daar is diegene wat slegs 'n jaar of meer daar is. Die hospitaal is betreklik jonk, maar groei jaarliks.

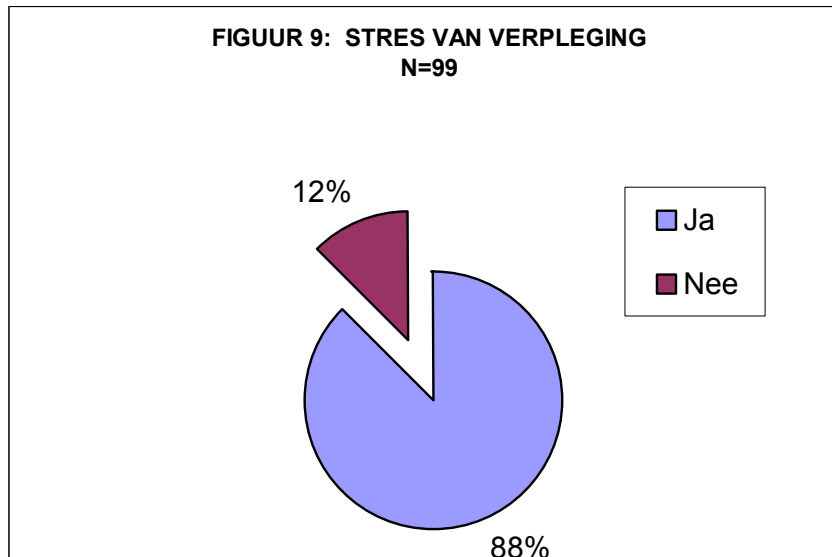
#### **4.3.2.5 Aantal personeel wat saam met respondente werk**

Hierdie vraag het ten doel gehad om te bepaal hoeveel verpleegkundiges saam met die respondent werk, per skof. Sodoende wou die navorser bepaal of daar genoegsame ondersteuning en hulp vir mekaar is.

Vyftien respondente (56%) meen dat daar 1-10 verpleegkundiges saam met hul werk, terwyl 27 respondente (27%) meen 11-20 verpleegkundiges werk saam met hulle, 7 respondente (7%) meen daar is 21-30 wat saam met hulle werk, 4 respondente (4%) meen 31-40 verpleegkundiges werk saam met hulle, 2 respondente (2%) meen 41-50 verpleegkundiges werk saam met hulle, 1 respondent (1%) meen 51-60 verpleegkundiges werk saam met respondent, 2 respondente (2%) meen 61-70 verpleegkundiges werk saam met respondent en 1 respondent (1%) meen 71-80 verpleegkundiges werk saam met die respondent. Die meeste respondente meen dus dat daar 'n minimum van tot 10 verpleegkundiges is wat saam met hul werk, maar die grootte van die saal/afdeling beïnvloed die werklike ondersteuning wat verpleegkundiges vir mekaar kan bied.

Die vraag is ongelukkig onduidelik gestel in die vraelys, dus is die doel van hierdie vraag nie verweselik nie, en geen noemenswaardige interpretering kon hier gemaak word nie.

#### 4.3.2.6 Beskouing van verpleging

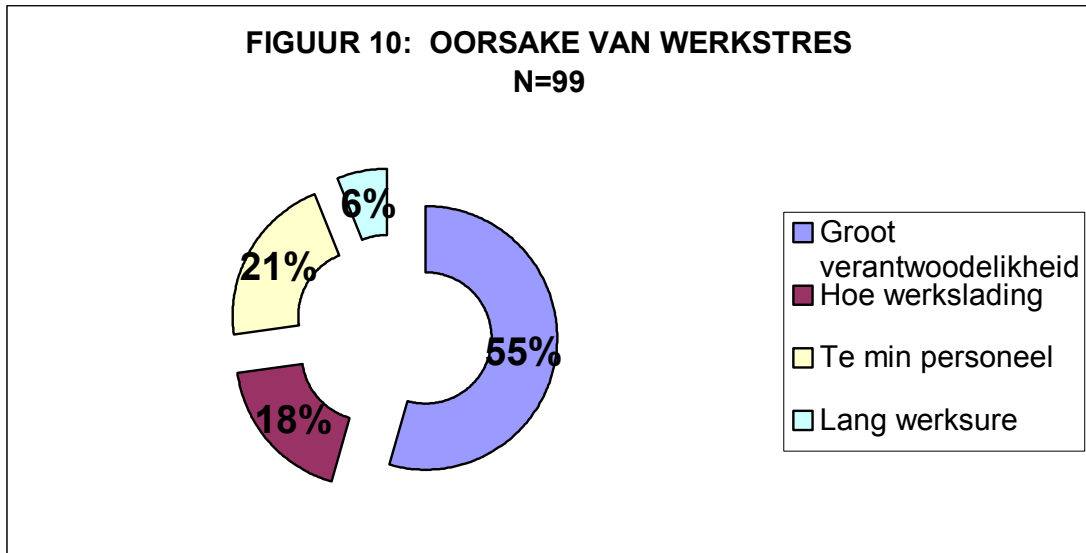


Die oorgrote meerderheid van respondente, naamlik 87 (88%) meen verpleging is stresvol, terwyl net 12 respondente (12%) meen dat dit nie stresvol is nie.

- Sauter & Murphy (1995:207) meen verpleging is een van die beroepe wat baie stres ervaar, aangesien hierdie beroep 'n intense pas het waarvolgens gewerk moet word.
- Verpleegkunde word derde gerang uit 130 ander beroepe wat die ervaring van stres beleef (Smythe & Wincor, 1984:3).

(Vergelyk ook Hingley & Cooper, 1986:23-35, Pamperin, 1982:34 en Greenhaus & Parasuraman 1987:40.)

**4.3.2.7 Die hoofredes wat deur verpleegkundiges aangevoer word as oorsake van werkstres.**



Volgens figuur 10 is dit duidelik dat 54 respondente (55%) meen die hoofmotivering vir hul werkstres is die groot verantwoordelikheid wat op hul skouers rus. Daar is 21 respondente (21%) wat meen daar is te min personeel om al die take en verantwoordelikhede wat op 'n verpleegkundige se skouers rus, effektief uit te voer. Agtien respondente (18%) meen die werkslading is te hoog, terwyl 6 respondente (6%) meen die werksure is te lank (met in agneming dat een skof of werksdag uit twaalf ure bestaan).

Greenhaus & Parasuraman (1987:40) meen hoe groter die verantwoordelikheid en hoe hoër die werkslading wat die verpleegkundige het, hoe hoër is die mate van stres wat ervaar word. Volgens Muff (1984:15) het die verpleegkundige 'n 24-uur pasiëntesorg verantwoordelikheid, asook 'n 24-uur verpleegkundigedekkings verantwoordelikheid.

**4.3.2.8 Aantal ure wat respondente werk**

Die meeste respondente, naamlik 61 (62%) werk 42 uur per week, 8 respondente (8%) werk 30 uur per week, 8 respondente (8%) werk 84 uur per week (werk dus een week 84 uur, is die volgende week af), 5 respondente

(5%) werk 40 uur per week, 3 respondente (3%) werk 25 uur per week, 3 respondente (3%) werk 60 uur per week (dit sal dus respondente wees wat voltyds werk asook oortyd werk), 2 respondente (2%) werk 50 uur per week, 2 respondente (2%) werk 48 uur per week, 2 respondente (2%) werk 24 uur per week, 4 respondente (4%) werk onderskeidelik 36 uur per week, 45 uur per week, 55 uur per week en 56 uur per week. Die meeste respondente werk dus 42 uur per week wat binne perke van die arbeidswet is, hoewel daar tog respondente is wat meer as 42 uur per week werk, doen hulle dit hoofsaaklik vir groter finansiële vergoeding.

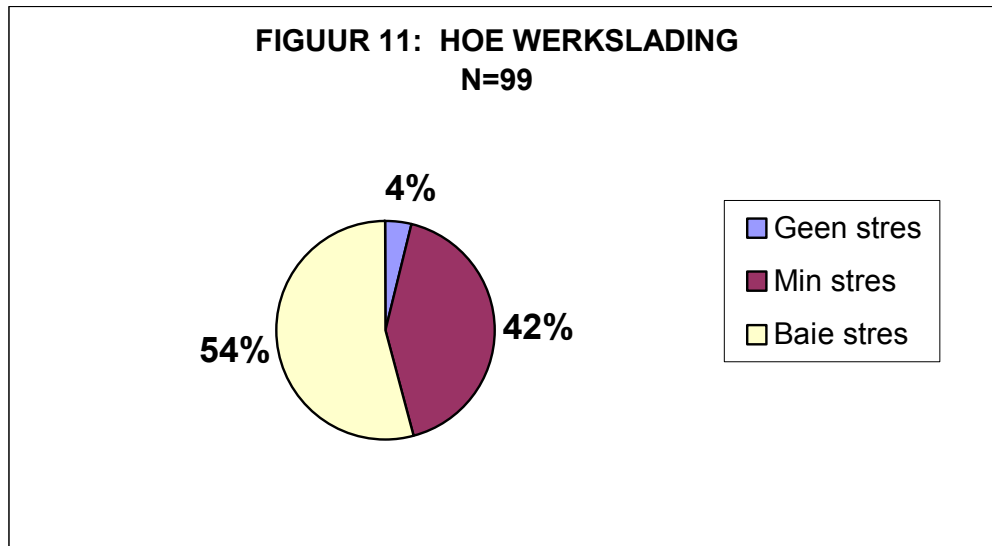
Die aantal ure wat per week gewerk moet word beloop 42 uur per week, en meer as die helfte van al die respondente werk hierdie ure. Die afleiding wat gemaak kan word met betrekking tot die aantal werksure wat respondente werk, is dat die hospitaal slegs 42 uur per week van die werknemer vereis, dit is deur die werknemer se eie toedoen dat meer ure per week gewerk word, as wat nodig is, hetsy vir ekstra vergoeding of die feit dat die respondent nie by die huis wil wees nie en eerder wil werk (gebruik werk dus as ontvlugting van moontlike ander probleme).

#### **4.3.3 Werkstres**

Die besonderhede van respondente se mate van werkstres, oorsake van werkstres en werksbeskouing word vervolgens bespreek.



#### 4.3.3.1 Hoë werkslading

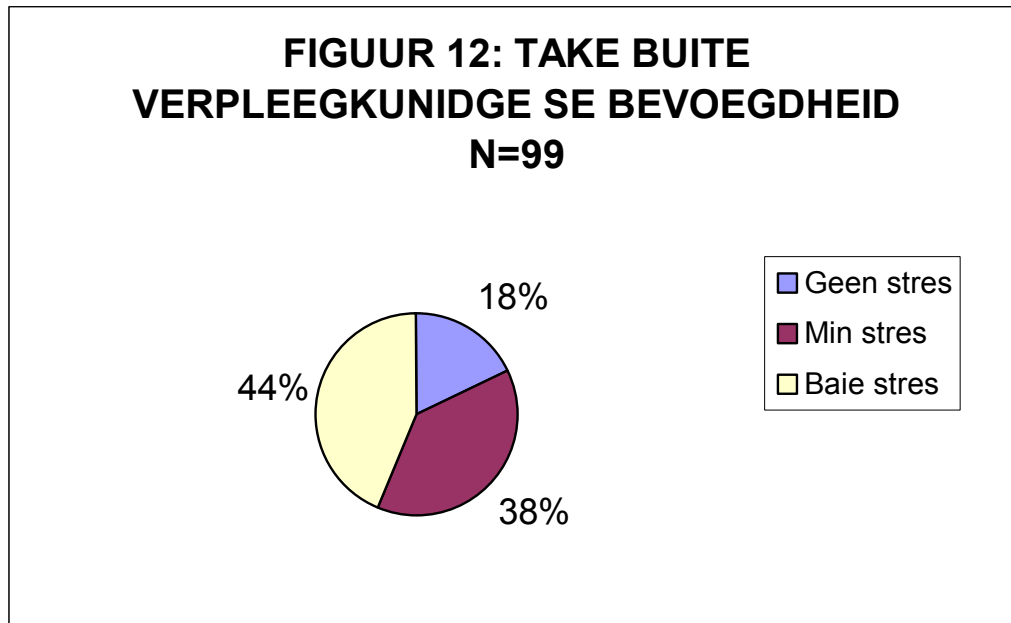


Dit blyk dat 53 respondente (54%) meen die hoë werkslading veroorsaak baie stres, terwyl 42 respondente (42%) meen dat hoë werkslading stres veroorsaak maar in 'n mindere mate, en 4 respondente (4%) meen dat die hoë werkslading geen stres veroorsaak. Hoë werkslading kan ook beskou word as oorlading wat gesien word as “te veel werk om te doen”, (Greenhaus & Parasuraman, 1987:40). Werknemers wat hoë werkslading ervaar, ervaar ook 'n hoë mate van stres, soos wat in figuur 8 gesien kan word.

#### 4.3.3.2 Werkslading te laag

Daar is 53 respondente (54%) wat meen 'n lae werkslading geen stres veroorsaak, terwyl 38 respondente (38%) meen 'n lae werkslading veroorsaak min stres, en slegs 8 respondente (8%) meen 'n lae werkslading veroorsaak baie stres.

#### 4.3.3.3 Take buite verpleegkundige se bevoegtheid

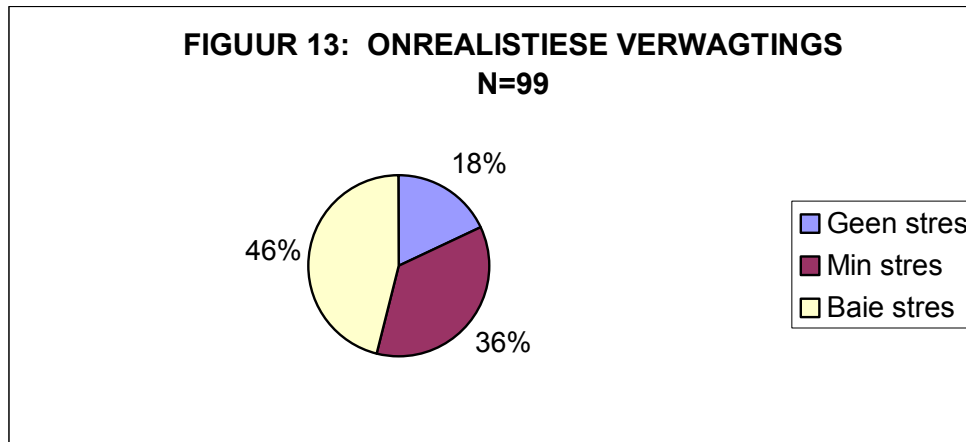


Daar is 44 respondente (44%) wat meen take wat buite die bevoegdheid van die verpleegkundige is en uitgevoer moet word veroorsaak baie stres, terwyl 38 respondente (38%) meen hierdie aspek veroorsaak wel stres maar in 'n mindere mate, en 17 respondente (18%) meen dat take buite die verpleegkundige se bevoegdheid geen stres veroorsaak. Die meerderheid respondente (44%) toon dus dat baie stres ervaar word wanneer hulle take moet verrig al is hulle nie bevoeg daarvoor nie.

#### 4.3.3.4 Flukturende werklading

Dit blyk dat 61 respondente (60%) meen dat 'n flukturende werklading stres veroorsaak, terwyl 29 respondente (30%) meen dat 'n flukturende werklading baie stres veroorsaak, en slegs 9 respondente (9%) meen dat 'n flukturende werklading geen stres veroorsaak. Dus 'n flukturende werklading veroorsaak stres, hoewel die mate van stres verskil, en die moontlikheid van 'n gestruktureerde werklading word aanbeveel.

#### 4.3.3.5 Onrealistiese hoë verwagtings



Daar is 45 respondente (46%) wat meen onrealistiese hoë verwagtings wat aan verpleegkundiges gestel word, veroorsaak baie stres, terwyl 36 respondente (36%) meen onrealistiese hoë verwagtings veroorsaak wel stres maar in 'n mindere mate, en 18 respondente (18%) meen hierdie verwagtings veroorsaak geen stres. Die afleiding kan gemaak word dat die meerderheid respondente (46%) dus ook van mening is dat onrealistiese hoë verwagtings aan hulle gestel word, en hulle dit gevolglik nie effektief hanteer nie, anders sou hierdie verwagtinge nie so baie stres veroorsaak het nie.

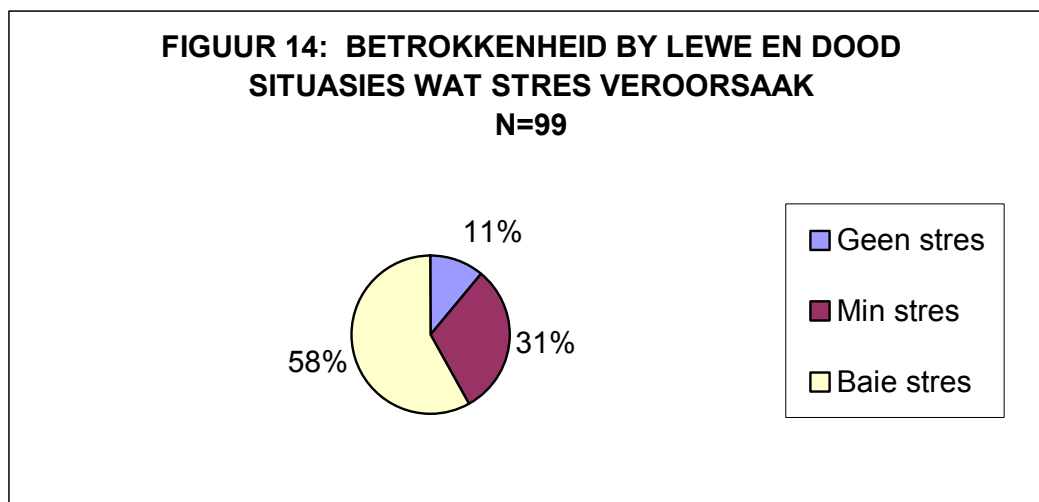
#### 4.3.3.6 Onsekerheid oor verantwoordelikhede

Dit blyk dat daar 37 respondente (38%) is wat meen onsekerheid oor verantwoordelikhede veroorsaak stres maar in 'n mindere mate, terwyl 31 respondente (32%) meen die onsekerheid oor verantwoordelikhede veroorsaak geen stres in die werksituasie nie, hoewel 29 respondente (29%) van mening is dat onsekerheid oor verantwoordelikhede baie stres kan veroorsaak. Die afleiding kan gemaak word dat die respondente presies weet wat van hulle verwag word en wat hulle verantwoordelikhede behels, en dus nie stres ervaar met betrekking tot hierdie vraag nie.

