



DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING

HOOFSTUK EEN

ORIËNTERING TOT DIE STUDIE

1.1 AGTERGROND EN RASIONAAL VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking binne die konteks van 'n hospitaal.

Die model as steunstelsel, behoort die verpleegpersoneel binne die hospitaalkonteks in staat te stel om hul professionele rol en verantwoordelikheid op 'n uitnemende wyse te vervul binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk waartoe die verpleegprofessie gemagtig is. Die Wet op Verpleging (Suid-Afrika, 1978: Wet 50 van 1978, soos gewysig) voorsien die wetlike raamwerk vir die verpleegpersoneel, wat aanspreeklikheid vir hulle handeling of versuime aanvaar, asook 'n bereidwilligheid om volgens die normas en waardes van die verpleegprofessie beoordeel te word.

Die primêre professionele rol en verantwoordelikheid van die verpleegpersoneel binne die hospitaalkonteks fokus op die lewering van pasiëntsorg. Daar word van die verpleegpersoneel verwag om sorg te lewer wat die gesondheidstoestand van die pasiënt sal bevorder ongeag van die stand van die individu op die gesondheidskontinuum. Die verpleegpersoneel behoort oor kennis en vaardighede asook die vermoë tot reflektiewe denke vir die wetenskaplike vertolking van gegewens vir verpleeghandeling, interpretasies en selfstandige oordeel te beskik (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV), 1992 (a); SARV, 1992(b)).

Blote vaardigheid alleen is onvoldoende. Daar word van die verpleegpersoneel, as reflektiewe verpleegpraktisyns, verwag om in pas te wees met die tegnologiese eise van die verpleeg-professie in hulle voortdurende strewe na uitnemendheid in verpleging (Muller, 1998:1-9,26,83; Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1992(a); Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1994:10). Verpleegpersoneel fokus dikwels net op taakvervulling en vergeet soms die uiteindelige doel wat hulle wil bereik, naamlik uitnemendheid in verpleging (Mellish, Brink & Paton, 1998:1-9; Muller, 1998:83). 'n Model vir verpleegpersoneelverryking behoort dus verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid.

Verpleegpersoneelverryking verwys na 'n sikliese proses van ontwikkeling van verpleegpersoneel om as reflektiewe verpleegpraktisyns met selfvertroue probleme te identifiseer en effektief tot besluitneming te kom ten einde verandering teweeg te bring. Dit verwys verder na die verbreking van die kultuur van stilswye, 'n gevoel van oplewing, die positiewe bevestiging van 'n gevoel van aanvaarding, waardering en koestering, en om te behoort aan 'n span met 'n gedeelde waardesisteem en werksetiek. Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking verseker 'n ondersteunende kommunikasieklimaat, vaardighedsontwikkeling, positiewe motivering asook die instandhouding van strukture, sisteme en prosesse wat aktiewe deelname in spanverband, deelnemende besluitneming en deelnemende bestuur verseker binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk.

Die rasionaal van hierdie studie word beskryf binne die konteks van die hospitaal waarin die verpleegpersoneel hulle bevind. Verskeie faktore het 'n invloed op verpleegpersoneel en die wyse waartoe hulle hul professionele rol en verantwoordelikhede vervul. Hierdie faktore sluit ondermeer die volgende in en word vervolgens bespreek:

- die kultuur-historiese konteks van die hospitaal;

- transformasie en herstrukturering op nasionale vlak;
- wetgewing oor die:
 - ontwikkeling van vaardighede, en
 - regte van die pasiënt ;
- die vroulike verpleegkundige en haar posisie in die samelewing;
- die wyse waarop die multidissiplinêre gesondheidsorgspan funksioneer;
- vaardighede van verplegingsbestuurders; en die
- omgewing.

□ **Die kultuur-historiese konteks van die hospitaal**

Die hospitaal is geleë in 'n historiese swart gemeenskap, 'n kenmerk van die periode van apartheid en segregasie. Direk voor die verkiesing van 'n Regering van Nasionale Eenheid in 1994, is die hospitaal gekonfronteer met politieke onrus en stakings van verpleegpersoneel (Kotlolo, 1995). Hierdie optredes van verpleegpersoneel het 'n direkte invloed gehad op verpleging, die verhoudinge binne die multidissiplinêre gesondheidsorgspan en die hospitaalbestuur (Mgijima, 1995).

□ **Transformasie en herstrukturering op nasionale vlak**

Na die verkiesing van 'n Regering van Nasionale Eenheid in 1994 het transformasie in verskeie sferes plaasgevind. Daar is ondermeer 'n eenvormige gesondheidsdienssisteem ontwikkel om uitnemende gesondheidsorg aan die gemeenskap te voorsien. Die strategiese benadering van die sisteem fokus op omvattende primêre gesondheidsorg en is in ooreenstemming met die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram van die land. 'n Klem-verskuiwing het dus plaasgevind van kuratiewe dienste na primêre gesondheidsorg (Goewermentskennisgewing, 1954 van 1994). Minder fondse word beskikbaar gestel aan kuratiewe dienste met gevolglike

herstrukturering van dienste, minder befondsde poste vir verpleegpersoneel asook 'n afname in die beskikbaarheid van hulpbronne (Kalafong Hospitaal Plan, 2000-2001). Die finansiële beperkinge vanweë die beleid het 'n merkbare impak op gesondheidsorgdienslewering binne 'n hospitaalkonteks. Met hierdie klemverskuiwing in die benadering tot gesondheidsorg het dit 'n verpleegkundig-gedrewe dienslewering tot gevolg gehad, 'n prioriteit van die huidige regering. Hierdie benadering plaas 'n enorme druk op spanwerk, verpleegvaardighede, verpleegkennis en die omvang van verpleegdienslewering. Verder word dit deur die gesondheidsdiensowerheid vereis dat gesondheidsorg-personeel die kwaliteit van dienslewering verbeter (South Africa, Department of Health, Primary Health Care Progress Report, 2000). Verwant aan gesondheidsorg dienslewering is die regering se beleid oor transformering van dienslewering in die openbare sektor wat vervat word in die Bato Pele beginsels. Hierdie beginsels sluit ondermeer die volgende aspekte in: konsultasie, diensleweringstandaarde, toegang tot dienste, openheid, deursigtigheid en waarde vir geld (Draft White Paper on Transforming Public Service Delivery, 9 May 1997).