#### 4.3.3.7 Werksekuriteit

Daar is 47 respondente (47%) wat meen werksekuriteit veroorsaak min stres, terwyl 40 respondente (40%) meen werksekuriteit geen stres veroorsaak en 12 respondente (13%) meen werksekuriteit veroorsaak wel stres. Sou 'n mens werksekuriteit hê, behoort dit nie 'n bydraende faktor tot stres te wees nie, maar sou mens onseker voel oor jou werkposisie, kan dit aanleiding gee tot stres.

#### 4.3.3.8 Betrokkenheid by lewe en dood situasies



Uit hierdie grafiek kan daar afgelei word dat 58 respondente (58%) van mening is dat die betrokkenheid by lewe en dood situasies, 'n groot mate van stres veroorsaak, 30 respondente (31%) meen dit veroorsaak stres in 'n mindere mate en 11 respondente (11%) meen dit veroorsaak geen stres. Die verpleegkundige word dus blootgestel aan ernstige, onstellende situasies, wat lei tot stres, en daar moet dus aandag geskenk word aan die verpleegkundige se emosionele en geestelike welstand.

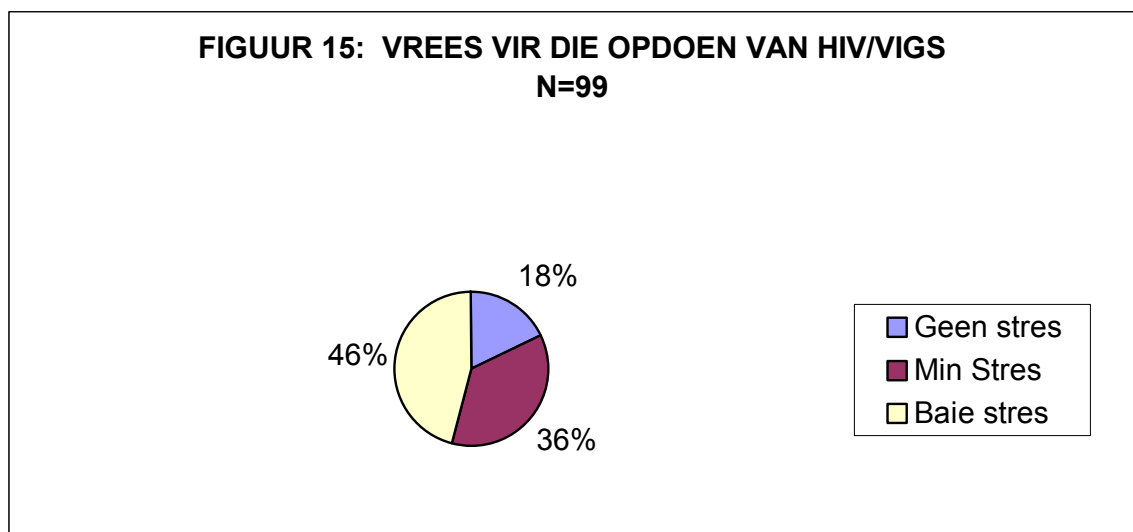
Sauter & Murphy (1995:201) is ook van mening dat verpleegkundiges gereeld betrokke is by 'n hoë graad van blootstelling aan lewe-en-dood-situasies, wat 'n hoë mate van stres tot gevolg kan hê. Die afleiding kan dus gemaak word dat dit van belang is dat verpleegkundiges wat aan hierdie situasies

blootgestel word, trauma ontlasting sessies moet deurloop, sodat stres op 'n effektiewe wyse hanteer kan word en emosies ontlai kan word. (Vergelyk Greenhuas & Parasuraman, 1987:41.)

#### 4.3.3.9 Blootstelling aan die dood

Daar is 48 respondente (49%) wat baie stres ervaar wanneer hulle aan die dood blootgestel word, 32 respondente (32%) ervaar in 'n mindere mate stres terwyl 19 respondente (19%) geen stres ervaar by blootstelling aan die dood nie. Die afleiding wat gemaak kan word is dat die hoë mate van stres wat ervaar word by respondente (49%) wat blootgestel is aan die dood, die gevolg is van oneffektiewe hantering van uiterste menslike emosies (Sauter & Murphy, 1995:207).

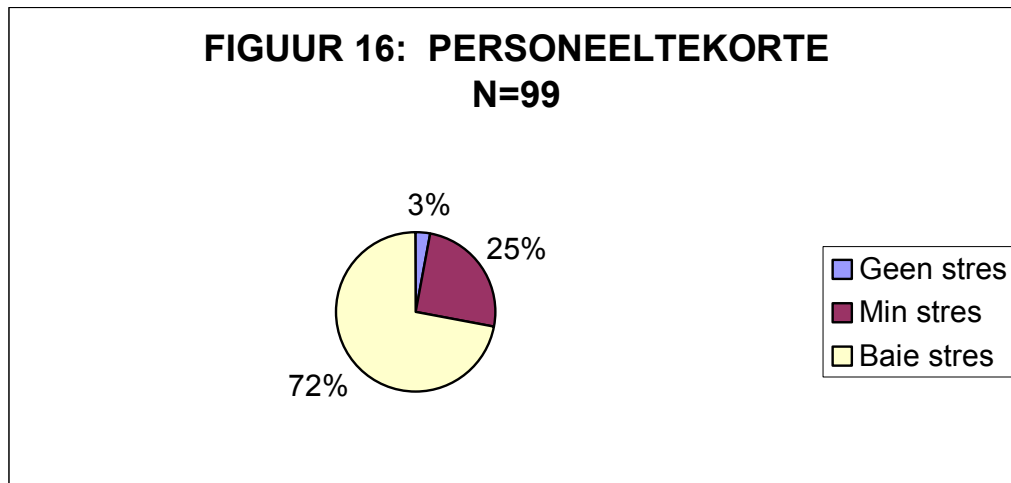
#### 4.3.3.10 Vrees vir die opdoen van HIV/VIGS



Daar is 46 respondente (46%) wat baie stres ervaar as gevolg van die vrees vir die opdoen van HIV/VIGS, terwyl 35 respondente (35%) in 'n mindere mate vrees vir die opdoen van HIV/VIGS, en 18 respondente (18%) het geen vrees vir die opdoen van HIV/VIGS nie.

Dus die vrees vir die opdoen van HIV/VIGS veroorsaak duidelik stres vir die respondente, wat weer dui op die groot verantwoordelikheid en risiko wat die respondent het om haar/sy eie lewe te beskerm.

#### 4.3.5.1 Personeeltekorte



Vanuit figuur 16 blyk dit dat 72 respondente (72%) meen personeeltekorte veroorsaak baie stres, 24 respondente (25%) meen dit veroorsaak stres maar in 'n mindere mate, en slegs 3 respondente (3%) meen personeeltekorte veroorsaak geen stres.

Personeeltekort is 'n groot probleem in hierdie hospitaal, dus kan die afleiding gemaak word dat personeeltekorte stres vir die respondente veroorsaak, aangesien daar te veel pasiënte per verpleegkundige is, dus te veel werk vir die respondente (met ander woorde oorlading). Greenhaus & Parasuraman (1987:41) meen dat hierdie werkstressors op 'n effektiewe wyse binne die beroep hanteer moet word, sodat die respondente 'n sinvolle en produktiewe beroepslewe kan volg.

#### 4.3.3.12 Swak werksomstandighede

Daar is 37 respondente (38%) wat meen swak werksomstandighede veroorsaak in 'n mindere mate stres, terwyl 35 respondente (35%) meen swak

werksomstandighede veroorsaak baie stres en 27 respondente (27%) meen swak werksomstandighede veroorsaak geen stres. Dus veroorsaak swak werksomstandighede stres, hoewel die mate van stres verskil.

Kelly & Cooper (in Hingley & Cooper, 1986:24) meen ook swak werksomstandighede is 'n groot werkstressor en het duidelike negatiewe gevolge. Swak werksomstandighede sluit in: risiko's om siektes op te doen, pasiënte wat brandwonde opgedoen het, aanhoudende, irriterende geluide van monitors, en 'n morbiede atmosfeer.

#### **4.3.3.13 Nie voldoende ondersteunende personeel**

Daar is 51 respondente (51%) wat onvoldoende ondersteunende personeel beskou as die oorsaak van baie stres, waar 35 respondente (36%) meen die gebrek aan ondersteunende personeel veroorsaak stres in 'n mindere mate en 13 respondente (13%) wat meen onvoldoende ondersteunende personeel veroorsaak geen stres. Die oorgrote meerderheid van respondente meen dat onvoldoende ondersteunende personeel stres veroorsaak in die werkplek, wat lei tot hoër verantwoordelikheid en werklading by die respondente en 'n laer moraal tot gevolg kan hê onder die respondente.

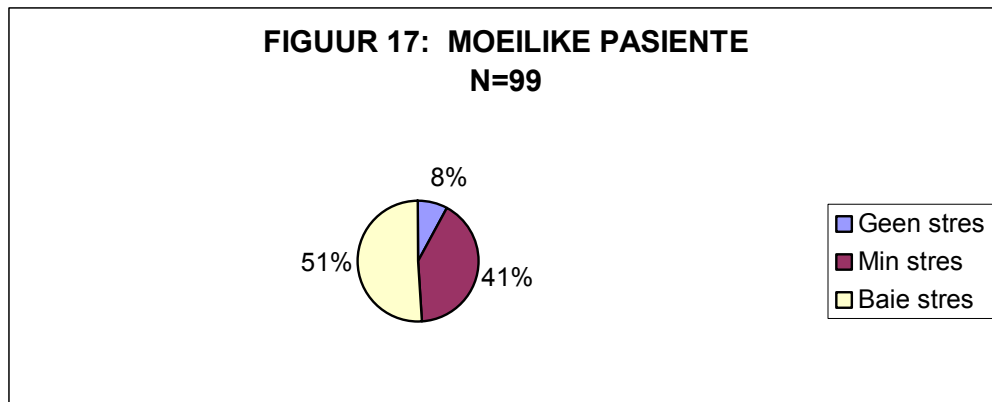
#### **4.3.3.14 Werksure**

Dit blyk dat 37 respondente (38%) van mening is dat die hospitaal se werksure stres in 'n mindere mate veroorsaak, 36 respondente (36%) meen die werksure veroorsaak baie stres en 26 respondente (26%) meen dit veroorsaak geen stres. Die meerderheid respondente (62%) werk 'n gemiddeld van 42 uur per week, hoewel 'n werksdag bestaan uit 'n twaalf uur skof, en dit baie veeleisend vir die respondente is, maar dat dit hanteerbaar is, aangesien die meerderheid respondente meen dat dit net matige stres veroorsaak.

#### 4.3.3.15 Gebrek aan gespesialiseerde opleiding vir take

Daar is 42 respondente (42%) wat meen die gebrek aan gespesialiseerde opleiding vir take, stres veroorsaak, hoewel in 'n mindere mate, waar 37 respondente (38%) meen dit veroorsaak baie stres en 20 respondente (20%) wat meen dit veroorsaak geen stres. Gebrek aan gespesialiseerde opleiding dui op verpleegkundiges wat nie oor genoegsame *gespesialiseerde* opleiding beskik nie. Dit wil dus voorkom of hierdie aspek wel stres veroorsaak, maar dit kan meer effektief hanteer word, sodat dit nie stres hoef te veroorsaak nie.

#### 4.3.3.16 Moeilike pasiënte



Uit figuur 17 kan daar afgelei word dat 50 respondente (50%) van mening is dat moeilike pasiënte baie stres veroorsaak, 41 respondente (41%) meen moeilike pasiënte veroorsaak min stres, en 8 respondente (8%) meen moeilike pasiënte veroorsaak geen stres. Die afleiding kan gemaak word dat die meerderheid respondente (50%) nie moeilike pasiënte doeltreffend kan hanteer nie en probleme hieruit kan voortspruit, dus kan daar aan hierdie aspek binne die hospitaal aandag gegee word.

#### 4.3.3.17 Gebrek aan deelname in beplanning en besluitneming

Daar is 62 respondente (62%) wat stres in 'n mindere mate ervaar as gevolg van 'n gebrek aan deelname in beplanning en besluitneming binne die



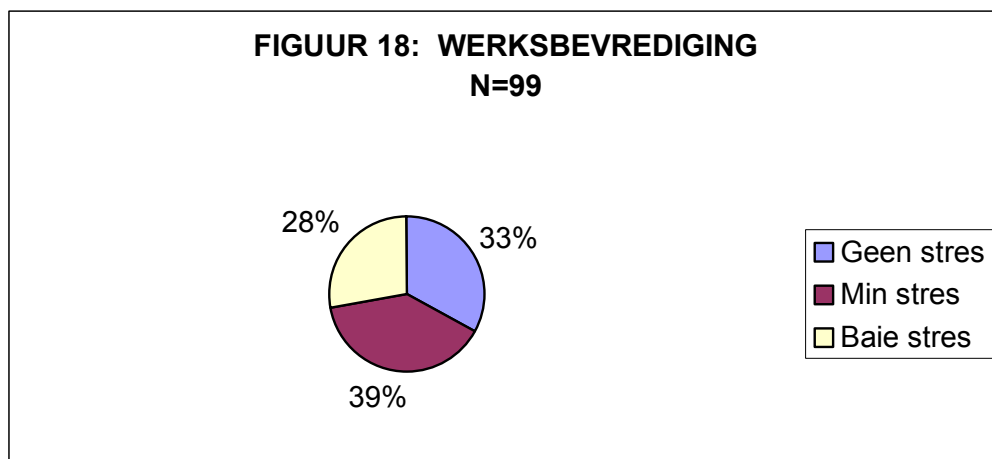
hospitaalstruktuur, terwyl 22 respondente (22%) meen hierdie aspek veroorsaak baie stres, en 15 respondente (16%) wat meen om nie deel te wees aan beplanning en besluitneming veroorsaak geen stres.

Die afleiding kan gemaak word dat daar dus wel respondente is (22%) wat wil deelneem aan besluitneming en beplanning. Cooper & Marshall (in Hingley & Cooper, 1986:28-29) is ook van mening dat gebrek aan deelname in beplanning en besluitneming, stres binne die beroep tot gevolg kan hê, en dit dwing die individu om ondersteuning elders te verkry.

#### 4.3.3.18 Lae professionele status

Daar is 51 respondente (51%) wat meen 'n lae professionele status veroorsaak stres in 'n mindere mate, 16 respondente (17%) wat meen 'n lae professionele status veroorsaak baie stres, en 31 respondente (31%) wat meen 'n lae professionele status veroorsaak geen stres. Die meerderheid respondente ervaar wel stres as gevolg van 'n lae professionele status maar in 'n mindere mate, en kan moontlik toegeskryf word aan ander beroepe binne die hospitaal wat nie professioneel optree teenoor die verpleegkundiges nie, en nie aan die verpleegkundiges die nodige erkenning en respek verleen nie.

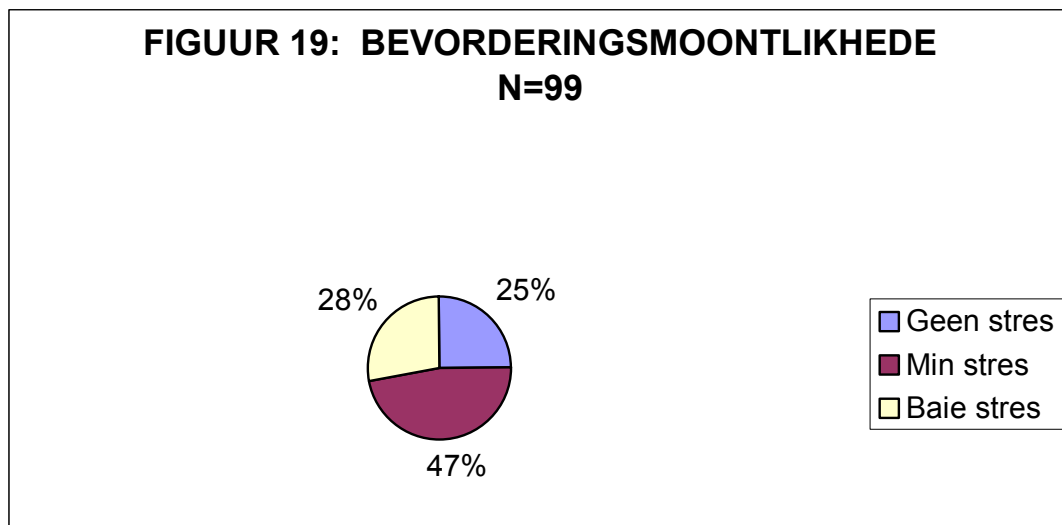
#### 4.3.3.19 Gebrek aan werksbevrediging



Uit figuur 18 kan die afleiding gemaak word dat 38 respondente (39%) van mening is dat werksbevrediging veroorsaak stres in 'n mindere mate, 33 respondente (33%) meen werksbevrediging veroorsaak geen stres, terwyl 28 respondente (28%) wel van mening is dat werksbevrediging wel baie stres veroorsaak.

Kahn (in Pamperin, 1982:35) meen dat lae werksatisfaksie die gevolg is van rolkonflik binne die organisasie, wat lei tot lae vertroue in die organisasie en 'n hoë graad van werksverwante spanning tot gevolg het. Uit die grafiek kan die afleiding gemaak word dat die oorgrote meerderheid van respondente wel werksbevrediging het, aangesien hulle nie baie of geen stres as gevolg van werksbevrediging ervaar. Dus kan die afleiding gemaak word dat die respondente vertroue in die organisasie het en rolkonflik hulle nie negatief sal beïnvloed nie.