Die uitdaging vir verpleegpersoneel is om meer effektief te wees in hul optrede om aan die eise en verwagtinge wat aan hulle gestel word, binne beperkte finansiële hulbronne. Die verpleegkundige se dienslewering sluit verplegingshandelinge in wat verband hou met verpleegsorg, -bestuur, -navorsing en -onderrig binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging. Ten einde meer effektief te wees word 'n openheid en sensitiwiteit in denke benodig en ook 'n vryheid om tradisionele wyses van verpleegbestuur te bevraagteken (Mchugh, West, Assatly, Duprat, Howard, Niloff, Waldo, Wandel & Clifford, 1996:21). Genoemde faktore noodsaak dit om aandag te gee aan verpleegpersoneelverryking ten einde die personeel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid binne die hospitaalkonteks.

□ **Wetgewing**

'n Verdere aspek waarmee rekening gehou moet word is die fokus op die ontwikkeling van vaardighede van verpleegpersoneel. Suid-Afrika het 'n swak vaardighedsprofiel, en aspekte van onderrig en opleiding word in die "*Skills Development Act*" (South Africa, Skills Development Act No. 97 of 1998) en "*Skills Development Levies Act*" (South Africa, Skills Development Levies Act No. 9 of 1999) aangespreek.

Genoemde wetgewing het ten doel om vaardighede van die werkskrag aan te spreek en verwys na die:

- bevordering van die kwaliteit van lewe van die werkers;
- verhoging van produktiwiteit in die werkplek; en
- verhoging van sosiale dienste.

□ **Vaardighedsontwikkeling**

Die "*Skills Development Act*" (South Africa, Skills Development Act No. 97 of 1998) spreek spesifiek die ontwikkeling van vaardighede in die werkplek aan en derhalwe ook die ontwikkeling van vaardighede van verpleegpersoneel in die gesondheidsorgsituasie. Alhoewel die Kalafong hospitaal 'n provinsiale hospitaal is, maak die wet voorsiening daarvoor dat staatsdepartemente 1% van hul totale personeel koste vir die ontwikkeling van vaardighede moet begroot. Organisasies het 'n groter verantwoordelikheid in die toekoms ten opsigte van opleiding en ontwikkeling van personeel. 'n Model vir verpleegpersoneelverryking behoort by te dra tot die ontwikkeling van vaardighede binne die hospitaalkonteks (South Africa, Skills Development Act No. 97 of 1998; South Africa, Skills Development Levies Act No. 9 of 1999).

□ **Regte van die pasiënt**

Die *Grondwet* (Constitution of the Republic of South Africa, Act No. 108 of 1996) stel dit duidelik dat elke mens die reg het tot gesondheidsorg, en vervat die grondwetlike regte van mense in die bevestiging van waardes soos menswaardigheid, gelykheid, en vryheid. Gepaard daarmee moet die *Handves van Pasiëntregte* van die Departement van Gesondheid (Departement van Gesondheid, 1999) gelees word. Die dokument stel dit ondermeer duidelik dat elke pasiënt die reg het op 'n gesonde en veilige omgewing wat hul fisiese- en geestesgesondheid sal verseker, die reg op konfidensialiteit, asook die reg op ingeligde toestemming. Verpleegpersoneel binne die hospitaal is die persone wat primêr te make het met pasiëntsorg en dit word van die verpleegpersoneel verwag om die pasiënt se regte te erken binne die grense van dienslewering. 'n Model vir verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging behoort verpleegpersoneel verder te ondersteun om binne die wetlike raamwerk op 'n uitnemende wyse aan die regte van die pasiënte te voldoen.

□ **Verpleegpersoneel as vroue in die samelewing**

Verpleging is histories hoofsaaklik 'n beroep wat deur vroue beoefen word. Alhoewel enkele manlike lede deel uitmaak van die personeel in die hospitaal waar die studie uitgevoer is, maak vroue die grootste gedeelte van die verpleegpersoneel uit. Die navorser maak 'n aanname dat die verpleegpersoneel as vroue, beïnvloed word deur verskeie faktore in die samelewing en dat dit die wyse waarop hulle, hulle professionele rol en verantwoordelikhede vervul, beïnvloed (Fonn & Xaba, 1995:31). Binne elke gemeenskap is daar reëls, normes en waardes wat daaglikse aktiwiteite beïnvloed. Die stand van vroue en dus verpleegpersoneel in die gemeenskap is vir jare lank onderwerp aan 'n patriargale en outoritêre sisteem. Dit kan meebring dat die verpleegpersoneel 'n ondergeskikte en apatiese houding ontwikkel. Verpleegpersoneel is gewoon om

burokratiese en outoritêre stelsel te hanteer (Fonn & Xaba,1995; Hope & Timmel, 1994).

□ **Multidissiplinêre gesondheidsorgspan**

Verpleegpersoneel funksioneer nie in isolasie nie maar as deel van 'n gesondheidsorgspan (Campinha-Bacote, 1999:203). Die span se effektiewe funksionering dra by tot die bereiking van die visie, missie, en doelwitte van die hospitaal. 'n Ondersteunende kommunikasieklimaat waar effektiewe interpersoonlike verhoudinge en kommunikasie gekoester word is noodsaaklik sodat verpleegpersoneel hul rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse kan vervul. Hierdie kommunikasieklimaat sluit aspekte soos respek, openheid en 'n vertrouensverhouding in en is gebaseer op 'n gemeenskaplike waardestelsel en werksetiek.

□ **Vaardighede van verpleegbestuurders**

Elke verpleegkundige is in eie reg 'n bestuurder van pasiëntsorg (Myers, 1970). Verpleegdiensbestuurders as transformasie leiers, het binne die hospitaal 'n belangrike rol om te vervul in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. 'n Deel van die verantwoordelikhede van verpleegbestuur, op alle vlakke, is die fasilitering van 'n bevorderlike werksomgewing. Dit sluit die rol en verantwoordelikheid van die hospitaal- en verpleegbestuur in die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike, materiële en finansiële hulpbronne in, asook die skep van organisasie strukture, sisteme en prosesse.

Die beskikbaarheid en die wyse waarop die hulpbronne bestuur word dien as steunstelsel en bepaal tot watter mate die verpleegpersoneel dit ondersteunend tot verpleegpersoneelverryking kan benut. Die verpleegdiensbestuurders behoort geleenthede te skep wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer.

'n Begrip van die politieke en sosio- ekonomiese situasie van die land is nodig om hulpbronne strategies te bestuur en om strukture, sisteme en prosesse daar te stel wat verpleegpersoneelverryking sal bevorder (Coetsee, 1996:33) .

□ **Omgewing**

Studies toon dat 'n omgewing wat ervaar word as stresvol, outoritêr, mishandelend en verwaarlosend, aanleiding kan gee tot 'n lae algemene moraal en lae selfbeeld. Dit kan verder lei tot stresverwante siektes soos depressie en 'n hoë afwesigheidprofiel (Kreitzer, *et al.* 1997:35-36). 'n Model vir verpleegpersoneelverryking behoort die fasilitering van 'n uitnemende werksomgewing as steunstelsel vir personeel aan te spreek. 'n Ondersteunende werksomgewing behoort 'n gevoel van waardigheid, integriteit, eerlikheid en koestering by verpleegpersoneel te versterk.

Verskeie van die genoemde faktore wat 'n invloed op verpleegpersoneel se funksionering het, het geakkumuleer, en word weerspieël in die media. Gedurende die laaste jare het die media verskeie kere negatief berig oor die ontoereikende gesondheidsorgfasiliteite en die gehalte van pasiëntsorg (Kotolo, 1995; Mgijima, 1995). Vanweë die negatiewe publisiteit het die Gauteng Departement Gesondheid dit noodsaaklik gevind om gedurende 1999 'n Kommissie van Ondersoek te loods na Hospitaalsorg Praktyke (South Africa, Report into Hospital care practices, 1999). Dít Kommissie het bevind dat verskeie faktore 'n negatiewe impak op pasiëntsorg het. Van hierdie faktore sluit finansiële beperkinge in as gevolg van inkortings in die provinsiale begrotings, asook interne beperkinge vanweë beperkte hulpbronne in die hospitale. Die verslag bevestig dat verskeie faktore 'n negatiewe impak op pasiëntsorg het.

In die verslag is enersyds faktore geïdentifiseer wat verband hou met beperkinge van hulpbronne en andersyds faktore wat verband

hou met menslike handeling. Dit blyk uit die verslag dat verpleegpersoneel gekonfronteer word met met beperkte finansiële en materiële hulpbronne, en dat hulle personeeltekorte en 'n verhoogde werkslas ervaar. Die verpleegpersoneel word verder blootgestel aan die negatiewe houding en optredes van ander lede van die gesondheid-sorgspan teenoor pasiënte, soos ontoereikende kommunikasie en verswakte interpersoonlike verhoudinge. Verpleegpersoneel ondersteun volgens die verslag nie altyd pasiënte voldoende nie en openbaar soms 'n nie-omgee houding. Die gebrek aan die ondersteuning deur veronderstelde ondersteuningsdienste en die gepaardgaande druk wat dit meebring word duidelik in die verslag aangespreek. Verpleegpersoneel ervaar die druk van groot getalle pasiënte wat versorg moet word en die gemeenskap wat voortdurend kla oor ontoereikende sorg. Die genoemde faktore lei tot demotivering van die verpleegpersoneel asook 'n afname in die standaarde van verpleging.

Hierdie bevindinge is bevestig in 'n onafhanklike ondersoek wat deur die *Etiese Instituut van Suid-Afrika* by die Chris Hani Baragwanath Hospitaal (Ethics Institute of South Africa, 2001) gedoen is. Die familie en pasiënte se negatiewe ervaring tydens hospitalisering is verskeie kere in die media weergegee. Verhale is vertel van ernstige mishandeling en nalatigheid (South Africa, Report into Hospital care practices, 1999; Warby, 1999).

1.2 PROBLEEMSTELLING

Die primêre verantwoordelikheid van verpleegpersoneel binne die hospitaalkonteks is om uitnemende pasiëntsorg te lewer binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk waartoe die verpleegprofessie gemagtig is. Verpleegpersoneel behoort oor sekere kennis en vaardighede te beskik, insluitend die vermoë tot reflektiewe denke en die wetenskaplike vertolking van gegewens vir verplegingshandeling, insluitend die interpretasie van pasiënt

observasies asook optrede volgens selfstandige oordeel. Blote vaardigheid is onvoldoende. Daar word van verpleegpersoneel verwag om voortdurend te streef na uitnemendheid en as veilige, vaardige verpleegpraktisyne in pas te bly met die tegnologiese ontwikkeling van die verpleegberoep.

Verskeie faktore beïnvloed egter die wyse waarop die verpleegpersoneel hul professionele rol en verantwoordelikhede binne die konteks van 'n hospitaal vervul. Dit kan daartoe lei dat verpleegpersoneel nie aan die eise en verwagtinge van die profesie en pasiënte voldoen nie. Die negatiewe berigte in die media is 'n refleksie hiervan. Die *Gauteng Provinsiale Regering* erken dat die pasiëntsorg in provinsiale hospitale ontoereikend is. Die tradisionele wyses van verplegingsbestuur blyk oneffektief te wees. Ten einde voldoende steun aan verpleegpersoneel te bied is 'n model vir verpleegpersoneelverryking waarskynlik 'n oplossing.

Vanuit hierdie konteks kan die volgende vraag gestel word:

- Wat behels 'n model vir verpleegpersoneelverryking ter bevordering van uitnemende verpleging binne 'n hospitaal konteks?

1.3 NAVORSINGSDOEL

Die doel van die navorsing is die ontwikkeling en beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die doel word bereik deur die volgende doelstellings wat in drie fases beskryf word.

- **Doelwit 1:** Verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word (fase 1).
- **Doelwit 2:** Beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking (fase 2).
- **Doelwit 3:** Validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die beskrywing van riglyne vir

operasionalisering van die model vir verpleegpersoneelverryking binne 'n hospitaalkonteks is beskryf (fase 3).