#### 4.3.3.20 Gebrek aan bevorderingsmoontlikhede



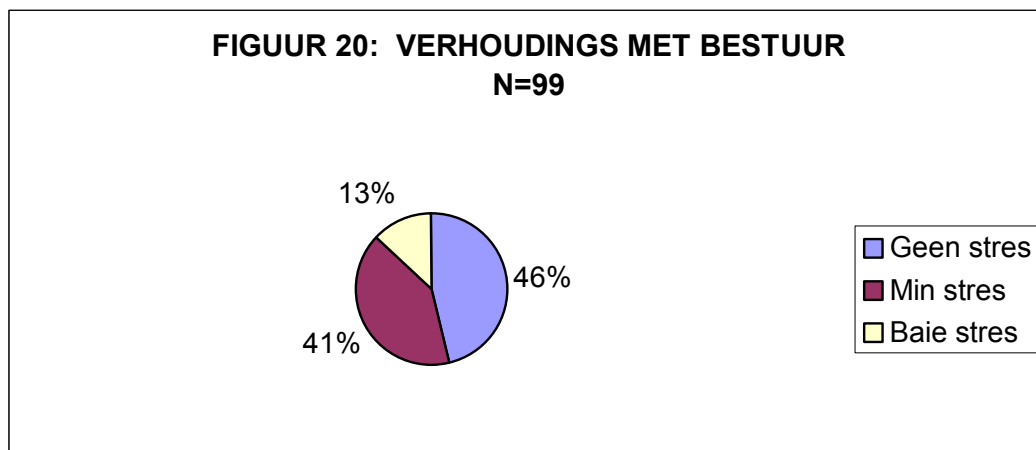
Daar is 46 respondente (47%) wat min stres ervaar met betrekking tot bevorderingsmoontlikhede, 28 respondente (28%) wat baie stres ervaar met betrekking tot bevorderingsmoontlikhede en 25 respondente (25%) wat geen stres ervaar nie.

Constandse & Levinson (in Hingley & Cooper, 1986:31) meen dat bevordering in die middeljare en middelvlakbestuur plaasvind. Stres word tydens hierdie middelfase in die lewe, relatief intens ervaar, aangesien bevordering tydens hierdie lewensfase nie meer so progressief van aard is nie. Sou mens figuur 19 vergelyk met figuur 4 met die feit dat 50% respondente in hul middelfase in die lewe is, kan die afleiding gemaak word dat stres wel ervaar word met betrekking tot bevorderings geleenthede aangesien hierdie respondente heel moontlik die plafon vir bevordering bereik het.

#### 4.3.3.21 Verhoudings met kollegas

Daar is 45 respondente (46%) wat meen hul verhouding met kollegas veroorsaak stres maar in 'n mindere mate, 44 respondente (44%) wat geen stres ervaar as gevolg van hul verhoudings met kollegas nie, en 10 respondente (10%) wat baie stres ervaar as gevolg van hul verhoudings met kollegas. Die aard en kwaliteit van verhoudings onder kollegas blyk dus gesond te wees, aangesien dit nie noemenswaardige stres veroorsaak nie (vergelyk Jacobson & McGrath, 1983:22).

#### 4.3.3.22 Verhoudings met bestuur



Uit figuur 20 kan gesien word dat 45 respondente (46%) geen stres ervaar met betrekking tot hul verhoudings met die bestuur, terwyl 41 respondente

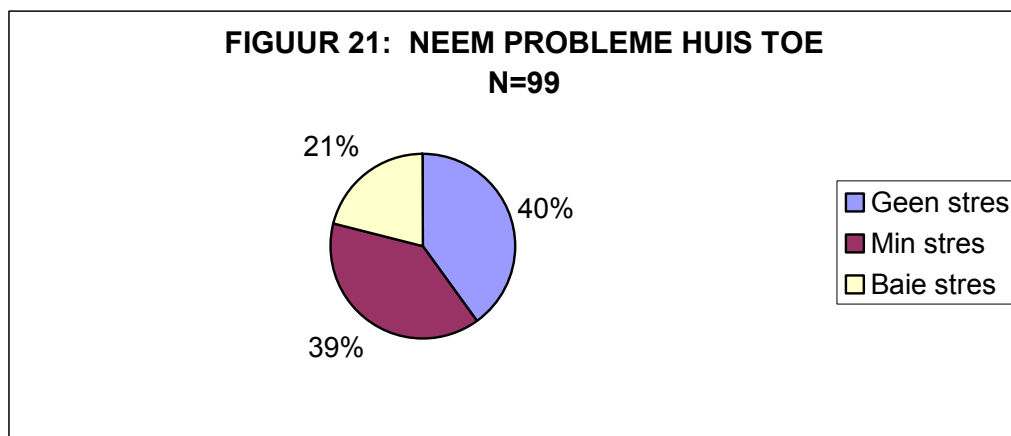
(41%) wel stres in 'n mindere mate ervaar en 13 respondente (13%) geen stres ervaar met hul verhoudings met die bestuur nie.

Die afleiding kan dus gemaak word dat die meeste respondente goeie verhoudings met die bestuur het, hoewel daar sommiges is wat nie goeie verhoudings met die bestuur het nie. Buck soos aangehaal deur Hingley & Coper, 1986:30 het bevind dat werknemers wat gevoelens getoon het dat die bestuur hulle nie konsidereer nie, meer werksdruk en stres ervaar. Dus het hierdie respondente grotendeels positiewe gevoelens met betrekking tot hul verhoudings met die bestuur.

#### 4.3.3.23 Werk versus eise by die huis

Daar is 41 respondente (41%) wat baie stres ervaar by die werk in teenstelling met eise wat tuis gestel word, 35 respondente (36%) wat min stres ervaar by die werk in teenstelling met die eise wat tuis gestel word en 23 respondente (23%) wat geen stres ervaar oor die eise wat by die werk gestel word teenoor die wat tuis gestel word. Die afleiding wat gemaak kan word is dat die werk baie vereistes het op die respondente, wat heel moontlik 'n negatiewe impak kan hê op die eise wat tuis gestel word.

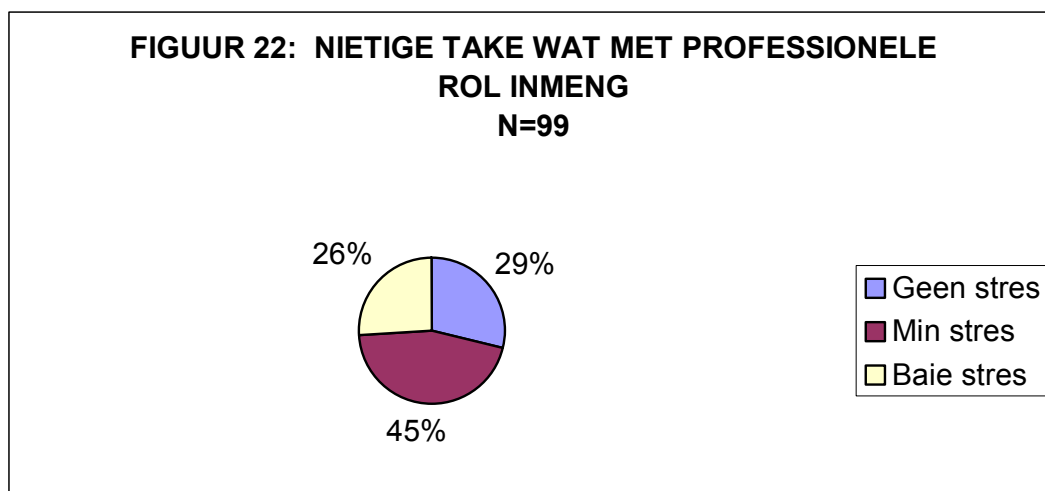
#### 4.3.3.24 Probleme wat huistoe geneem word



Daar is 40 respondente (40%) wat geen stres ervaar en dus nie hul probleme huis toe neem nie, 38 respondente (39%) ervaar min stres en neem hul probleme huis toe, terwyl 21 respondente (21%) wel baie stres ervaar en hul probleme huis toe neem.

Die navorser is van mening dat dit nie noodwendig goed is om werksprobleme wat stres veroorsaak, huis toe te neem nie, aangesien dit 'n negatiewe invloed op die gesin kan uitoefen en tuis ander probleme kan veroorsaak. Hierdie nagevolge kan vermy word sou stres goed bestuur word (vergelyk Quick, Kertesz, Nelson & Quick, 1985:131).

#### 4.3.3.25 Nietige take wat met professionele rol inmeng

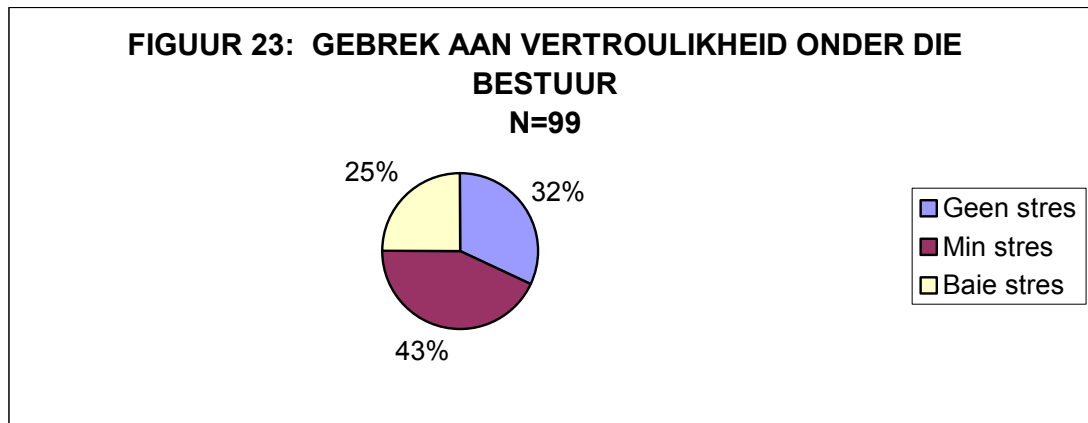


Daar is 45 respondente (45%) wat meen hulle ervaar min stres as gevolg van nietige take wat inmeng met hul professionele rol, 28 respondente (29%) wat meen hulle ervaar geen stres as gevolg van hierdie nietige take nie en 26 respondente (26%) wat meen hulle ervaar baie stres as gevolg van nietige take wat inmeng met hul professionele rol.

Die respondente ervaar wel stres (min en baie) wat die gevolg is van take wat nie van belang is vir die uitvoer van hul professionele rol nie. Pamperin (1982:36) meen duidelike doelstellings en doelwitte, verantwoordelikhede,

take en eise moet aan elke verpleegkundige gestel word. Die navorser stem hiermee saam.

#### 4.3.3.26 Gebrek aan vertroulikheid onder die bestuur



Dit blyk dat 43 respondente (43%) min stres ervaar as gevolg van die gebrek van vertroulikheid onder die bestuur, 32 respondente (32%) ervaar geen stres as gevolg van 'n gebrek aan vertroulikheid onder bestuur nie en 24 respondente (25%) ervaar wel stres wat die gevolg is van 'n gebrek aan vertroulikheid onder die bestuur.

Hierdie vraag bevestig figuur 20 dat daar 'n goeie mate van vertrouwe onder die bestuur is, en dat dit nie 'n stressor is nie.

#### 4.3.3.27 Konflik met kollegas

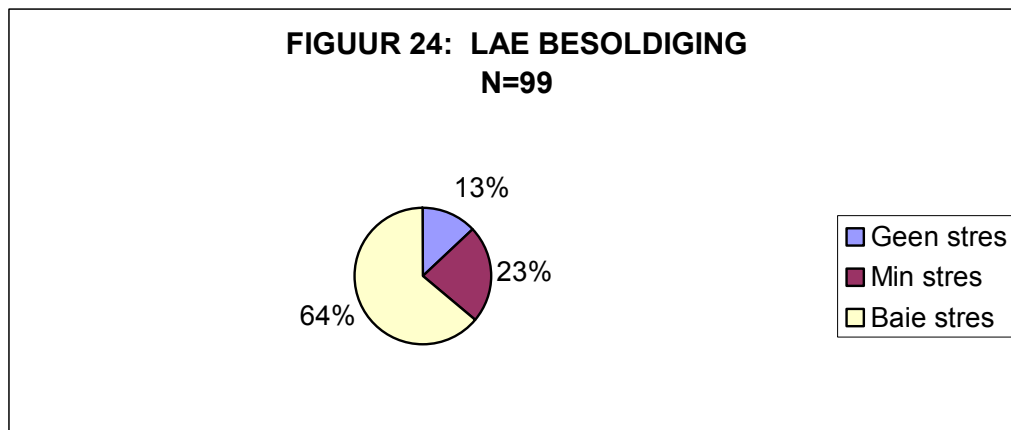
Daar is 50 respondente (51%) wat meen min stres word veroorsaak as gevolg van konflik met kollegas, 30 respondente (30%) ervaar geen stres wat die gevolg kan wees met konflik met kollegas en 19 respondente (19%) ervaar wel stres wat die gevolg is van konflik met kollegas. Hierdie vraag bevestig die verhoudings met kollegas (4.3.3.22) en dui daarop dat daar goeie verhoudings onder kollegas is, en konflik met kollegas nie baie stres veroorsaak nie. Jacobson & McGrath (1983:22) meen verhoudings by die

werk is oorsake vir werkstres, maar die navorser is van mening dat dit slegs negatiewe verhoudings is wat 'n oorsaak kan wees vir werkstres.

#### 4.3.3.28 Gebrek aan ondersteuning deur senior personeel

Hierdie vraag het dieselfde resultate as die vraag by 4.3.3.22 en 4.3.3.26 en bevestig dat daar wel ondersteuning is van senior personeel (insluitend die bestuur), en dat daar 'n gevoel van vertroulikheid heers onder die personeel.

#### 4.3.3.29 Lae besoldiging

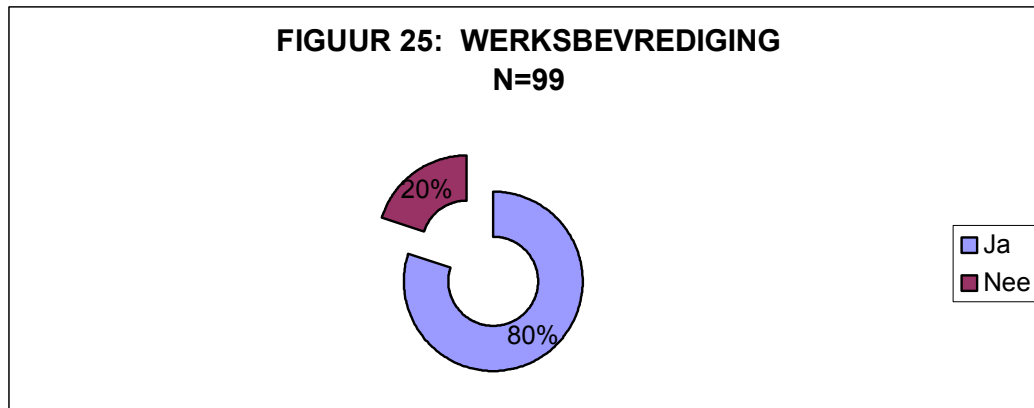


Vanuit figuur 24 blyk dit dat 63 respondente 64% baie stres ervaar as gevolg van lae besoldiging, 23 respondente (23%) ervaar min stres as gevolg van lae besoldiging en 13 respondente (13%) ervaar geen stres as gevolg van lae besoldiging. Die afleiding kan gemaak word dat die oorgrote meerderheid nie tevrede is met hul besoldiging nie, en dit veroorsaak stres, wat volgens die navorser onnodig is in die werkplek, aangesien dit 'n moontlike negatiewe impak kan hê op die motivering vir die keuse van beroep.

#### 4.3.4 Werksiening

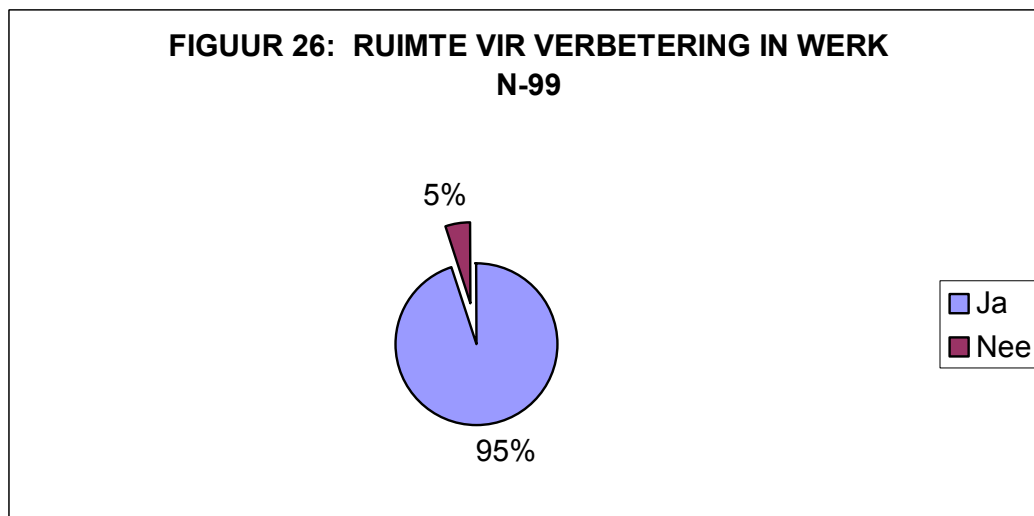
In hierdie afdeling wil die navorser bepaal wat die respondente se werksiening is.

#### 4.3.4.1 Werksbevrediging



Die oorgrote meerderheid respondente, naamlik 79 (80%) meen hulle het werksbevrediging, waar 20 respondente (20%) meen hulle het nie werksbevrediging nie en kan ook vergelyk word met figuur 15, en bevestig dus vraag 4.3.3.19.