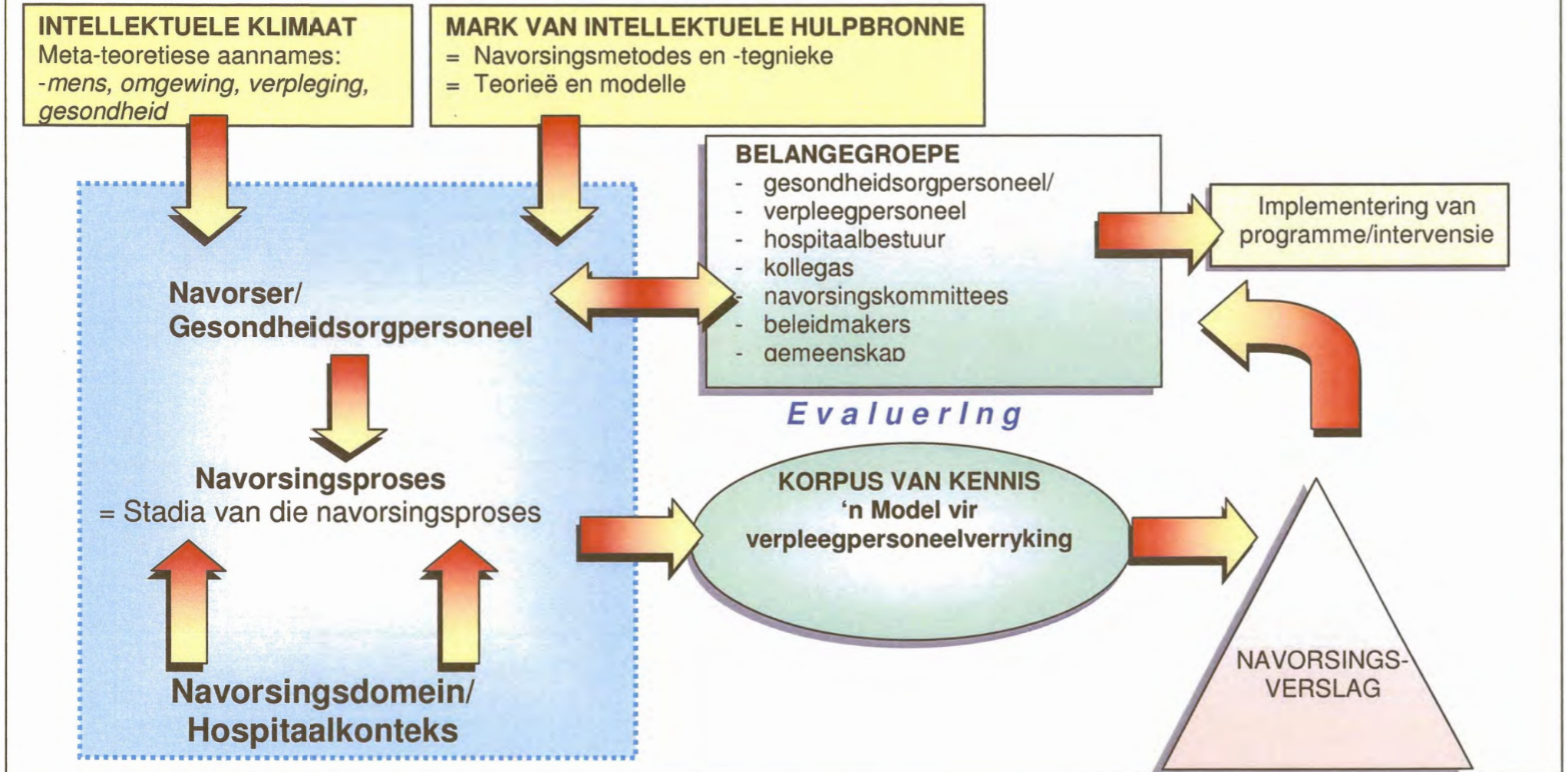
1.4 SENTRAAL TEORETIESE STELLING

Die navorser verken 'n fenomeen waaroor daar min gevestigde modelle of teorieë in Suid-Afrika en in die Afrika konteks bestaan. Aangesien die studie kwalitatief van aard is word geen hipotese gestel met die aanvang van die studie nie. Hipoteses gegenereer deur hierdie studie mag moontlik in volgende studies aangespreek word (Mouton & Marais, 1993:36). 'n Model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir verpleegpersoneel in hul strewe na uitnemendheid in verpleging binne 'n hospitaalkonteks word beskryf vanuit die empiriese en teoretiese bevindinge.

1.5 NAVORSINGSMODEL

Mouton (1996) se Geïntegreerde Model vir Sosiale Wetenskappe word gebruik. Dit verteenwoordig die raamwerk waarbinne die studie gedoen is en 'n model vir verpleegpersoneelverryking ontwikkel is. Die navorser funksioneer binne 'n bepaalde intellektuele milieu, wat beide die gesondheids- en sosiale wetenskappe insluit met verpleegkunde as dissipline, binne 'n hospitaal en universiteit as institusionele konteks (Mouton, 1996:57). Die navorsing gekied nie in 'n vakuum nie maar binne die nasionale raamwerk van die gesondheidsorgsisteem en toepaslike wetgewing. Empiriese bevindinge word begrond aan die hand van nasionale en internasionale literatuur.

INTELLEKTUELE MILIEU



FIGUUR 1.1 : 'N GEÏNTEGREERDE MODEL VIR SOSIALE WETENSKAPPE (Aangepas uit Mouton, 1996:57)

Die aanpassing van die Geïntegreerde Model vir Sosiale Wetenskappe vir die doeleindes van hierdie studie word vervolgens bespreek (Mouton, 1996). Die konteks waarbinne die navorser die projek uitvoer word skematies aangedui (figuur 1.1).

1.5.1 Intellektuele klimaat

Die intellektuele klimaat verwys na die meta-teoretiese aannames wat in hierdie studie gebruik word. Hierdie aannames sluit die navorser se aannames oor die mens, omgewing, gesondheid en verpleging in, en is filosofies van aard en nie bedoel om getoets te word nie (Mouton & Marais, 1993; Mouton, 1996:57). Die volgende **meta-teoretiese aannames** word gestel.

1.5.1.1 Die mens

Die mens is 'n unieke veeldimensionele holistiese wese, ondeelbaar liggaam, psige en gees, onlosmaaklik in 'n dinamiese betrokkenheid met God/Opperwese, self, medemens, tyd en wêreld. Binne die konteks van hierdie studie verwys die mens na die verpleegpersoneel as holistiese individue, met inherente waardigheid, regte en verantwoordelikhede.

Die regte van die mens en derhalwe die verpleegpersoneel is vervat in die *Grondwet van Suid-Afrika* insluitend die reg om met respek en waardigheid behandel te word (South Africa, Constitution of the Republic of South Africa, Act No. 108 of 1996). Die *Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging* stel ook spesifieke regte waarop die verpleegpersoneel aanspraak maak (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1992). Die verpleegpersoneel aanvaar en is verbind tot

'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie.