#### 4.3.4.2 Ruimte vir verbetering in werk



Die meeste respondente, naamlik 94 (95%) sien daar is ruimte vir verbetering in hul werk, waar 5 respondente (5%) meen daar is nie verbetering in hul werk nie. Die navorser is van mening dat dit 'n positiewe invloed is as die meerderheid meen daar is ruimte vir verbetering in hul werk, dit dui op 'n positiewe organisatoriese klimaat en dui op groei (vergelyk Burke, 1994:17).



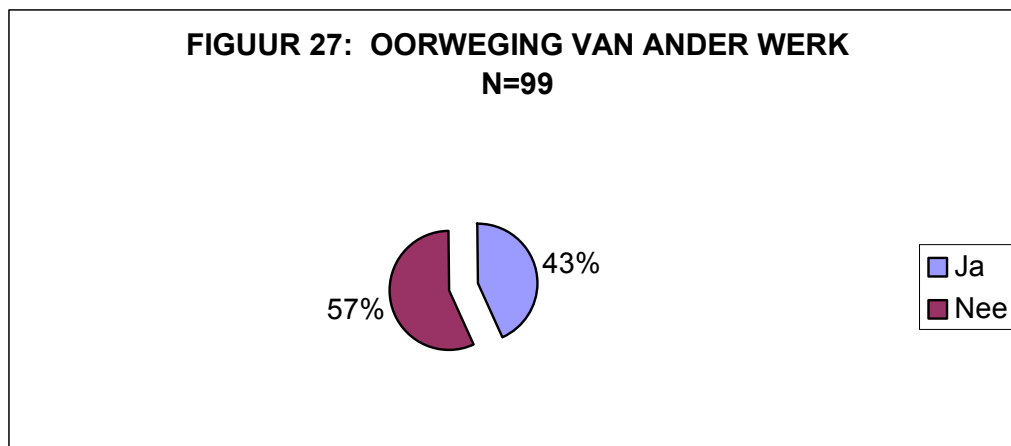
#### 4.3.4.3 Werksmotivering

Daar is 19 respondente (20%) wat meen dat hulle gedwing voel om werk toe te gaan, terwyl 80 respondente (80%) meen hulle hoef nie gedwing word om werk toe te gaan nie. Die meeste respondente is dus gemotiveerd om werk toe te gaan.

#### 4.3.4.4 Werkgesindheid

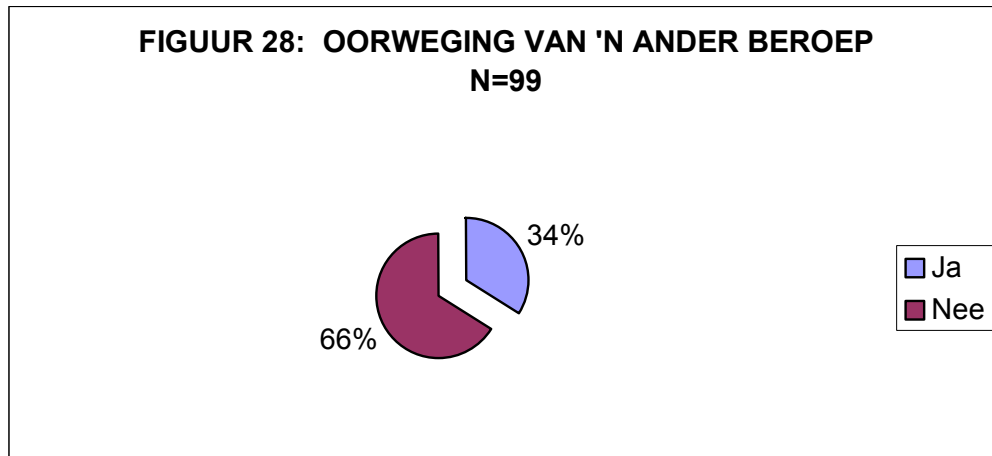
Daar is 18 respondente (19%) voel asof elke dag by die werk nooit tot 'n einde sal kom nie terwyl 81 respondente (81%) meen hulle het 'n positiewe gesindheid teenoor hul werk wat hulle verrig en wens dit dus nie om nie, aangesien hulle steeds baie vir die pasiënte beteken.

#### 4.3.4.5 Oorweging van ander werk



Vanuit figuur 27 blyk dit dat die oorgrote meerderheid respondente, naamlik 56 (57%) nie van werk wil verander nie, hoewel 43 respondente (43%) wel daaraan dink om van werk te verander. Die afleiding wat gemaak kan word is dat 43% van die respondente nie tevrede is met hul huidige werk nie, en dus 'n beter werksaanbieding sal verwelkom.

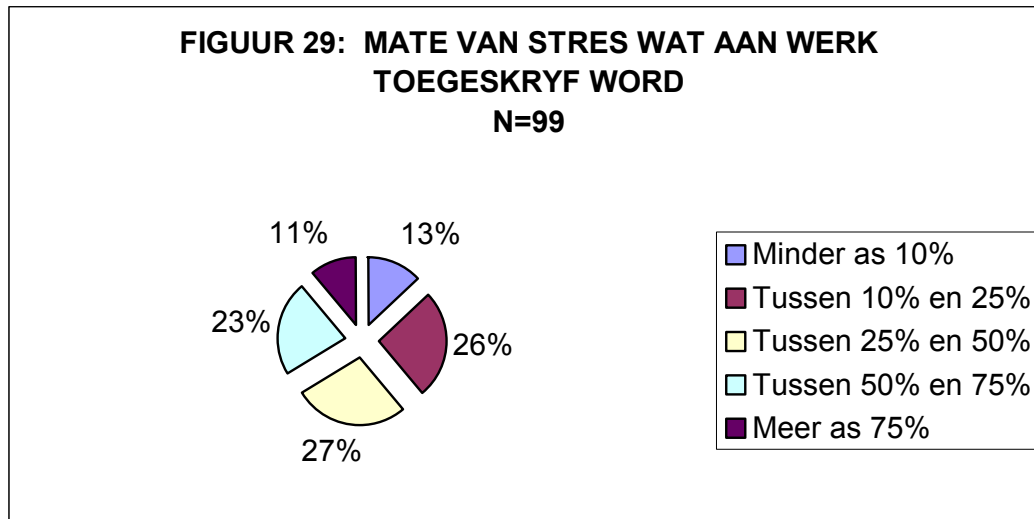
#### 4.3.4.6 Oorweging van ander beroep



Vanuit figuur 28 blyk dit dat 65 respondente (66%) nie oorweeg om 'n ander beroep te volg nie, dalk net moontlik 'n ander betrekking oorweeg (figuur 27), terwyl 34 respondente (34%) oorweeg om 'n ander beroep te volg. Daar is wel minder respondente wat 'n ander beroep wil volg (34%) as wat daar is om 'n ander werk te oorweeg (43%).

Volgens die navorser is dit nogal 'n groot aantal respondente wat nie tevrede is met hul huidige werksituasie nie, en dus aan ander moontlikhede dink, en nie noodwendig verpleging insluit nie. Volgens Jacobson (1983:188) is daar 'n toename in verpleegkundiges wat bedank, maar voer die skrywer aan dat deur middel van effektiewe streshantering kan verpleging weer 'n dinamiese beroep wees met hoë moreel onder verpleegkundiges en hoë werksbevrediging.

#### 4.3.4.7 Mate van stres wat aan die werk toegeskryf kan word



Vanuit figuur 29 blyk die mate van stres in die afgelope jaar wat toegeskryf word aan die werk soos volg te wees:

- Tussen 25% en 50%, is daar 'n toename van 27% (27 respondente) stres
- Tussen 10% en 25%, is daar 'n toename van 26% (26 respondente) stres
- Tussen 50% en 75%, is daar 'n toename van 23% (22 respondente) stres
- Minder as 10% toename in stres, 13% (13 respondente)
- Meer as 'n 75% toename in stres, 11% (11 respondente).

Die afleiding wat gemaak kan word is dat stres wat in die werkplek ervaar word wel toegeneem het die afgelope jaar, en die navorser is van mening dat deur middel van effektiewe stresshanteringsprogramme hierdie bogenoemde toename, 'n afname kan toon.

#### 4.3.5 Stresshantering

Die respondente se maniere en wyses van stresshantering sien soos volg uit daaruit.

#### 4.3.5.2 Hantering van stres

**Tabel 3: Respondente se hantering van stres**

Gevoelens wat ervaar word	Stem nie saam nie	Onseker	Stem saam	
Blameer self	60%	15%	25%	100%
Hou gevoelens vir uself	37%	10%	53%	100%
Verander wat gebeur het	18%	24%	58%	100%
Kwaad vir mense wat probleme veroorsaak	9%	16%	74%	100%
Wys gevoelens	16%	16%	69%	100%
Konsentreer op wat volgende gedoen moet word	2%	10%	88%	100%
Praat met iemand hoe u voel	20%	21%	60%	100%
Weier om daaraan te dink en dat dit onder u vel inkruipt	64%	19%	18%	100%
Ignoreer dit	77%	10%	12%	100%
Isoleer uself	64%	14%	22%	100%
Probeer prbl te verstaan – gaan dit oor in u gedagtes	34%	13%	53%	100%
Praat met iemand wat iets sal kan doen omtrent die probleem	15%	24%	61%	100%

- 53 respondente (53%) hou hul gevoelens vir hulself, 36 respondente (37%) praat met ander oor hul gevoelens en 10 respondente (10%) is onseker

- 74 respondente (74%) is kwaad vir die mense wat die probleme veroorsaak, 15 respondente (16%) is onseker en 9 respondente (9%) is nie kwaad vir die mense wat die probleme veroorsaak het nie
- 68 respondente (69%) wys hul gevoelens, 16 respondente (16%) is onseker en 16 respondente (16%) wys nie hul gevoelens vir ander nie
- 59 respondente (60%) praat met iemand hoe hulle voel, 21 respondente (21%) is onseker en 20 respondente (20%) praat nie met iemand oor hoe hulle voel nie
- 53 respondente (53%) probeer probleme te verstaan – gaan dit oor en oor in hul gedagtes, 33 respondente (34%) probeer nie hul probleme te verstaan nie, en 13 respondente (13%) is onseker
- 61 respondente (61%) praat met iemand wat iets sal kan doen omtrent die probleem, 24 respondente is onseker en 14 respondente (15%) praat nie met iemand wat iets aan die probleem kan doen nie.

Die afleiding kan gemaak word dat nie al die vrae wat gevra is ooreenstem met die resultate wat gekry is nie, so byvoorbeeld meen 53% respondente hulle hou hul gevoelens vir hulself, en dan weer meen 69% respondente hulle wys hul gevoelens. Die volgende het ooreengestem waar 60% van die respondente gemeen het hulle sal met iemand praat oor hoe hulle voel en 61% respondente van mening was dat hulle met iemand sal praat oor probleme. Hierdie resultate dui dus daarop dat die respondente wel gewillig is om met iemand te praat oor hul probleme, maar die navorser is van mening dat dit slegs sal gebeur as hierdie iemand, vertroulik is en gesprekke vertroulik sal hanteer (Jacobson, 1983:179).

Wanneer stres nie hanteer word nie, kan die verpleegkundige foute begin maak, raak dikwels angstig. Hierdie onvermoë om stres te hanteer aktiveer onbewustelik konflik met betrekking tot selfwaarde, selfbeeld, aanvaarbare gedrag, verwagtings, sukses en mislukking, asook bevoegdheid (Muff, 1989:41-44). Stres moet dus effektief en doeltreffend hanteer word, sodat stres op 'n positiewe wyse in die werkplek aangewend kan word, veral as motivering (vegelyk Hingley & Cooper, 1986:98).

#### 4.3.5.3 Stresverligting

**Tabel 4: Stresverligtingmetodes / middels**

Neem die volgende	Nooit	Min	Gereeld
Pynmiddels (Skedule 1&2)	63%	31%	6%
Pynmiddels (Skedule 3-7)	88%	10%	2%
Drink koffie, coke of eet gereeld	15%	29%	56%
Rook	77%	6%	17%
Drink alkoholiese drank	47%	51%	2%
Ontspanningsoefeninge	70%	18%	11%
Informele ontspanning	28%	48%	24%
Oefen	41%	32%	28%

- 30 respondente (31%) neem skedule 1&2 pynmiddels maar in 'n mindere mate, waar 6 respondente (6%) gereeld hierdie pynmiddels gebruik
- 10 respondente (10%) neem wel hierdie pynmiddels maar in 'n mindere mate, en slegs 2 respondente (2%) neem hierdie pynmiddels gereeld
- 55 respondente (56%) drink gereeld koffie of kaffiën drankies, 29 respondente (29%) drink min koffie en kaffiën drankies
- 17 respondente (17%) rook gereeld en 6 respondente (6%) rook baie min
- 51 respondente (51%) drink alkoholiese drank, maar in 'n mindere mate, en 2 respondente maak gereeld gebruik van alkoholiese drank.
- 17 respondente (18%) maak wel van ontspanningsoefeninge gebruik maar in 'n mindere mate, en 11 respondente (11%) maak gereeld van ontspanningsoefeninge gebruik
- 47 respondente (48%) maak min gebruik van informele ontspanning, en 24 respondente (24%) maak gereeld van informele oefeninge gebruik
- 32 respondente (32%) oefen min en 27 respondente (28%) oefen gereeld.

Ontspanningsoefeninge dui op meditasie en joga, informele oefening dui op diep asemhaling en oefen dui op draf, gym en aktiewe deelname aan sport. Taylor *et al.* (2001:717) meen oefening, ontspanning, gesonde eetgewoontes en streshantering sal 'n afname in stres veroorsaak.

#### **4.3.5.4 Persone met wie respondent die vrymoedigheid het om oor probleme te praat**

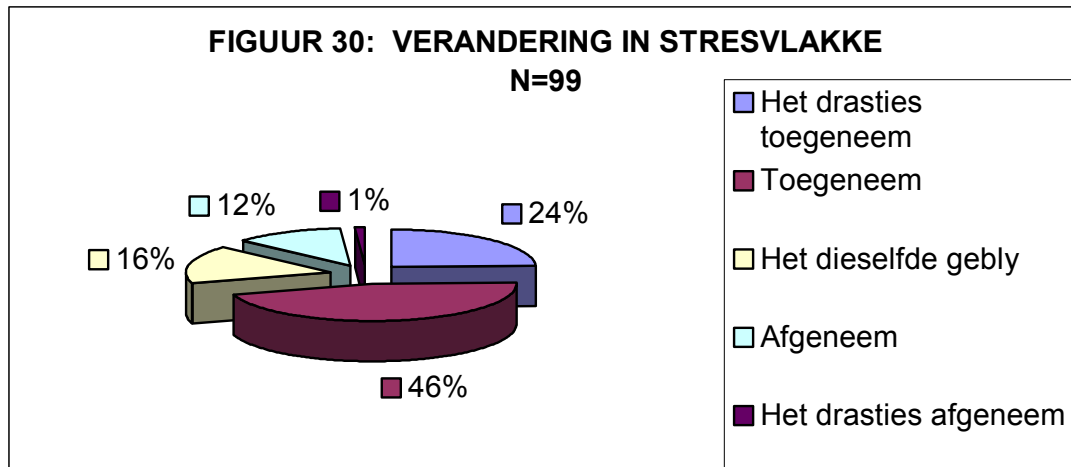
Die grootste aantal respondente, naamlik 35 (35%) praat met hul eggenote oor hul probleme en krisis, 26 respondente (27%) praat met 'n vriend buite werksverband, 23 respondente (23%) praat met hul moeders, 9 respondente (9%) praat met 'n werkskollega, 3 respondente (3%) praat met hul kinders en 3 respondente (3%) praat met hul vader oor hul probleme en krisis.

Die belangrikste metode van streshantering is die identifisering van stressors (Taylor, *et al.* 2001:716). Dit is dan van belang dat hierdie probleme uitgepraat word en dikwels is dit die familie wat hierdie probleme en krisis moet aanhoor, maar dit is belangrik om die persoon te bemoedig en na te luister (Christiaan, 2000:124). Die meeste respondente praat dus met iemand hoewel dit iemand is buite die hospitaal opset.

#### **4.3.5.5 Verlof**

Daar is 15 respondente (16%) wat 14 dae verlof die afgelope jaar geneem het, 9 respondente (9%) wat 30 dae verlof geneem het, 7 respondente (7%) wat 28 dae verlof geneem het, 6 respondente (6%) wat 21 dae verlof geneem het, 6 respondente (6%) wat 15 dae verlof geneem het, 5 respondente (5%) wat 20 dae verlof geneem het, 3 respondente (3%) wat 18 dae verlof geneem het, 3 respondente (3%) wat 10 dae verlof geneem het, 2 respondente (2%) wat 23 dae verlof geneem het, 2 respondente wat 16 dae verlof geneem het. Dit blyk dat die respondente genoegsame verlof neem oor die algemeen.

#### 4.3.5.6 Verandering van stresvlakke in werksituasie



Vanuit figuur 30 blyk die verandering van stresvlakke in die werksituasie die afgelope jaar soos volg te wees:

- 46 respondente (46%) meen hul stresvlakke het toegeneem
- 24 respondente (24%) meen hul stresvlakke het drasties toegeneem
- 15 respondente (16%) meen hul stresvlakke het dieselfde gebly
- 12 respondente (12%) meen hul stresvlakke het afgeneem
- 1 respondent (1%) meen stresvlakke het drasties afgeneem

Die meerderheid van respondente is dus van mening dat hul stresvlakke die afgelope jaar in 'n sekere mate toegeneem het.

#### 4.3.5.6 Optredes waartoe respondente neig in hul alledaagse lewe

Daar is aan die respondente gevra hulle moet hulself op 'n skaal van 1-5 plaas (1 en 2 en 3 meer geneig is na die temperament tipe van flegmaties en melankolies en 4 en 5 meer die geneigdheid is na 'n choleriese en sanguiniese temperament tipe). Volgens Mol (1981:21-24) meen flegmatiese en melankoliese temperamente (1, 2 en 3) is mense wat meer geneig is daartoe om introvertiese eienskappe te besit, onder meer die analitiese en gemoedelike individu, terwyl die choleriese en sanguiniese temperamente (4 en 5) oor meer ekstrovertiese eienskappe beskik, onder meer die organiseerder en ontwikkelaar.



**Tabel 5: Optredes waartoe respondente geneig is**

<b>Geneigde optrede</b>	<b>Frekwensie</b>	<b>Persentasie</b>
2 en 3	65	66
4 en 5	34	34
	N=99	100%

Vanuit tabel 5 blyk die optredes van respondente soos volg te wees:

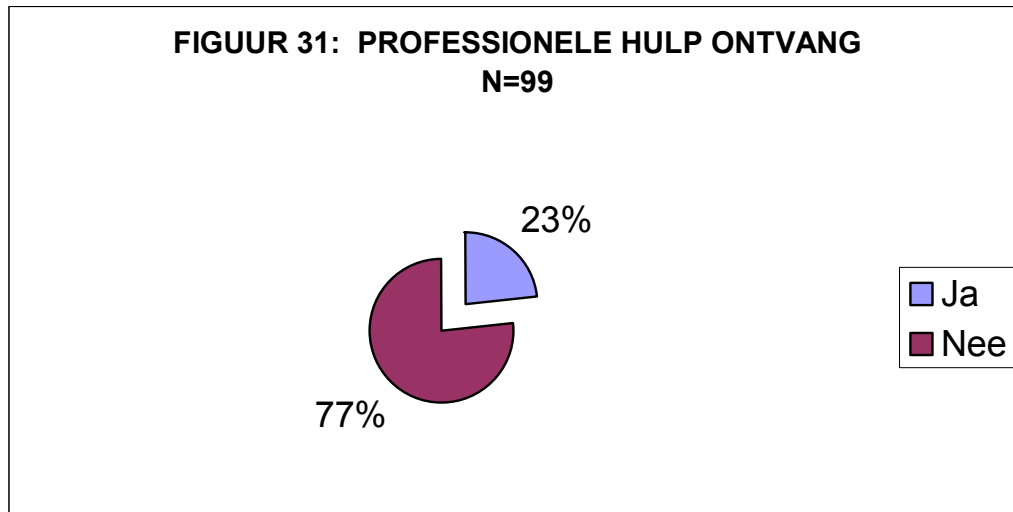
- 65 respondente (66%) neig na die meer flegmatiese en melankoliese temperament
- 34 respondente (34%) neig na die meer choleriese en sanguiniese temperament

Die afleiding kan gemaak word dat daar meer respondente is wat neig na die flegmatiese en melankoliese temperament, waar die minderheid respondente neig na die choleriese en sanguiniese temperament. Mol (1981:20) meen konflik word veroorsaak deur temperamentsverskille, waar mense met dieselfde temperamente meer geneig is tot konflik. Vanuit vraag 4.3.3.27 is dit duidelik dat onderskeidelik 51% en 19% respondente stres op die een of ander mate ervaar as gevolg van konflik met kollegas. Dus sal dit raadsaam wees om kollegas wat moet saamwerk per skof, met betrekking tot hul temperamente te verdeel, sodat minder konflik veroorsaak word en gevolglik minder stres.

#### **4.3.6 Professionele hulp**

Die besonderhede van die respondente se ontvanklikheid vir professionele hulp en die gebruik daarvan, word vervolgens bespreek.

#### 4.3.6.1 Professionele hulp ontvang



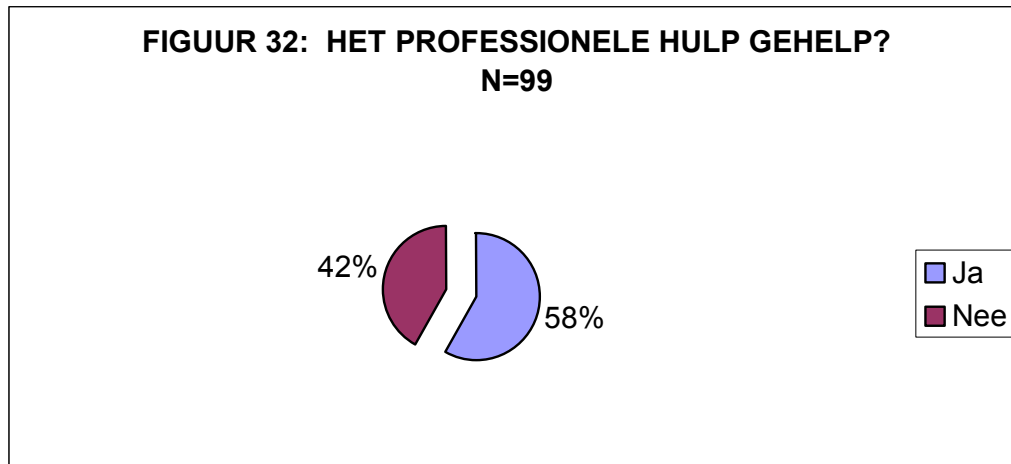
Daar is 76 respondente (77%) wat geen professionele hulp vir probleme met betrekking tot stres ontvang het nie en 23 respondente (23%) wat wel professionele hulp ontvang het. Hierdie resultate dui dus daarop dat die respondente wel van professionele hulp gebruik sal maak.

#### 4.3.6.2 Professionele hulp wat respondente ontvang het

Geen respondente het maatskaplike werkers genader om hulp nie, 12 respondente (12%) respondente het sielkundiges genader, 7 respondente (8%) het 'n dominee genader, 5 respondente (5%) het 'n werknemerhulpprogram genader, 3 respondente (3%) het 'n dokter genader en 2 respondente (2%) het 'n psigiater genader om hulp vir stresverwante probleme.

Die meeste respondente het dus sielkundiges genader, dominees en werknemerhulpprogramme.

#### 4.3.6.3 Mate wat professionele hulp gehelp het



Daar is 57 respondente (58%) wat meen die professionele hulp wat hulle ontvang het om stres verwante probleme te hanteer het gehelp, terwyl 42 respondente (42%) meen die professionele hulp het nie gehelp nie.

Volgens die navorser het die professionle hulp aan die respondente gehelp, vir die oorgrote meerderheid van respondente.

#### 4.3.6.4 Die huidige behoefte aan professionele hulp

Daar is 70 respondente (70%) wat nie huidiglik 'n behoefte het aan professionele hulp nie, en 29 respondente (30%) wat wel huidiglik 'n behoefte het aan professionele hulp.

#### 4.3.6.5 Die professionele hulp wat respondente 'n behoefte aan het

Daar is 2 respondente (2%) wat die behoefte het om 'n maatskaplike werker te sien, 8 respondente (8%) wat sielkundiges verkies, 3 respondente (3%) wat dominees verkies, 11 respondente (11%) wat werknemerhulpprogramme verkies, 2 respondente (2%) wat dokters verkies en 2 respondente (2%) wat psigiaters verkies. Die resultate dui op 'n wye verskydenheid professionele

mense wat respondente bereid is om te sien, maar die oorgrote meerderheid respondente verkies werknemerhulpprogramme.

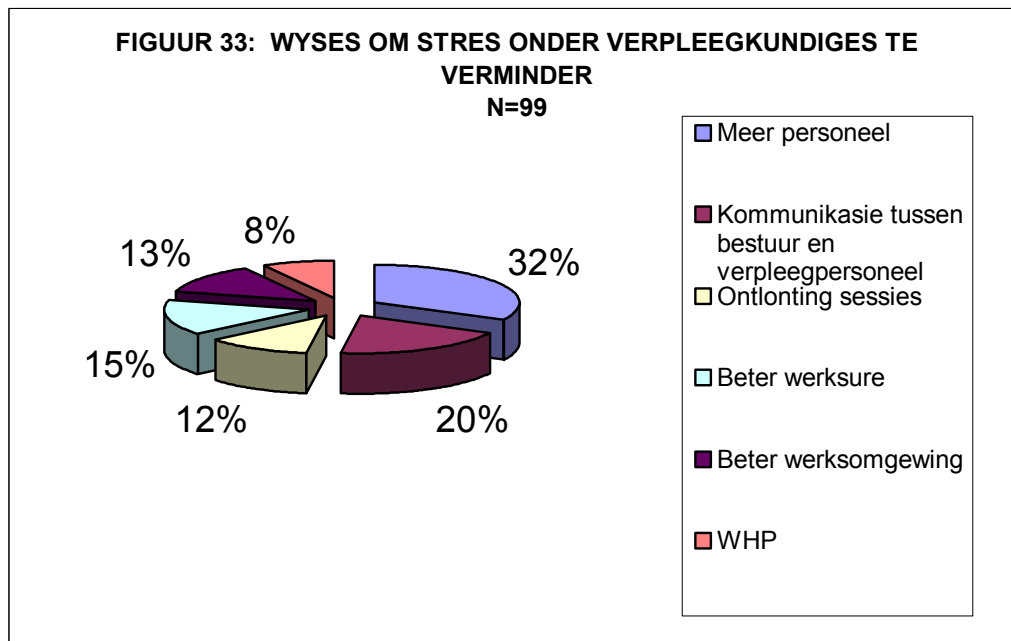
#### 4.3.6.6 Steunstelsels onder verpleegkundiges

Daar is 53 respondente (53%) wat van mening is dat daar steunstelsels vir verpleegkundiges is terwyl 46 respondente (47%) van mening is dat daar geen ondersteuningstelsel vir verpleegkundiges is nie. Die afleiding kan gemaak word dat die respondente nie werklik weet of daar steunstelsels onder verpleegkundiges is nie, aangesien die resultate so naby aan mekaar is.

#### 4.3.7 Voorstelle van respondente

Die besonderhede van die voorstelle wat die respondente gemaak het gaan vervolgens bespreek word.

##### 4.3.7.1 Voorstelle om stres onder verpleegkundiges te verminder

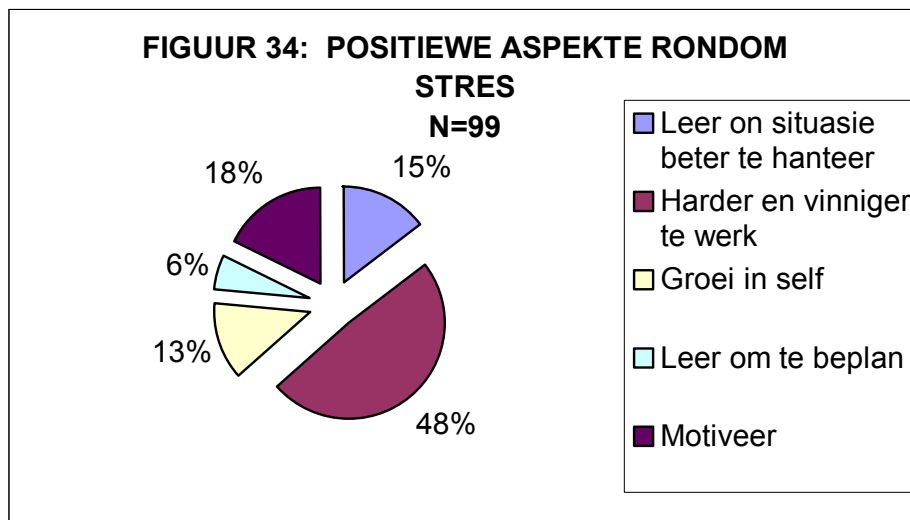


Vanuit figuur 33 blyk die belangrikste voorstelle van respondente om stres onder verpleegkundiges te verminder soos volg te wees:

- 32 respondente (32%) meen daar moet meer personeel aangestel word om werksdruk te hanteer
- 20 respondente (20%) meen die kommunikasie tussen die bestuur en verpleegpersoneel moet verbeter, sodat elke verpleegkundige presies weet wat is haar/sy verantwoordelikhede en take
- 12 respondente (12%) meen daar kan ontloftingsessies vir die verpleegkundiges beskikbaar wees, veral na blootstelling aan die dood, trauma en ernstige siektes van pasiënte
- 7 respondente (8%) meen daar kan beter gebruik gemaak word van werknemerhulpprogramme met veral 'n WHP-praktisyn binne die hospitaal

Dus sal daar gepoog word om hierdie voorstelle van die respondente, voor te hou as aanbevelings vir hierdie studie, maar ook aan die bestuur van die hospitaal.

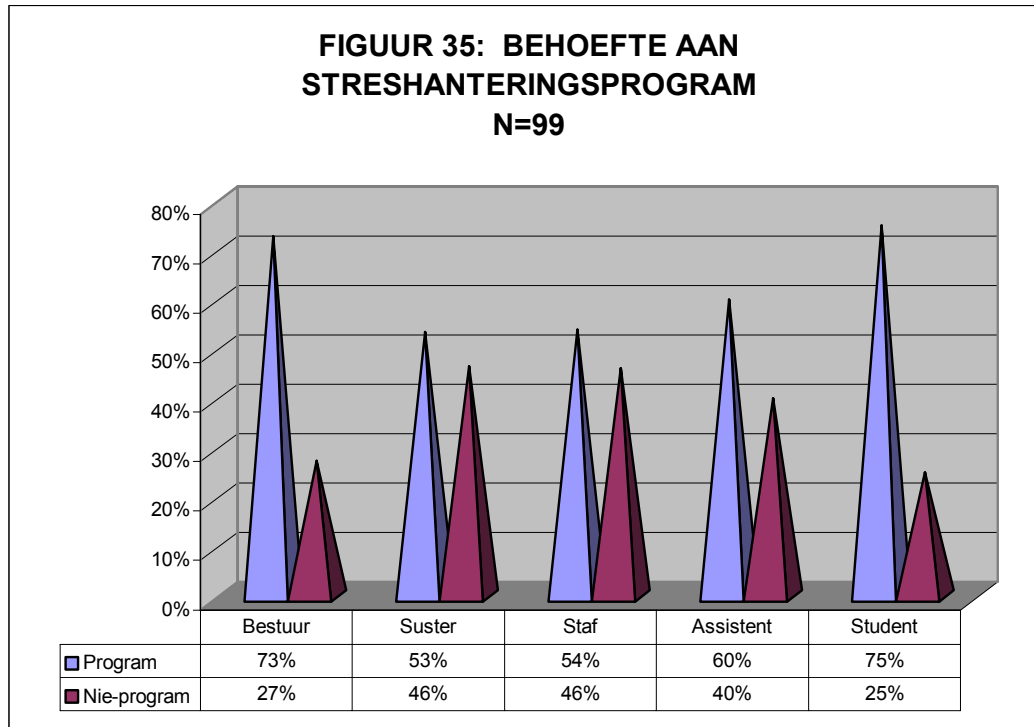
#### 4.3.7.2 Positiewe aspekte met betrekking tot stres



Daar is 47 respondente (48%) wat meen stres laat hul harder en vinniger werk, 18 respondente (18%) wat meen stres motiveer hulle, 15 respondente

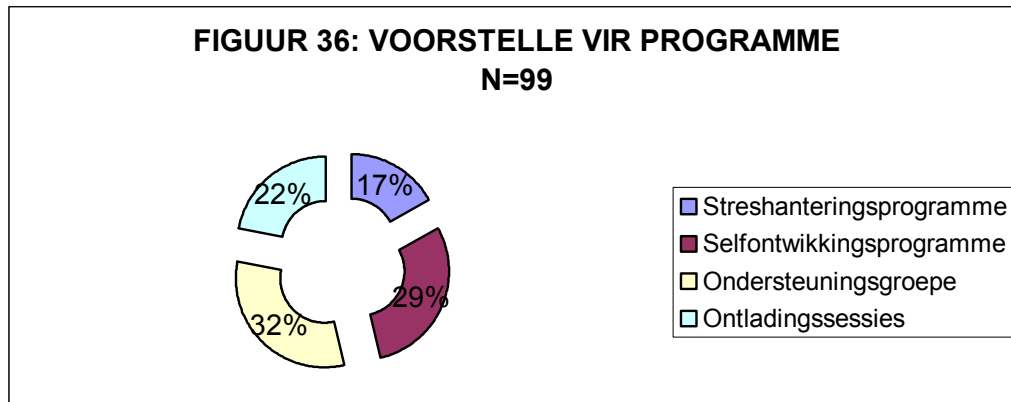
(15%) wat meen stres leer hulle om 'n situasie beter te hanteer, 13 respondente (13%) meen stres leer hulle om te groei in hulself, en 6 respondente (6%) wat meen stres leer hulle om te beplan.

#### 4.3.7.3 Behoefte aan streshanteringsprogramme



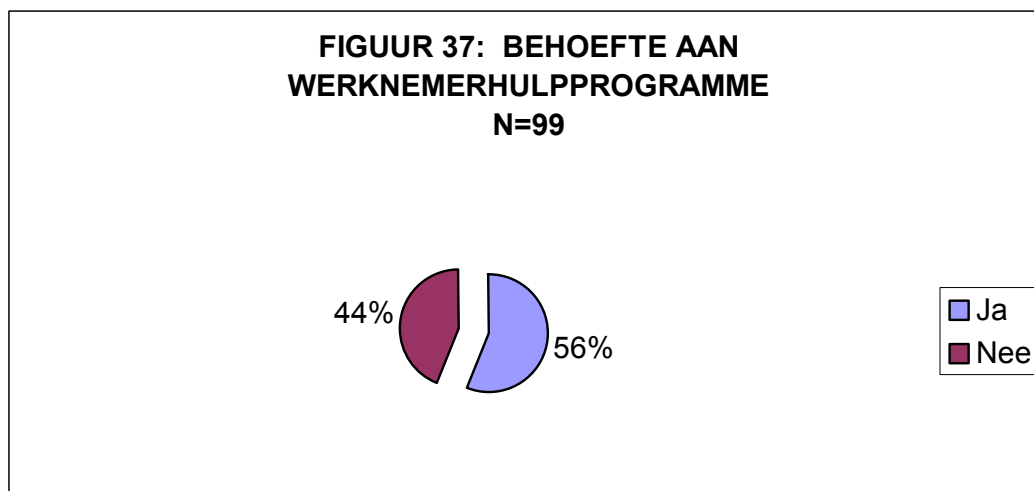
Daar is 73% bestuurslede wat 'n behoefte het aan streshanteringsprogramme, 53% susters wat behoefte het aan streshanteringsprogramme, 54% stafverpleegsters wat 'n behoefte het aan streshanteringsprogramme, 60 % assistentverpleegsters wat behoefte het aan streshanteringsprogramme en 75% studente wat 'n behoefte het aan streshanteringsprogramme. Die afleiding kan gemaak word dat die bestuur (wat hoogste verantwoordelike het) en studente (wat minste ervaring het) die grootste behoefte na 'n streshanteringsprogram het.