Die verpleegpersoneel is deel van 'n gesin, gemeenskap en gesondheidsorgspan met bepaalde waardes en gelowe. Die waardes, beskouinge en sisteme van die samelewing en gesondheidsorgspan beïnvloed die wyse waarop verpleegpersoneel hul professionele rol en verantwoordelikhede vervul. Verpleegpersoneel vervul hul professionele rol en verantwoordelikhede nie in isolasie nie maar is deel van 'n multidissiplinêre gesondheidsorgspan, binne 'n kultureel-diverse hospitaalkonteks. Daar is dikwels teenstrydigheid tussen gestelde waardes en die refleksie van die waardes in die verpleegpraktyk. Die wyse waarop die lede van die span optree het 'n invloed op die wyse waarop spanlede hulle rol en verantwoordelikhede vervul.

Die voordurende ontwikkeling van kennis en vaardighede asook ondersteuning op persoonlike en professionel vlak is noodsaaklik ten einde verpleegpersoneel in staat te stel om hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse na te kom. Verpleegpersoneel behoort aktief betrokke te wees by enige besluite wat hulle raak aangesien hulle bewus is van hulle behoeftes. Eerder as om voorskriftelik te wees behoort verpleegpersoneel deel te neem aan die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die model word ontwikkel vanuit die behoeftes soos uitgespreek deur die verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks, en behoort as steunstelsel die verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid.

1.5.1.2 Omgewing

Die omgewing waarin verpleegpersoneel hulle bevind dra by tot die wyse waarop hulle hul rolle en verantwoordelikhede vervul. Enersyds verwys die omgewing na die interne omgewing binne die hospitaalkonteks, en andersyds na die eksterne omgewing buite die hospitaalkonteks. Die interne omgewing behoort motiverend van aard te wees en verpleegpersoneelverryking te fasiliteer. Die eksterne en interne omgewing word gekenmerk deur transformasie as gevolg van die verandering in die gesondheidsorgsisteem op nasionale vlak. Verder bevind verpleegpersoneel hul sedert 1994 in 'n kultureel-diverse konteks. Die aanname word gemaak dat sosiale probleme soos geweld in die gemeenskap, in die hospitaal-konteks reflekteer word. Beide die interne en eksterne omgewing stel eise en verwagtinge aan die verpleegpersoneel. 'n Model vir verpleegpersoneelverryking behoort verpleegpersoneel te ondersteun om aan die eise en verwagtinge te voldoen in hul strewe na uitnemendheid in verpleging.

1.5.1.3 Verpleging

Verpleging is 'n unieke menslike aktiwiteit en word gesien as 'n wetenskap en kuns. Die navorser maak die aanname dat verpleegpersoneel in 'n hospitaal konteks die primêre versorgers is, en dat hul professionele rol en verantwoordelikheid verwant is aan pasiëntsorg, binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie. Die verpleegpersoneel verbind hulself tot die etiese normes en waardes van die verpleegprofessie in die vervulling van hul professionele rol en verantwoordelikhede. Verpleging van pasiënte vind nie in isolasie plaas nie. Die verpleegpersoneel is deel van 'n multi-dissiplinêre

gesondheidsorgspan wat saamwerk om bepaalde doelwitte te bereik. Verpleegpersoneel behoort oor die nodige kennis en vaardighede te beskik ten einde uitnemende verplegsorg te lewer. Voortdurende ontwikkeling op persoonlike en professionele vlak is nodig om die verpleegpersoneel in staat te stel om hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul.

1.5.1.4 Gesondheid

Gesondheid verwys in hierdie studie na die gesondheid of heelheid van verpleegpersoneel en derhalwe spesifiek na die mate waartoe verpleegpersoneelverryking plaasvind en verpleegpersoneel ondersteun word om hulle professionele rol en verantwoordelikhede vir uitnemendheid in verpleging te vervul. 'n Model vir verpleegpersoneelverryking in verpleging as steunstelsel, behoort die verpleegpersoneel te plaas in 'n situasie waar hulle op 'n uitnemende wyse hulle professionele rol vervul en verantwoordelikhede kan hanteer.

1.5.2 Die mark van intellektuele hulpbronne

Die mark van intellektuele hulpbronne verwys na die teoretiese sowel as metodologiese hulpbronne wat verbandhoudend is tot epistemiese status van die wetenskap en derhalwe verpleegkunde as wetenskap. Teoretiese hulpbronne sluit in teorieë en modelle, interpretasies en navorsingsbevindinge van die sosiale wêreld wat as waar deur die verpleeggemeenskap as wetenskap aanvaar word (Mouton, 1996:57). Hierdie aannames wat die navorser voorhou reflekteer wat as waar en geldig beskou word binne die teoretiese en konseptuele raamwerk van die studie.

1.5.2.1 Teoretiese hulpbronne

Die teoretiese aannames van die studie hou verband met Suid-Afrikaanse wetgewing wat die verpleegpraktyk direk of indirek beïnvloed. Die Wet op Verpleging (Wet no 50 van 1978, soos gewysig), asook regulasies en beleidsdokumente wat die verpleegpraktyk reguleer word hierby ingesluit.

Die navorser benut geen eksplisiete teoretiese raamwerk nie aangesien die fenomeen nuut binne die huidige konteks verken en beskryf word. Die navorser benut beide induktiewe en deduktiewe strategieë om die fenomeen *'n Model vir 'n Verpleegpersoneelverryking* soos in die huidige konteks by Kalafong Hospitaal vanuit teoreties-begronde empiriese bevindings te beskryf.

1.5.2.1.1 Definisies

Binne die konteks van die studie word die volgende konsepte omskryf.

(a) Verpleegpersoneel

Vir die doel van hierdie studie word die konsep verpleegpersoneel omskryf as *'n geregistreerde of ingeskrewe verpleegkundige/verpleeghulp of vroedvrou, gemagtig en bevoeg om in eie reg verpleging of verloskunde te beoefen uit hoofde van registrasie kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging, 1978 (Wet No. 50 van 1978, soos gewysig). So 'n persoon is aanspreeklik vir die beoordeling van 'n pasiëntsituasie op grond van kennis en vaardighede, die oordeelkundige neem van besluite en optrede volgens sodanige besluite.*

Vir die doel van hierdie studie word die professionele rol en verantwoordelikheid van verpleegpersoneel soos omskryf deur die Suid Afrikaanse Raad op Verpleging (1994:18), voorgehou:

□ Professionele rol en verantwoordelikhede

Die professionele rol en verantwoordelikhede word ...weerspieël in die gedrag gebaseer op oordeelkundige besluitneming en die nodige kennis en vaardighede. Aanvaarding van verantwoordelikheid impliseer die aanvaarding van die morele en wetlike verpligtinge om aanspreeklik te wees vir handeling en/of versuime.