#### 4.3.7.3.1 Voorstelle vir ander programme



Daar is 32 respondente (32%) wat 'n behoefte het aan ondersteuningsgroepe in die hospitaal, waar verpleegkundiges met behulp van 'n professionele persoon mekaar kan ondersteun, 28 respondente (29%) het 'n voorstel gemaak van selfontwikkelingsprogramme, 22 respondente (22%) het 'n voorstel gemaak van ontladingssessies, na afloop van trauma en 17 respondente (17%) het die voorstel gemaak van streshanteringsprogramme binne die hospitaal. (Vergelyk EAPA-SA, 1999:22-33.)

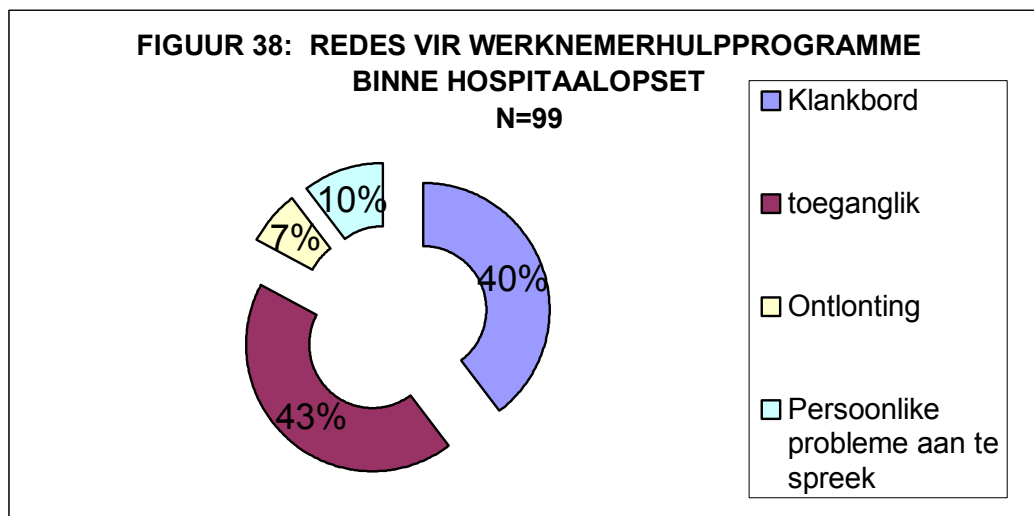
#### 4.3.7.4 Behoefte aan werknemerhulpprogramme



Daar is 55 respondente (56%) wat 'n behoefte het aan werknemerhulpprogramme binne die hospitaal en 44 respondente (44%) wat geen behoefte het aan werknemerhulpprogramme binne die hospitaal nie.

Dus is die meerderheid van die respondente ten gunste van 'n werknemerhulpprogram binne die hospitaalopset wat die eienaarskap van so 'n program sal verhoog, sou dit binne die hospitaal geïmplementeer word.

Die volgende redes vir 'n werknemerhulpprogram word vervolgens voorgestel in figuur 38.



Daar is 43 respondente (43%) wat meen 'n werknemerhulpprogram (WHP) is baie meer toeganklik sou dit binne die hospitaal kan wees, 40 respondente (40%) meen 'n werknemerhulpprogram dien as neutrale klankbord vir probleme onder verpleegkundiges, 10 respondente (10%) meen persoonlike probleme kan deur middel van 'n WHP aangespreek word en 6 respondente (7%) meen 'n WHP kan gebruik word om ontlontingsessies vir verpleegkundiges te bied.

Die respondente het dus genoegsame redes voorgestel om 'n werknemerhulpprogram binne die hospitaal te regverdig, onder meer dat dit meer toeganklik is, persoonlike- en werksprobleme kan aangespreek word, en



die program kan verskillende sessies aan die verpleegkundige bied, om beter werksfunksionering te verseker.

#### **4.4 SAMEVATTING**

Bogenoemde skrywe bevat die hele spektrum van gegewens, wat tydens die uitvoering van die empiriese ondersoek ingewin is. Die navorser het gebruik gemaak van toegepaste navorsing en het van 'n verkennende navorsingsontwerp gebruik gemaak. Dit behels kortliks die volgende:

Hierdie studie is uitgevoer met nege-en-negentig verpleegkundiges, van 'n privaat hospitaal in Pretoria wat werksaam was vir die hospitaal in die tydperk April 2002 tot Oktober 2002.

Die meeste respondente is vroue, net twee respondente was mans. Hierdie verskynsel is algemeen aangesien verpleging grotendeels 'n beroep vir vroue was en is. Daar is bevind dat stres onder verpleegkundiges hoogty vier, aangesien 88% van die respondente hul werk as stresvol beskou en die meerderheid respondente meen hul stres het toegeneem veral die laaste jaar.

Stres onder verpleegkundiges kom meestal voor in die ouderdomsgroep 30-49 jaar. Hierdie is ook die ouderdom van mense wat reeds gevestig is in hul beroep, wat 'n plafon in hul beroep bereik het en dus nie baie bevorderingsmoontlikhede het nie. Dit is ook in hierdie ouderdomsgroep waar mense normaalweg getroud is (53%) en kinders het (62%), en dus is daar ekstra verantwoordelikhede vir die verpleegkundige, naamlik dié van haar/sy werk en dié by die huis.

Die meeste stres onder verpleegkundiges word ervaar onder die bestuur, dan die susters, dan stafverpleegsters, dan assistent verpleegster en dan studente. Die mate van stres kan toegeskryf word aan die mate van verantwoordelikhede en take wat op elke werksposiesie rus.

Die verpleegkundiges voldoen aan die akademiese vereistes van verpleging, waar die meerderheid respondente diplomas en nagraadse diplomas verwerf het. Die hoofrede wat die respondente aanvoer vir die oorsake van werksstres, is nie die feit dat hulle nie bekwaam is nie, maar dat die werksdruk te hoog is, teke aan hulle gegee word buite hul bevoegdheid en die groeiende personeeltekorte, wat dus groter verantwoordelikhede op die verpleegkundige se skouers laai.

Dit blyk te wees dat die grootste mate van stres onder verpleegkundiges in die volgende sale/afdelings ervaar word (in rangorde), naamlik: Nooddienste, Hoërsorgsale, Intensiewesorgeenheide, Ortopediese teater, Algemene en Mediese /chirurgiese sale, asook die matrones. Hierdie is sale en afdelings waar daar 'n groot mate van verantwoordelikheid op die verpleegkundige is. Die verpleegkundiges word veral in hierdie afdelings blootgestel aan ernstige siek pasiënte, blootstelling aan HIV/VIGS, die dood en traumatiese gebeurtenisse.

In die studie het die navorser ook bevind dat die verhoudings onder kollegas relatief positief is, hoewel konflik in 'n mindere mate onder kollegas ervaar word, veroorsaak dit tog onnodige stres. Die navorser wil hierdie konflik toeskryf aan die feit dat die meeste respondente se temperamente die van flagmaties en melankolies is, waar die minderheid respondente die temperamente van choleries en sanguinies het. Dit word algemeen aanvaar dat mense met dieselfde temperamente meer geneig is tot konflik, en aangesien die meerderheid respondente dieselfde temperamente het, is dit noodwendig dat konflik sal ontstaan, maar dit kan met die regte kennis van mekaar se temperamentsverskille baie positief hanteer word.

Die meeste respondente het werksbevrediging, maar meen daar is ruimte vir verbetering in hul werk. Hul werksmotivering dui gematig te wees, en daar blyk definitief ruimte te wees vir die opbouing van die verpleegkundiges se moraal, aangesien daar 'n groot mate van respondente is wat ander werk en selfs ander beroepe te oorweeg.

Die respondente se hantering van stres is nie uiters effektief nie, aangesien die meeste respondente ander blameer vir stres wat hulle ervaar, nie hul gevoelens met ander deel en dus ontlaai nie. Die respondente hanteer stres negatief deurdat die meerderheid respondente bykans geen oefening, hetsy formeel of informeel kry nie. Die meeste respondente kan nie ontspan nie, en maak gereeld gebruik van kaffiëndrankies om stres te verlig en weer in beheer te voel.

Dit blyk dat die oorgrote meerderheid respondente 'n behoefte het aan werknemerhulpprogramme binne die hospitaal opset, aangesien werknemerhulpprogramme kan dien as klankbord, dit is meer toeganklik sal daar 'n WHP-praktisyn in die hospitaal wees, ontfontingsessies kan gehou word en persoonlike probleme kan aangespreek word. Die respondente is ten gunste van verskeie programme wat in die hospitaal aangebied kan word, byvoorbeeld streshanteringsprogramme, selfontwikkelingsprogramme, en ondersteuningsgroepe. Daar is 57% van die respondente wat 'n definitiewe behoefte het aan streshanteringsprogramme, sodat werksverrigting meer effektief kan wees en hulle dus meer produktief kan wees. Die meeste respondente wat reeds professionele hulp ontvang het, meen die hulp het gehelp.

Die algemene gevoel is dat die respondente ten gunste van hulp is, en gevolglik 'n WHP binne die hospitaal, sodat hul probleme veral stres, hanteer kan word en hulle meer doeltreffende werk kan lewer en dus hul produktiwiteit verhoog.

Bogenoemde gegewens stel die navorser in staat om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak. Dit sal in hoofstuk 5 bespreek word.

## HOOFSTUK 5

### SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 5.1 INLEIDING

Stres onder verpleegkundiges wat vanuit 'n werknemerhulpprogram (WHP) perspektief beskou word is 'n relatief onbekende onderwerp, hoewel daar baie literatuur beskikbaar is met betrekking tot stres, is daar min beskikbaar waar dit bespreek word vanuit hierdie WHP perspektief. Dit word algemeen aanvaar dat stres in die individu oorgedra word na die werksplek en ook stres in die werksplek word oorgedra na die individu. Dus werksfaktore kan stres veroorsaak, wat tot fisiese en psigologiese probleme of siektes kan lei by die individu.

Met die uitvoer van hierdie studie is gepoog om nuwe inligting oor die impak van stres op die verpleegkundige in te samel en hoe hierdie impak die verpleegkundige se werksverrigting, siening van werk en hanteringsmeganismes beïnvloed ten einde 'n benadering vanuit 'n werknemerhulpprogram perspektief te kan ontwikkel.

In hierdie hoofstuk word gefokus op die samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings na afloop van die studie.

#### 5.2 SAMEVATTING

Met hierdie ondersoek is gepoog om deur middel van toegepaste navorsing vas te stel in hoe 'n mate stres ervaar word in 'n privaat hospitaal, en die impak van stres op verpleegkundiges en hul werksfunksionering.

Doelwitte wat met hierdie studie bereik is, is:

- Deur middel van 'n deeglike literatuurstudie is inligting omtrent stres onder verpleegkundiges ingewin.

- 'n Deeglike omskrywing en literatuurstudie van werknemerhulpprogramme, werksfunksionering en streshantering is ingewin.
- Deur die uitvoering van 'n empiriese studie deur middel van vraelyste wat met die hand afgelewer is, is die impak van stres onder verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal vanuit 'n werknemerhulpprogram perspektief bepaal.
- Daar is 'n bydrae gemaak tot Werknemerhulpprogrampraktisyns deur die daarstelling van nuwe inligting wat aanleiding kan gee tot die daarstelling van werknemerhulpprogramme (WHP) aan verpleegkundiges om stres in 'n private hospitaal aan te spreek.

Die navorsingsvrae, naamlik watter stres werknemers in 'n mediese opset ervaar en tot watter mate stres, werksfunksionering beïnvloed van werknemers in 'n mediese opset is beantwoord. Stres wat werknemers ervaar is onder meer: groot verantwoordelikede van veral pasiënte wat ernstig siek is, skofwerk, blootstelling aan oordraagbare siektes, traumatiese gebeurtenisse, hoë werkslading, personeeltekorte, swak kommunikasie onder personeel en bestuur. Stres beïnvloed werksfunksionering van verpleegkundiges in 'n meerdere mate negatief, deurdat die verpleegkundiges nie stres effektief kan hanteer nie, en stres ook nie kan bestuur nie. Dus is die aanbeveling gemaak dat streshanteringsprogramme geïmplementeer word vir verpleegkundiges, sodat werksfunksionering nie onder stres sal ly nie.

Samevattend is hierdie ondersoek uitgevoer volgens die volgende aspekte:

- In **HOOFSTUK 1** word 'n algemene inleiding beskryf. Spesifieke verwysing is gemaak na die motivering vir die keuse van die onderwerp, waarna 'n probleemformulering opgestel is. Die doelstelling en doelwitte van die ondersoek is beskryf, asook die navorsingsmetodologie. Daar is 'n geskikte soort navorsing vir die studie bepaal, 'n navorsingsontwerp uitgelig, navorsingsprosedures en –werkswyse vasgestel en die voorondersoek is afgebaken. Daarna is hoofkonsepte gedefinieer en leemtes in die studie is uitgewys.

- **HOOFSTUK 2** behels 'n teoretiese verkenning van stres onder verpleegkundiges. Stres onder verpleegkundiges is oorsigtig bespreek. Aspekte soos die oorsake van beroepstres, impak van stres op die verpleegkundige, hantering van stres met onder meer uitbranding is bespreek. *Doelwit 1, om 'n teoretiese verkenning te doen met betrekking tot stres onder verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal* is suksesvol bereik.
- Daar is in **HOOFSTUK 3** gefokus op werknemerhulpprogramme. Werknemerhulpprogramme (WHP) se doelstellings en doelwitte is onder meer omskryf, die verskillende modelle van WHP's is bespreek. Die funksies van WHP is bespreek asook die standaardelemente vir WHP's wat uiters belangrik is vir die implimentering en evaluering van enige WHP. Vervolgens is WHP's en werksfunksionering bespreek met die voordele wat 'n WHP vir die werknemer en die organisasie inhou. Laastens is WHP en stresbestuur op kortlikse wyse bespreek. *Doelwit 2, om 'n deeglike omskrywing van werknemerhulpprogramme, werksfunksionering en streshantering, is bereik.*
- Die empiriese ondersoek oor stres onder verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal: 'n werknemerhulpprogram perspektief word in **HOOFSTUK 4** beskryf. Inligting soos verkry vanuit die vraelyste is verwerk en weergegee. Van die tendense is grafies voorgestel en geïnterpreteer. *Doelwit 3, naamlik die uitvoering van 'n empiriese studie van stres onder verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal en die impak van die stres op werksfunksionering* is suksesvol bereik.
- **HOOFSTUK 5** behels die samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings van die ondersoek. Gevolgtrekkings word gemaak, waarna aanbevelings ten opsigte van die impak van stres onder die verpleegkundiges, hantering daarvan, vir moontlike werknemerhulpprogramme vir 'n privaat hospitaal, gemaak word. *Doelwit 4, naamlik om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak wat as riglyne vir WHP praktisyns te kan dien om WHP's aan verpleegkundiges te bied om sodoende stres in 'n privaat hospitaal aan te spreek, is bespreek.*

Bogenoemde indeling vervat die totale navorsingsondersoek. Vervolgens word gevolgtrekkings vanuit die ondersoek gemaak.

### 5.3 GEVOLGTREKKINGS

Gevolgtrekkings is vanuit inligting deur die literatuurstudie en empiriese studie gemaak.

Belangrike gevolgtrekkings vanuit die studie behels die volgende:

- Vanuit die literatuur en empiriese studie blyk dit dat verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal baie stres in hul werk ervaar. Dit veroorsaak dat verpleegkundiges nie verantwoordelike wat aan hulle gegee word, ten volle kan nakom nie en hulle fisies en psigies probleme ontwikkel as gevolg van werkstres.
- Die verpleegkundiges is bekwaam, maar dit is belangrik om tred te hou met die tegnologiese voortuitgang van die beroep, aangesien verpleegkundiges dikwels nie kan aanpas by hierdie veranderinge nie, en hierdie vinnige pas dikwels sy tol eis by die verpleegkundige.
- Die meerderheid respondente is voltyds aangestel, werk skofte van drie/vier dae aaneen (twaalf-uurlikse werksdae), en dienooreenkomstig maak dit 'n inbreuk op die verpleegkundige se huishouding wat heel moontlik ander probleme tot gevolg kan hê.
- Die meeste stres onder verpleegkundiges word ervaar in die sale/afdelings van die hospitaal waar die verpleegkundiges blootgestel word aan pasiënte wat ernstig siek is, waar hulle blootgestel word aan HIV/VIGS, waar hulle blootgestel word aan traumatiese gebeurtenisse en waar intensiewe sorg aan pasiënte verleen moet word.
- Die gevolgtrekking word gemaak dat stres onder verpleegkundiges hoofsaaklik veroorsaak word deur 'n te groot verantwoordelikheid wat op die skouers van verpleegkundiges rus, sonder dat die verpleegkundige enige ondersteuning ontvang, of ondersteuning in 'n mindere mate. Die

werkslading is hoog, met ander woorde te veel werk vir verpleegkundige per pasiënt, groot personeeltekorte en lang werksure, met ander woorde ongunstige werksomstandighede. Verskeie outeurs noem ook bogenoemde faktore as hoof oorsake van werkstres.