Genoemde aannames integreer die konsepte *professionele rol* en *verantwoordelikheid* van die verpleegpersoneel. 'n Model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel, behoort verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks te ondersteun om hul professionele rol en verantwoordelikheid op 'n uitnemende wyse te vervul.

(b) Verpleegpersoneelverryking

Verpleegpersoneelverryking verwys na 'n sikliese proses van ontwikkeling van verpleegpersoneel om as reflektiewe verpleegpraktisyns met selfvertroue probleme te identifiseer en effektief tot besluitneming te kom ten einde verandering teweeg te bring. Dit verwys verder na die verbreking van die kultuur van stilswye, 'n gevoel van oplewing, die positiewe bevestiging van 'n gevoel van aanvaarding, waardering en koestering, en om te behoort aan 'n span met 'n gedeelde waardesisteem en werksetiek. Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking verseker 'n ondersteunende kommunikasieklimaat, vaardighedsontwikkeling, positiewe motivering en strukture, sisteme en prosesse wat aktiewe deelname in spanverband, deelnemende

besluitneming, deelnemende bestuur verseker binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk.

(c) Steunstelsel

Die konsep *steunstelsel* verwys na steunstelsels binne die hospitaalkonteks waar verpleegpersoneel hulle bevind. Die steunstelsels verwys na die doelmatige en effektiewe bestuur van hulpbronne, die skep van strukture, sisteme, standaarde, en prosesse ondersteunend tot verpleegpersoneelverryking. Hierdie steunstelsels fasiliteer verpleegpersoneelverryking en ondersteun die verpleegpersoneel in hul strewe na uitnemendheid in verpleging.

(d) Konteks

Die *konteks* van die studie verwys na die tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks binne die Kalafong Hospitaal. Die konteks beskik oor die volgende eienskappe: verplegingsinteraksies is interpersoonlike verhoudings-gebonde, menslike handeling is intensioneel en betekenisbelaaid, verplegingsinteraksies is waardegebonde, dinamies en veeldimensioneel. Die intensionele skep van 'n konteks wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer is daarop gerig om verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid in verpleging (Botes, 1991:20; Botes, 1989:104; Searle & Pera, 1993: 23).

(e) Model

'n *Model* is 'n konseptuele raamwerk wat verskynsels ten opsigte van die konstrukte van navorsing, konsepte en stellings klassifiseer, en beskryf die verbande tussen die konstrukte. In die studie verwys die model vir verpleegpersoneelverryking na 'n

konseptuele voorstelling van die realiteit wat ontwikkel word vanuit die verkenning van die behoeftes en probleme soos wat dit deur die deelnemers beleef en ervaar is en wat sistematies gekonstrueer word met toepaslike konsepte en essensiële komponente asook 'n teoretiese begronding (Mouton en Marais, 1993:138-139; Walker en Avant, 1995).

1.5.2.2 Metodologiese hulpbronne

Metodologiese hulpbronne verwys onder meer na die metodologiese paradigma as die hoogste orde van kompleksiteit (Mouton, 1996:36-37) en is ondermeer 'n kwalitatiewe, kwantitatiewe of deelnemende aksie paradigma (Mouton, 1996: 37). Metodologiese hulpbronne verwys verder na die metodes, tegnieke asook benaderinge wat in die navorsingsproses benut word. Die navorsingsproses soos beskryf deur Mouton (1996:63-68) word benut vir rasonale besluitneming deur die verloop van die studie, en word volledig in hoofstuk twee beskryf (figuur 1.2).

1.5.2.2.1 Metodologiese paradigma

□ **Kwalitatief**

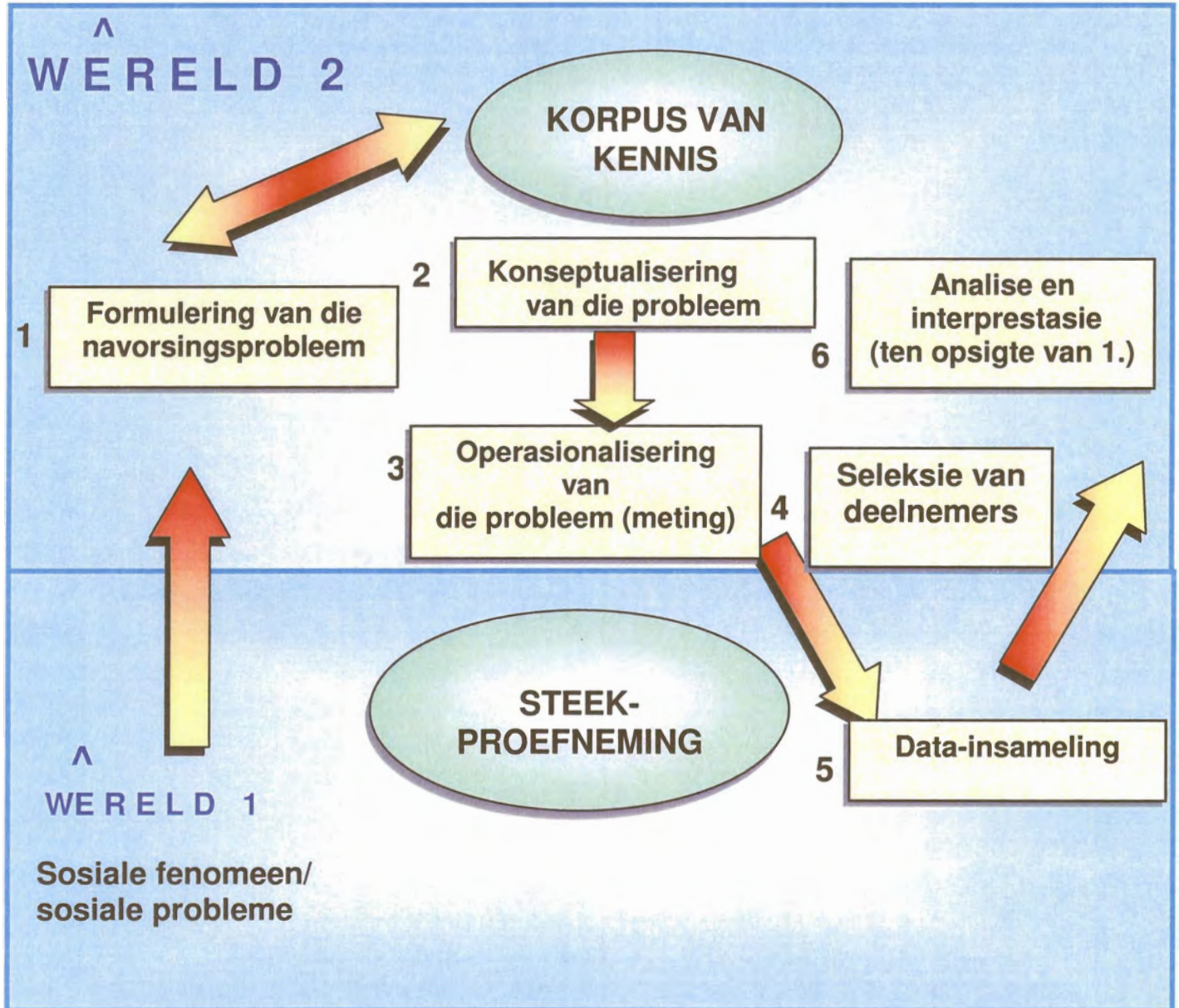
Die studie is kwalitatief van aard om die doel van die navorsing te bereik naamlik: die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking binne 'n hospitaalkonteks.