- Wanneer daar gekyk word na die mate waartoe verpleegkundiges onseker is oor hul verantwoordelikhede en take by die werk, wat lei tot stres, kan die gevolgtrekking gemaak word dat dit blyk dat daar nie goeie kommunikasie tussen die bestuur en die verpleegkundige is nie. Goeie kommunikasie is onder meer kommunikasie tussen die bestuur en verpleegkundige, op so 'n wyse dat die verpleegkundige eienaarskap kan neem oor besluite wat geneem word en aanbevelings wat gemaak word. Kommunikasie sluit ook in die kommunikasie onder verpleegkundiges. Die kommunikasie moet van so aard wees dat almal op gelyke vlak hanteer word, aangesien elke verpleegkundige 'n spesifieke rol het om te vervul, en daar dus nie op neerhalende of minder belangrike wyse met sommige verpleegkundiges gekommunikeer moet word nie.
- Bogenoemde aspek lei tot konflik met kollegas – hoewel dit nie uitermatige stres vir die verpleegkundige veroorsaak nie, is konflik onder kollegas onnodig, en kan werksfunksionering meer effektief wees sonder konflik.
- Dit blyk dat daar nie genoegsame ondersteunende personeel vir verpleegkundiges is nie, met ander woorde die werkslading en gevolglike werksdruk word net meer, en die verpleegkundige beskik nie altyd oor die nodige hanteringsmeganismes nie. Sou daar genoegsame ondersteunende personeel wees sal werksfunksionering heel moontlik toeneem.
- Die gevolgtrekking word ook gemaak dat die oorgrote meerderheid respondente stres ervaar omrede hulle deel het aan beplanning en besluitneming nie, daar is dus 'n vertikale bestuurstyl (bo na onder). Die verpleegkundiges voel dus uitgesluit en nie totaal deel van die hospitaal nie.
- Die verpleegkundiges het wel werksbevrediging, wat dui op 'n relatiewe gesonde organisatoriese klimaat.



- Die blyk dat daar nie genoegsame bevorderingsmoontlikhede vir die verpleegkundige bestaan nie, aangesien die meeste verpleegkundiges ook in die ouderdomsgroep van waar hulle 'n plafon in hul beroep bereik het, hierdie aspek veroorsaak genoegsame stres vir die verpleegkundige.
- Die meeste verpleegkundiges neem hul werksprobleme huis toe, en praat grotendeels met hul eggenote daarvoor. Dit kan opsigself ander probleme veroorsaak, wat weer oorgedra kan word werk toe, en 'n bose kringloop veroorsaak.
- Dit blyk dat stres onder die verpleegkundiges toegeneem het die afgelope jaar wat in die literatuur daarop dui dat stres nie effektief hanteer is nie of effektief bestuur is nie, en dus werksverrigting negatief kan beïnvloed.
- Dit blyk dat die verpleegkundiges stres nie baie effektief hanteer nie, deurdat hulle nie leer om te ontspan nie, min/geen oefeninge doen nie, nie hul bekommernisse openlik deel nie.
- Die verpleegkundiges het wel ook positiewe response teenoor stres, deurdat stres hulle motiveer om harder te werk, groei in hulself en dit leer hulle beplan.
- Die meeste verpleegkundiges veral die bestuur en studente is ten gunste vir 'n werknemerhulpprogram binne die hospitaal opset, aangesien dit meer toeganklik is. Die afleiding kan gemaak word dat bestuur baie verantwoordelikhede het wat gevolglik stres veroorsaak, en dus ontvanklik is vir 'n WHP, aangesien 'n WHP op verskeie wyses stres en ander werksdruk kan verminder. Die studente is veral ook ontvanklik vir 'n WHP, aangesien hulle nog onervare is, nie weet hoe om stres, traumatiese gebeurtenisse, of persoonlike probleme te hanteer nie, en dus veral baat sal vind by 'n WHP met betrekking tot streshanteringsprogramme.
- Die verpleegkundiges blyk gunstig te wees vir die implementering van verskeie programme wat hulself kan ontwikkel en tegelyketyd ook hul werksverrigting te verhoog.
- Die meeste verpleegkundiges het die vrymoedigheid om 'n professionele persoon te spreek, om sodoende hul stres en probleme te verlig en op te los.

- Dit blyk dat die verpleegkundiges besef stres begin sy tol eis, en is bereid om 'n werknemerhulpprogram binne die hospitaalopset as maatskaplike metode van hulpverlening te beskou, dus kan 'n WHP voorkomend optree vir die moontlike probleme wat die verpleegkundige en hospitaal kan ervaar.
- Dit blyk dat sou 'n privaat hospitaal inkoop op 'n Werknemerhulpprogram, sal dit die werksverrigting verhoog en 'n toename in werksfunksionering kan verseker, en kan dit ook aan provinsiale hospitale voorgestel word, waar daar heel waarskynlik baie meer werkstres ervaar word, en kan 'n WHP aan ander provinsiale hospitale ook 'n toename in werksfunksionering verseker.

#### **5.4 AANBEVELINGS**

Na afloop van die studie, word die volgende aanbevelings gemaak:

- Dit is belangrik dat verpleegkundiges geleer word hoe om hul stres te hanteer en te bestuur, sodat stres nie 'n negatiewe invloed op hul werksverrigting het nie, en hul produktiwiteit dus verhoog kan word. Dit is tot voordeel van die verpleegkundige en die privaat hospitaal, en kan gevolglik ook na provinsiale hospitale uitgebrei word.
- Geleenthede moet aan die verpleegkundige gebied word om probleme en krisisse te bespreek met 'n professionele persoon, sodat probleme effektief hanteer kan word en die verpleegkundige bemagtig word om self probleme te identifiseer en aan te spreek.
- Die moontlikheid van beradingsessies binne die hospitaalopset moet in gedagte gehou word, aangesien sulke beradingsessies in die hospitaal meer toeganklik is. Dit sal nie net die privaat hospitaal wees wat by sulke sessies sal baatvind nie, maar ook ander hospitale op provinsiale vlak, wat kan baatvind by beradingsessies op die hospitaal perseel, aangesien dit meer toeganklik is vir die werknemers.
- Die moontlikheid moet dus oorweeg word vir 'n interne Werknemerhulpprogram, wat die voordeel inhou dat dit meer toeganklik is

vir verpleegkundiges en ander werknemers, en het dus 'n meerdoelige funksie, dit bied ondersteuning en bemiddeling ten tye van konfrontasie met probleme, dit is aanpasbaar, aangesien die program verander kan word om die behoeftes van die hospitaal aan te spreek, die program tree voorkomend op, onderlinge kommunikasie sal verbeter en assessering sal intern plaasvind dus op die hospitaal perseel.

- Streshanteringsprogramme moet aan die verpleegkundiges gebied word, om van stres ontslae te raak, en die simptome van stres te kan waarneem, voordat dit versleg – dus voorkomende optrede aan verpleegkundige. Hierdie streshanteringsprogramme kan ook aan ander hospitale gebied word, sodat *alle* verpleegkundiges bemagtig kan word om hul stres te kan hanteer en te bestuur.
- Ontlontingsessies (“debriefing”) moet aan verpleegkundiges gebied word wat spesifiek werksaam is in die trauma-eenheid, hoërsorge en intensiewe sorg eenhede, asook aan diegene wat bloogestel is aan traumatiese gebeurtenisse, soos die afsterwe van 'n pasiënt. Die aanbeveling word gemaak dat ontlontingsessies veral aan die studente gebied moet word, aangesien 'n student (normaalweg tussen die ouderdom van 19-22 jaar) nie noodwendig opgewasse is om sulke situasies te kan hanteer nie, en dus die geleentheid gebied moet word om hul emosies, gevoelens en gedagtes te openbaar, sodat hulle hierdie situasies effektief sal hanteer in die toekoms.
- Daar moet beter kommunikasie tussen die bestuur en verpleegkundiges wees, sodat elke verpleegkundige presies weet wat van haar/hom verwag word, wat sy/haar take behels.
- Daar sal moet aandag geskenk word aan die groeiende personeeltekorte, aangesien die verpleegkundige-pasiënt ratio nie na wense is nie, en dit lei tot oorkraging van werk en verantwoordelikhede en dit kan lei tot uitbranding van die verpleegkundige. Die groeiende personeeltekorte wat veroorsaak word deur beter werksaanbiedinge oorsee of beter besoldiging as privaat verpleegkundige, kan aangespreek word deur meer personeel aan te stel wat bekwaam is as verpleegkundige, sodat 'n effektiewe diens aan die gemeenskap gelewer kan word.

- Daar moet gepoog word om genoegsame ondersteunende personeel te werf, sou daar noodgevalle opduik, en dit sluit aan by die bogenoemde stelling dat daar genoegsame verpleegkundiges per pasiënt moet wees om effektiewe dienslewering te verseker.
- Groepsessies en ondersteuningsgroepe kan met die verpleegkundiges gehou word om verskille te lig, oplossings daarvoor te vind en saam aan die probleem te werk.
- Dit is van belang dat die verpleegkundiges selfontwikkelingsessies sal deurloop by 'n professionele persoon, om sodoende selfkennis op te doen, bewus te wees van hul sterk- en swakpunte, hul temperamentsverskille, sodat hul beter oor die weg sal kom met hul kollegas en hul moraal ook verhoog sal word.
- Dit word ook aanbeveel dat die bevelsuster haar personeel per skof so sal indeel, dat die personeel verdeel is in die verskillende temperamentsgroepe, sodat konflik onder die kollegas effektief hanteer en ge-elimineer kan word.
- Dit is van belang dat die bestuur hul werksmetode sal verander sodat nie net die bestuur deelneem aan besluitneming en beplanning nie, maar die verpleegkundiges, aangesien dit per slot van rekening oor die verpleegkundiges binne die hospitaal gaan. Hierdie deelnemende bestuursmodel sal 'n groter gevoel van eenheid en eienaarskap bevorder.
- Die aanbeveling word gemaak dat daar reeds tydens die opleiding van verpleegkundiges nie nodige ondersteuning van 'n werknemerhulpprogram gebied word, sodat die student-verpleegkundige vroegtydig kan leer om moeilike situasies te hanteer asook om stres effektief te hanteer en te bestuur. Bogenoemde sal goeie werksverrigting tot gevolg hê.

## **5.5 SLOTBESKOUING**

Verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal ervaar stres, beroepstres. Die oorsake van beroepstres is onder meer swak of gevaarlike werksomstandighede, werksoorlading, skofwerk, groot verantwoordelikhede, konflik, organisatoriese klimaat. Dit is dus van belang dat stres onder

verpleegkundiges bestuur en effektief hanteer moet word, omrede die verpleegkundige 'n verantwoordelikheid teenoor die pasiënt en die algemene welsyn van die pasiënt. Stres benadeel nie net die verpleegkundige nie, maar ook die pasiënt na wie die verpleegkundige omsien.

Die hantering van stres kan verskillende vorme aanneem, byvoorbeeld die neem van direkte aksie, indirekte metodes en verligting, maar die doel van streshantering is om die individu te help om persoonlike beheer terug te verkry teenoor bedreigings,

Die Werknemerhulpprogram-praktisyn kan die verpleegkundige help om hierdie beheer terug te kry. Die WHP-praktisyn is toeganklik en 'n effektiewe metode van hulpverlening om die verpleegkundige tot hulp te wees. Werknemerhulpprogramme help om probleme binne die hospitaal aan te spreek, die verpleegkundige se werksverrigting en motivering te verhoog, en gevolglik die produktiwiteit van die hospitaal te verhoog.

Wanneer werknemerhulpprogramme dus deur die bestuur geïmplementeer word, kan stresbestuur aan werknemers gebied word, en deur middel van die WHP kan werksfunksionering verhoog en dienooreenkomstig ook die produktiwiteit van die organisasie.

## BRONNELYS

1. Archambault, R., Doran, R., Matlas, T., Nadolski, J. & Sutton-Wright, D. 1982. **Reaching Out – A guide to EAP Casefinding**. Troy: Performance.
2. Bailey, R. en Clarke, M. 1989. **Stress and Coping in Nursing**. London: Chapman and Hall.
3. Beaton, R., Murphy, S., Pike, K. & Jarrett, M. 1995. Stress-Symptom Factors in Firefighters and Paramedics. In Sauter, S.L. & Murphy, L.R. **Organizational Risk Factors for Job Stress**. Washington, DC: American Psychological Association.
4. Burke, W.W. 1994. **Organizational Development: A Process of learning and changing**. 2<sup>nd</sup> edition. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
5. Dennill, K., King, L. & Swanepoel, T. 1999. **Aspects of Primary Health Care: Community Health Care in South Africa**. Kaapstad: Oxford Press.
6. De Vos, A.S. 1998. **Research at Grass Roots: A primer for the caring professions**. Pretoria: J.L. van Schaik Publisceerders.
7. Dickman, F., Challenger, B.R., Emener, W.G. & Hutchison, W.S. 1988. **Employee Assistance Programs**. Charles C Thomas Publishers.
8. Doolittle, T.M. 1996. Critical Connections: Linking EAP with Workplace Health. **EAP Digest**, Julie/Augustus: 22-25.
9. Dr. Christiaan. 2000. **Gesond vir 'n leeftyd**. Kaapstad: Tafelberg uitgewers.
10. Du Plessis, A. 1992. EAPs in South Africa: a Macro Model, in **Employee Assistance Quarterly**. Vol. 7, no. 3, pp. 29-43.
11. Du Plessis, A. 1994. **Issue Resolution in the evolvement of occupational social work practice in South Africa**. Witwatersrandse Universiteit.
12. Employee Assistance Programme Association. 1999. **Standards For Employee Assistance Programmes in South Africa**. Oktober 1999.
13. Figley, C.R. 1999. Compassion Fatigue: toward a new

understanding of the costs of caring. In Stamm, B.H. (Red.)

**Secondary Traumatic Stress: self-care issues for clinicians, researchers, & educators.** Lutherville: Sidran Press.

14. Francek, J.L., Klarreich, S.H. & Moore, C.E. 1985. **The Human Resources Management Handbook.** New York: Praeger Press.
15. Greenhaus, J.H. & Parasuraman, S. 1987. A Work-Nonwork Interactive Perspective of Stress and Its Consequences. In Ivancevich, J.M. & Ganster, D.C. **Job Stress: From Theory to Suggestion.** London: Haworth Press.
16. Grimes, C.H. 1988. **EAP Research: an Annual of Research and Research issues.** Vol. 11. Performance Press.
17. Hagan, S. & Palmgren, C. 1998. **The Chicken Conspiracy: Braking the Cycle of Personal Stress and Organizational Mediocrity.** Maryland: Recovery Communications, Inc.
18. Hingley, P. & Cooper, C.L. 1986. **Stress and the Nurse Manager.** Chichester: John Wiley & Sons.
19. Houtman, I.L.D. & Kompier, M.A.J. 1995. Risk Factors and Occupational Risk Groups for Work Stress in The Netherlands. In Sauter, S.L. & Murphy, L.R. **Organizational Risk Factors for Job Stress.** Washington, DC: American Psychological Association.
20. Hudson, K. 2001. **Employee Well-Being Program.** Pta oos
21. Huysamen, D. 1999. **Rehumanised productivity improvement.** Randburg: Knowledge Resources.
22. Isenberg, A.K. 1985. **EAP service Center Model, in The Human Resource Handbook.** New York: Praeger Press.
23. Ivancevich, J.M. & Ganster, D.C. 1987. **Job Stress: From theory to suggestion.** New York: Haworth Press.
24. Jacobson, S.F. & McGrath, H.M. 1983. **Nurses under stress.** New York: John Wiley & Sons.
25. Jacobson, S.F. 1983. Burnout: A Hazard in Nursing. In Jacobson, S.F. & McGrath, H.M. 1983. **Nurses under stress.** New York: John Wiley & Sons.
26. Lee, C. 1987. Professionals in Medical Settings: The Research Evidence in the 1980s. In Ivancevich, J.M. & Ganster, D.C. **Job**

- Stress: From Theory to Suggestion.** London: Haworth Press.
27. Marshall, V.R. "Stress at Work is Risky Business". Publications.  
<http://www.afscme.org/publications/public%5Femployee/1999/>.  
(Mei/Junie 1999).
28. Masi, D.A. 1982. **Human Services In Industry.** Massachusetts:  
Lexington Books.
29. McEntee ,G. & Lucy, W. "Employee Assistance Programmes:  
Making it work for members". Publications.  
<http://www.afscme.org./org/wrkplace/eap.htm> (18 Mei 2001).
30. McGrath, H.M. 1983. Values: Stress Producers and Stress Reducers.  
In Jacobson, S.F. & McGrath, H.M. 1983. **Nurses under stress.**  
New York: John Wiley & Sons.
31. Michela, J.L., Lukaszewski, M.P. & Allegrante, J.P. 1995.  
Organizational Climate and Work Stress: A General Framework  
Applied to Inner-City Schoolteachers. In Sauter, S.L. & Murphy, L.R.  
**Organizational Risk Factors for Job Stress.** Washington, DC:  
American Psychological Association.
32. Mol, A. 1981. **Kom ons wen saam.** Pretoria: Femina Uitgewers.
33. Moore, C.E. 1985. **The Human Resources Management Handbook.**  
New York: Praeger Press.
34. Muff, J. 1984. Origins of Stress in Nursing/Negative Responses to  
Stress. In Smythe, E.E.M. **Surviving Nursing.** California: Addison-  
Wesley Publishing Company.
35. Myers, D.W. 1984. **Establishing and Building Employee  
Assistance Programmes.** Connecticut: Qurum Books.
36. Myers, D.W. 1985. **Employee problem prevention and counseling:  
a guide for professionals.** Connecticut: Quorum Books.
37. Neuman, W.L. 1997. **Social Research Methods, Qualitative and  
quantitative Approaches.** Massachusetts: Allyn and Bacon.
38. Oher, J.M. 1999. **The Employee Assistance Handbook.** New  
York: John Wiley & Sons, inc.
39. Pamperin, B.F. 1982. **Creativity and Job Stress: a Study of  
School Social Workers.** Michigan: University Microfilms  
International.



40. Plug, C., Meyer, W.F., Louw, D.A. & Gouws, L.A. 1993. **Psigologie Woordeboek**. Johannesburg: Lexicon Uitgewers.
41. Quick, J.D., Horn, R.S. & Quick, J.C. 1987. Health Consequences of Stress. In Ivancevich, J.M. & Ganster, D.C. **Job Stress: From Theory to Suggestion**. London: Haworth Press.
42. Quick, J.D., Kertesz, J.W., Nelson, D.L. & Quick, J.C. 1985. Preventive Management of Stress. In Myers, D.W, 1985. **Employee Problem Prevention and Counseling**. London: Quorum Books.
43. Sauter, S.L. & Murphy, L.R. 1995. **Organizational risk factors for job stress**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
44. Schear, T.H. 1995. What is the Value of Your EAP? **EAP Digest**, Januarie: 20-23.
45. Sloan, R.P., Gruman, J.C. & Allergramte, J.D. 1987. **Investing in Employee Health**. Jossey-Bass.
46. Smythe, E.E.M. & Wincor, M.Z. 1984. Stress and the nurse. In Smythe, E.E.M. **Surviving Nursing**. California: Addison-Wesley Publishing Company.
47. Sonnestuhl, W.J. & Trice, H.M. 1986. **Strategies for Employee Assistance Programmes: The Crucial Balance**. Cornell University.
47. Sorenson, K.C. & Luckman, J. 1994. **Sorenson and Luckman's basic nursing: A Psychophysiologic Approach**. Philadelphia: W.B. Saunders Company
49. Stamm, B.H. 1999. **Secondary Traumatic Stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators**. Lutherville: Sidran Press.
50. Standaard Komitee van EAPA-SA. 1999. **Standards for Employee Assistance Programmes in South Africa: EAPA South Africa Chapter**.
51. Sutermeister, R.A. 1969. **People and Productivity**. USA: Mcgraw-Hill.
52. Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P. 2001. **Fundamentals of Nursing: The Art & Science of Nursing Care**. Philadelphia: Lippincott.
53. Terblanche, L.S. 1988. 'n **Bedryfsmaatskaplikewerk-onderzoek na die Aard en Voorkoms van Werknemerhulpprogramme in**

- die Republiek van Suid-Afrika.** Ongpubliseerde proefskrif, UOVS
54. Terblanche, L.S. 1992. The state of the Art of EAPs in South Africa: a critical analysis, in **Employee Assistance Quarterly**, Vol. 7, no. 3. Pp. 17-27.
  55. Tramm, M.L. 1985. **Union Based Programs, in The Human Resource Handbook.** New York: Praeger Pres.
  56. Uys, L.R. & Mulder, M. 1991. **Verpleegkunde: Menslike, Wetenskaplike gesondheidsorg.** Pretoria: Kagiso Tersiêr.
  57. Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk. 1995. **Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk.** Kaapstad: CTP Book Printers.

**Bylaag A: Toestemming van die bestuurder van die hospitaal**

## Bylaag B: Vraelys aan pasiënte

Hierdie vraelys behoort u nie langer as 20-30 minute te neem om te voltooi nie. U word versoek om sover moontlik addisionele kommentaar te lewer, waar van toepassing.

### INSTRUKSIES

Vir die doel van statistiese analisering, beantwoord die volgende vrae met betrekking tot uself. Antwoorde sal anoniem en konfidensieël hanteer word. Die meeste vrae word beantwoord deur **die toepaslike syfer te omring in die toepaslike blokkie**,

Bv. Vraag 1.1 Geslag:

Manlik	1
Vroulik	2

**Of omring die antwoord in die spasie wat voorsien is,**

Bv. Vraag 2.1 Werk u:

Deeltyds	1
Voltyds	2
Ander (Spesifiseer) Aflos werk	

**Of omring die korrekte opsie,**

Bv. Vraag 3.1 : 1:geen stres, 2: min stres, 3: baie stres

Werksure	1	2	3
----------	---	---	---

**Of motiveer / spesifiseer,**

---

Respondent nommer

V1   1-2

**1. Biografiese inligting**

1.1. Geslag.

Manlik	1
Vroulik	2

V2  3

1.2 Ouderdom: (Aantal jare)

V3   4-5

1.3 Huwelikstaat:

Getroud	1
Saamblyverhouding	2
Geskei	3
Weer getroud	4
Enkellopend	5
Weduwee/wewenaar	6
Ander (spesifiseer)	

V4  6

1.4 Werksposisie:

Bestuursposisie	1
Suster	2
Stafverpleegster	3
Assistent verpleegster	4
Student	5

V5  7

V6  8

V7  9

V8  10

V9  11

1.5 Ouderdom van kinders:

Nie van toepassing	1
Voorskools	2
Skoolgaande	3
Na-skools	4

V10  12

V11  13

V12  14

V13  15

1.6 Meld u hoogste kwalifikasie:

Onder Matriek	1
Matriek	2
B-Graad	3
Diploma	4
Nagraadse Diploma	5
Honneurs	6
Meesters	7
Doktoraal	8

V14  16

1.7 Hoeveel jaar is u 'n verpleegkundige?

\_\_\_\_\_

V15   17-18

## 2. Werksomstandighede

2.1 Werk u:

Deeltyds	1
Voltyds	2
Beide	3

V16   19-20

2.2 In watter afdeling / saal werk u permanent?

\_\_\_\_\_

V17   21-22

2.3 Dui u werkspatroom aan:

Voltyds (dag)	1
Voltyds (nag)	2
Voltyds (skofte)	3
Deeltyds (dag)	4
Deeltyds (nag)	5
Deeltyds (skofte)	6
Ander (spesifiseer)	

V18  23

V19  24

V20  25

V21  26

V22  27

V23  28

V24  29

2.4 Hoe lank werk u vir hierdie hospitaal?

---

V25  30-31

2.6 Hoeveel personeel, in totaal, werk saam met u?

(Spesifiseer) \_\_\_\_\_

V26  32-33

2.7 Beskou u u werk as stresvol?

Ja	1
Nee	2

V27  34

2.8 Motiveer asseblief.

---

---

---

---

V28  35-36

V29  37-38

2.9 Wat is die aantal ure wat u per week werk?

V30  39-40

### 3. Werkstres

3.1 In hoe 'n mate veroorsaak die volgende faktore, stres in u eie werksituasie?  
Omkring die korrekte antwoord.

1. veroorsaak geen stres
2. veroorsaak min stres
3. veroorsaak baie stres

Geen stres  
Min stres  
Baie stres

	1	2	3		
Werkslading te hoog	1	2	3	V31	41
Werkslading te laag	1	2	3	V32	42
Take buite u bevoegdheid	1	2	3	V33	43
Flukturerende werkslading	1	2	3	V34	44
Onrealistiese hoë verwagtings van ander	1	2	3	V35	45
Onsekerheid oor verantwoordelikhede	1	2	3	V36	46
Werksekuriteit	1	2	3	V37	47
Betrokkenheid by lewe en dood situasies	1	2	3	V38	48
Blootstelling aan die dood	1	2	3	V39	49
Vrees vir die opdoen van HIV/VIGS	1	2	3	V40	50
Personeeltekorte	1	2	3	V41	51
Swak werksomstandighede	1	2	3	V42	52
Nie voldoende ondersteunende personeel	1	2	3	V43	53
Werksure	1	2	3	V44	54
Gebrek aan gespesialiseerde opleiding vir take	1	2	3	V45	55
Moeilike pasiënte	1	2	3	V46	56
Gebrek aan deelname in beplanning en besluitneming	1	2	3	V47	57
Lae professionele status	1	2	3	V48	58
Gebrek aan werksatisfaksie	1	2	3	V49	59
Gebrek aan bevorderingsmoontlikhede	1	2	3	V50	60
Verhoudings met kollegas	1	2	3	V51	61
Verhoudings met bestuur	1	2	3	V52	62
Werk versus eise by die huis	1	2	3	V53	63
Neem probleme huis toe	1	2	3	V54	64
Nietige take wat met professionele rol inmeng	1	2	3	V55	65
Gebrek aan vertroulikheid onder bestuur	1	2	3	V56	66
Konflik met kollegas	1	2	3	V57	67
Gebrek aan ondersteuning deur senior personeel	1	2	3	V58	68
Lae besoldiging	1	2	3	V59	69



Ander (spesifiseer)	1	2	3
	1	2	3
	1	2	3

V60   70-72

V61   73-75

V62   76-78

### 3.2 Wat is u siening omtrent u werk?

Omkring korrekte syfer.

Ja Nee

Het u werksbevreëdiging	1	2
Is daar ruimte vir verbetering in u werk	1	2
Moet u die meeste van die tyd uself dwing om werk toe te gaan	1	2
Voel dit asof elke dag by die werk nooit tot 'n einde sal kom nie	1	2
Dink u daaraan om ander werk te kry	1	2
Dink u daaraan om 'n ander beroep te volg	1	2

V63  79

V64  80

V65  81

V66  82

V67  83

V68  84

Ander (spesifiseer).

---



---



---

V69   85-86

### 3.3 Sou u terugdink oor die afgelope jaar, watter persentasie stres in u lewe resulteer vanuit die werk?

Minder as 10%	1
Tussen 10% en 25%	2
Tussen 25% en 50%	3
Tussen 50% en 75%	4
Meer as 75%	5

V70  87

#### 4. Hantering van stres

4.1 Hoe hanteer u stres? Omkring die toepaslike respons.

Stem nie saam  
Onseker  
Stem saam

Blameer uself	1	2	3
Hou u gevoelens vir uself	1	2	3
Wens u kon verander wat gebeur het	1	2	3
Raak kwaad vir mense wat probleme veroorsaak	1	2	3
Wys gevoelens op die een of ander manier	1	2	3
Konsentreer op wat volgende gedoen moet word	1	2	3
Praat met iemand oor hoe u voel	1	2	3
Weier om daaraan te dink, en dat dit onder u vel inkruip	1	2	3
Ignoreer dit	1	2	3
Isoleer uself	1	2	3
Probeer om probleem te verstaan deur dit oor en oor te herhaal in u gedagtes	1	2	3
Praat met iemand wat iets sal doen omtrent die probleem	1	2	3

V71  88

V72  89

V73  90

V74  91

V75  92

V76  93

V77  94

V78  95

V79  96

V80  97

V81  98

V82  99

4.2 Hoe gereeld maak u van die volgende gebruik om te ontspan? Omkring die toepaslike respons.

	Nooit	Min	Gereeld		
Neem pynmiddels (Skedule 1 & 2)	1	2	3	V83	<input type="checkbox"/> 100
Neem pynmiddels (Skedule 3-7)	1	2	3	V84	<input type="checkbox"/> 101
Drink koffie, coke of eet gereeld	1	2	3	V85	<input type="checkbox"/> 102
Rook	1	2	3	V86	<input type="checkbox"/> 103
Drink alkoholiese drank	1	2	3	V87	<input type="checkbox"/> 104
Maak gebruik van ontspanningsoefeninge (Bv. Meditasie, joga)	1	2	3	V88	<input type="checkbox"/> 105
Maak gebruik van informele ontspanning (Bv. haal diep asem)	1	2	3	V89	<input type="checkbox"/> 106
Oefen (draf, ens)	1	2	3	V90	<input type="checkbox"/> 107

4.3 Met watter **een** van die volgende mense het u die vrymoedigheid om mee te praat oor 'n persoonlike probleem of krisis: Merk die korrekte respons.

Moeder	1
Vader	2
Eggenoot	3
Vriend (buite werksverband)	4
Werkskollega	5
Kinders	6
Geen	7
Ander (spesifiseer)	

V91  108

4.4 Oor die afgelope jaar, hoeveel **dae** het u verlof geneem?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

V92    109-111

4.5 Oor die afgelope jare, ervaar u veranderinge in die vlakke van stres wat ervaar word in u werk?

Omkring die korrekte respons.

Het drasties toegeneem	1
Toegeneem	2
Het dieselfde gebly	3
Afgeneem	4
Het drasties afgeneem	5

V93  112

4.6 Dui aan op 'n skaal van 1 tot 5 na watter van die volgende twee optredes u die meeste neig. Omkring die toepaslike syfer.

Gemaklik omtrent afspraak	1	2	3	4	5	Nooit laat
Nie kompetierend	1	2	3	4	5	Baie kompetierend
Goeie luisteraar	1	2	3	4	5	Antisipeer wat ander gaan sê (knik, val in rede, maak sinne klaar vir ander)
Voel nooit gejaagd (ook onder druk)	1	2	3	4	5	Voel altyd gejaagd
Wag geduldig	1	2	3	4	5	Ongeduldig as u wag
Gemaklik	1	2	3	4	5	Ywerig om dinge gedoen te kry
Vat een ding op 'n slag	1	2	3	4	5	Doen baie tegelykertyd
Stadig, doelbewuste prater	1	2	3	4	5	Vinnige gesprekke
Stadig om dinge te doen	1	2	3	4	5	Vinnige pas (eet ens.)
Druk gevoelens uit	1	2	3	4	5	Steek gevoelens weg
Baie buitemuurse aktiwiteite	1	2	3	4	5	Min buitemuurse aktiwiteite
Nie ambisieus nie	1	2	3	4	5	Ambisieus
Kan druk hanteer	1	2	3	4	5	Kan nie druk hanteer nie
Neem maklik besluite	1	2	3	4	5	Neem moeilik besluite
Werk goed in spanverband	1	2	3	4	5	Wil alleen werk

V94  113

V95  114

V96  115

V97  116

V98  117

V99  118

V100  119

V101  120

V102  121

V103  122

V104  123

V105  124

V106  125

V107  126

V108  127

## 5. Professionele Hulp

5.1 Het u al professionele hulp ontvang vir probleme met betrekking tot stres?

Ja	1
Nee	2

V109 128

5.2 By wie?

Maatskaplike werker	1
Sielkundige	2
Dominee / Pastoor	3
Werknemerhulpprogram (EAP)	4
Dokter	5
Psigiater	6
Ander (spesifiseer)	

V110  129

V111  130

V112  131

V113  132

V114  133

V115  134

V116  135

5.3 Het die professionele hulp gehelp?

Ja	1
Nee	2

V117  136

5.4 Het u nou nog 'n behoefte aan professionele hulp?

Ja	1
Nee	2

V118  137

5.6 Waaraan?

Maatskaplike werker	1
Sielkundige	2
Dominee / Pastoor	3
Werknemerhulpprogram (EAP)	4
Dokter	5
Psigiater	6
Ander (spesifiseer)	

V119  138

V120  139

V121  140

V122  141

V123  142

V124  143

V125  144

5.5 Is daar enige steunstelsels onder verpleegkundiges? V126  145

Ja	1
Nee	2

**6. Voorstelle**

6.1 Watter voorstelle het u om stres onder verpleegkundiges te verminder?

---



---



---



---

V127   1146-147  
 V128   148-149  
 V129   150-151

6.2 Oor die algemeen word stres as 'n negatiewe ervaring gesien. Is daar enige positiewe aspekte met betrekking tot stres vir u?

---



---



---



---

V130   152-153  
 V131   154-155  
 V132   156-157

6.3 Het u enige behoefte aan streshanterings-programme?

Ja	1
Nee	2

Watter tipe programme: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

V133  158

V134   159-160  
 V135   161-162

6.4 Het u enige behoefte aan 'n werknemerhulpprogram binne die hospitaal opset?

Ja	1
Nee	2

Hoekom: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V136  163

V137   164-165

V138   166-167

Baie dankie dat u die vraelys voltooi het.

Tanya van der Merwe  
Navorser



**Bylaag C: Ingeligte toestemmingsbrief aan respondente**

Naam van respondent: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Hoof navorser: Tanya van der Merwe, Universiteit van Pretoria, Lynnwoodweg.

**Ingeligte Toestemming**

1. *Titel van Studie:* Die invloed van stres op verpleegkundiges in 'n privaat hospitaal: 'n Werknemerhulpprogram perspektief.
2. *Doel van die studie:* Die doel van hierdie studie is die eksplorering van stres in 'n privaat hospitaal en die impak daarvan op verpleegkundiges en hul werksfunksionering.
3. *Prosedures:* U sal gevra word om 'n vraelys in te vul wat deur die navorser aan u verduidelik is. Die invul van die vraelys sal nie gedurende werksure geskied nie, en sal dus nie u werk beïnvloed nie. Die voltooiing van die vraelys sal geskeduleer word vir u gemak.
4. *Risiko's en moontlike ongemaklikhede:* Daar is geen wetende mediese risiko's of ongemaklikhede wat geassosieer word met hierdie projek nie. Die vraelys sal aan u verduidelik word, sodat alle vrae duidelik geïnterpreteer kan word.
5. *Voordele:* Daar is geen mediese of finansiële voordele vir u deelname aan hierdie navorsingsprojek nie, hoewel die resultate van die studie die navorser kan help om stres onder verpleegkundiges beter te verstaan. Moontlike aanbevelings kan gemaak word vir Werknemerhulpprogram praktisyns om werknemerhulpprogramme aan verpleegkundiges te bied om sodoende stres in 'n privaat hospitaal aan te spreek.
6. *Respondent se regte:* U mag onttrek aan deelname van die studie op enige tydstip.
7. *Finansiële vergoeding:* U sal geen finansiële vergoeding ontvang vir u deelname aan die studie nie.
8. *Konfidensialiteit:* U sal die vraelys anoniem voltooi, en die navorser sal alle inligting vertroulik hanteer. Die inligting sal deur die navorser en gemagtigde persone van die navorsingsprojek van die Universiteit van Pretoria gelees word. U verstaan dat die resultate van die studie konfidensieël gehou sal word, tensy u vra dat dit bekend gemaak kan word. Die resultate van hierdie studie kan gepubliseer word in professionele tydskrifte of voorgedra word by professionele konferensies, maar u rekords of identiteit nie bekend gemaak sal word nie, slegs sou die Hof dit vereis.
9. Indien u enige vrae of kwellinge het, kan u vir Tanya van der Merwe skakel by 082 455 7668 of 422 2448 enige tyd van die dag of nag.

*U verstaan u regte as 'n navorsingsrespondent, en u gee vrywilliglik toestemming tot deelname aan hierdie studie. u verstaan waaroor die studie gaan en hoe en waarom dit gedoen word. u sal 'n getekende kopie van hierdie toestemmingsvorm ontvang.*

\_\_\_\_\_  
Handtekening van respondent

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening van navorser