□ **Navorsingsproseses**

(a) Navorsingsmetode en tegnieke

Mouton (1996:36) verwys na die navorsingstegnieke as 'n hoër vlak abstraksie van die navorsingsverloop (*means*). Hierby ingesluit is die teoretiese en operasionele definisies, steekproefneming, metodes van meting, data-insameling

metodes, asook data-analise metodes. Tegnieke verwys na die mees konkrete en mins komplekse vlak en tasbare en observeerbare instrumentasie soos ondermeer tegnieke, prosedures en vaardighede. 'n Oorsigtelike beskrywing van die navorsingsmetodes en -tegnieke wat benut word in die navorsingsproses word vervolgens voorgehou:



FIGUUR 1.2: DIE NAVORSINGSPROSES (Aangepas uit Mouton, 1996:56)

Fase 1:

- **Data- insameling**

Die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word, is verkry deur 1) fokusgroeponderhoude, 2) individuele onderhoude, 3) direkte observasie, 4) fisiese spore en argivale bronne. Die individuele onderhoude en fokusgroeponderhoude het een tot drie ure onderskeidelik geduur. Die deelnemers het alle vlakke en kategorieë van verpleeg- en mediese personeel ingesluit. 'n Ope uitnodiging tot deelname is skriftelik aan deelnemers gerig en anonimiteit is verseker. Elke deelnemer het skriftelik toestemming tot deelname gegee. Gedurende die fokusgroep- en individuele onderhoude is kennis verkry oor die empiriese wêreld soos beleef deur die deelnemers.

Twee oop einde vrae is aan die deelnemers gestel:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">□ Wat is die behoeftes of probleme wat die verpleegpersoneel binne die hospitaal ervaar?□ Wat het 'n verpleegkundige nodig om haar/sy rol en verantwoordelikhede binne die hospitaal te vervul? |
|--|

Die onderhoude is deur middel van oudio-bande en veldnotas vasgelê. 'n Sosiogram is deur die navorser gedurende fokusgroeponderhoude gedoen om te verseker dat deelnemers almal 'n bydrae lewer. Die ge-analiseerde data is by opvolg fokusgroeponderhoude aan deelnemers voorgelê om die vertrouenswaardigheid van die bevindinge te verhoog.

- **Data- analise**

Data-analise het geskied aan die hand van teks-analise soos beskryf deur Tesch (in Creswell, 1994:155). 'n Induktiewe strategie is benut om die data te ontleed. 'n Doelgerigte seleksie van literatuur is benut om empiriese bevindinge teoreties te begrond en om die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog.

Fase 2:

'n Model van verpleegpersoneelverryking is ontwikkel op grond van die resultate bereik in doelwit 1.

Fase 3:

Validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking is in die verpleegpraktyk gedoen. Die model is voorgehou en geïmplementeer in vier eenhede in 'n hospitaal. Die beskrywing van riglyne vir operasionalisering van 'n model vir verpleegpersoneelverryking word gestel vanuit die resultate van fases 1, 2, en 3.

1.5.3 Publieke of openbare domein

Die publieke of openbare domein van verpleegkunde as wetenskap verwys na relevante belangegroepes. Die uitkomstes van navorsing is divers en wissel van tradisionele vorme soos nuwe data of bevindinge, verklarings, modelle en teorieë asook praktykgerigte programme (Mouton, 1996:57). Deur volgehoue samewerking van die deelnemers is 'n model beskryf vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel, ten einde verpleegpersoneel in staat te stel om hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse by die Kalafong Hospitaal te vervul.

1.6 VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE

Die vier kriteria soos beskryf deur Lincoln en Guba (1985: 290-300) word benut om vertrouenswaardigheid te verseker, naamlik waarheidswaarde, toepaslikheid, konstantheid, en neutraliteit. Die kriteria word volledig in hoofstuk twee beskryf.

1.7 ETIESE STANDAARDE VAN DIE NAVORSING

Die standaard vir navorsing soos gestel deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1992(b)) en die Universiteit van Pretoria (University of Pretoria, Faculty of Health Sciences Ethics Package, 2004) word as raamwerk gebruik. Die etiese standaard van die navorsing word in hoofstuk twee bespreek.

1.8 SAMEVATTING

In hoofstuk een het die navorser die agtergrond en rasionaal van die studie beskryf, die probleem gestel en doelstellings geformuleer wat in die verskillende fases aangespreek word. 'n Sentraal-teoretiese stelling is gestel. Die navorsingsmodel is beskryf, insluitend 'n oorsig oor die navorsingmetode en tegnieke van die studie. In hoofstuk twee word die navorsingsproses voorgehou. Die studie is soos volg beskryf:

HOOFSTUK EEN: Oriëntering tot die studie.

HOOFSTUK TWEE: Navorsingsproses.

HOOFSTUK DRIE, VIER, EN VYF: Empiriese en teoretiese bevindinge van fase 1.

HOOFSTUK SES: Beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.

HOOFSTUK SEWE: Validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.

HOOFSTUK AGT: Gevolgtrekking, evaluering, tekortkominge en aanbevelings.

**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

HOOFSTUK TWEE

NAVORSINGSONTWERP EN METODE VAN DIE STUDIE

2.1 INLEIDING

Die doel van hoofstuk twee is die wetenskaplike verantwoording van die navorsingsontwerp en -metode van die studie. Die navorsingsontwerp is die plan of bloudruk van hoe die navorser beplan om die navorsingsproses uit te voer. Dit sluit in: die metode van data-insameling vir analise en interpretasie; identifisering van die navorsingspopulasie en steekproeftrekking; die transformasie van die ingesamelde data na 'n gepaste vorm vir ontleding, asook die data-analise proses en beskrywing van die hantering van die gevolgtrekkings (Babbie, Mouton & Prozesky, 2000:73; Mouton, 1996:110-111).

Die navorsingsproses word in ooreenstemming met die doelwitte van die studie in drie fases verdeel. Die navorsingsontwerp, populasie en steekproefneming, data-insameling-, en data-analise metodes van elke fase word afsonderlik voorgehou. Teoretiese begroning word deur die verloop van die hoofstuk gedoen om sodoende die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog. Toepassing ten opsigte van die studie word daarna aangetoon. Die versekering van vertrouenswaardigheid en die gestelde etiese standaarde van die studie word in sy geheel aan die einde van hierdie hoofstuk beskryf.

Die navorsingsontwerp van die studie word vervolgens beskryf.

2.2 NAVORSINGSONTWERP

Die studie is teoriegenererend, kwalitatief en kontekstueel van aard om die doel van die studie te bereik naamlik: die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking by die Kalafong Hospitaal en die daarstel van handelingsriglyne vir die operasionalisering van die model. Beide 'n induktiewe en deduktiewe strategie word benut om die doel van die studie te bereik.

2.2.1 Kwalitatiewe benadering

Die studie is *kwalitatief* van aard ten einde die belewenisse en ervaringe van die verpleegpersoneel by die Kalafong Hospitaal te verken (Babbie, *et al.* 2000:54). Die empiriese data oor die belewenisse en ervaringe word benut om 'n model vir verpleegpersoneelverryking by die Kalafong Hospitaal as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging te beskryf. Binne 'n kwalitatiewe ontwerp word die navorsingsprosedures tydens die verloop van die studie geïdentifiseer eerder as vooraf. Elke stap is afhanklik van die voorafgaande versamelde data (Schumacher & MacMillan, 1993:37; Morse & Field, 1996:9). Die versamelde data beïnvloed die bepaling van die daaropvolgende navorsingstrategieë, asook die wyse waarop nuwe data gegenereer word.

Deur die benutting van 'n kwalitatiewe ontwerp word die fenomeen binne 'n natuurlike konteks bestudeer en beskryf. Die navorser poog om insig te verkry oor die fenomeen, dit te interpreteer, betekenis daaraan te heg (Denzin & Lincoln, 1994:2-3; Morse & Field, 1996:6-7), en verbande tussen konsepte te identifiseer om sodoende 'n model vir verpleegpersoneelverryking te beskryf. Die fenomeen wat in hierdie studie as uitgangspunt benut word is die behoeftes en probleme soos belewe en ervaar deur die verpleegpersoneel

binne die natuurlike konteks van Kalafong Hospitaal. Dit bied die vertrekpunt vir die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging.

2.2.2 Kontekstueel

'n *Kontekstuele studie* se uitsprake is geldig binne 'n bepaalde tyd-ruimtelike en waardekonteks (Botes, 1994:52). Die studie vind plaas binne die tyd-ruimtelike en waardekonteks van 'n spesifieke hospitaal. Daar word nie gepoog om te veralgemeen nie. Die fenomeen word eerder in diepte verken en beskryf vanuit die intrinsieke en onmiddellike kontekstuele belang soos beskryf in die agtergrond en rasionaal, asook probleemstelling van die studie (Mouton, 1996:133; Morse & Field, 1996:9). Aangesien die navorser 'n funksionele denkbenadering volg is 'n kontekstuele studie aangewese omdat die navorser handelingsriglyne vir operasionalisering van die model vir verpleegpersoneelverryking binne 'n bepaalde tyd-ruimtelike en waardekonteks van die Kalafong Hospitaal beskryf.

2.2.3 Verkennend

Verkenning het ten doel om tot nuwe insigte te kom, sentrale konsepte en konstrukte te identifiseer, en prioriteite vir toekomstige navorsing te bepaal (Mouton & Marais, 1993:43). Verkenning geskied in hierdie studie deur die benutting van deelnemers wat ervaring het oor die fenomeen, die identifisering van sentrale konsepte en die ontwikkeling van konstrukte vanuit die deelnemers se ervarings en belewenisse en deur die begroning vanuit toepaslike literatuur, en met behulp van insigstimulerende voorbeelde. Die empiriese data dien as vertrekpunt vir die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Vanuit die gegenereerde data mag moontlike prioriteite en hipoteses vir toekomstige navorsing

ontwikkel word (Mouton & Marais, 1993:43, Babbie, *et al.* 2000:81; Mouton, 1996:102; Morse & Field, 1996:8-9).

Die navorser was oop vir nuwe idees, voorstelle en stimuli. Geen vooropgestelde idees of hipoteses is deur die navorser voorgehou nie, aangesien dit die studie in 'n bepaalde rigting kon stuur en die sukses daarvan kon beïnvloed (Mouton & Marais, 1993:43).

2.2.4 Beskrywend

Beskrywing verwys na die waar en akkurate beskrywings van die fenomeen binne die konteks van 'n hospitaal (Mouton, 1996:102; Babbie, 1995:84). Volgens Mouton (1996:102) dui beskrywing op die toedrag of die feite van die saak. Binne die studie word gepoog om op 'n sistematiese, feitlike en geordende wyse, so waar en akkuraat moontlik, die fenomeen wat verken word te beskryf. Die sosiale aard van die realiteit, verhoudinge, waardes, belewenisse, ervarings en betekenis van die empiriese wêreld word binne die konteks van 'n hospitaal verken (Denzin & Lincoln, 1994:3-4; Smith, 1996:5-6). Die data wat gegenereer is vanuit die verkenning van die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel binne die konteks van 'n hospitaal word so getrou as moontlik beskryf. Die konsepte verkry uit die empiriese fase word teoreties begrond en word benut in die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging. Dit bied die begronding vir die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking en handelingsriglyne vir operasionalisering in die verpleegpraktyk.

2.2.5 Navorsingstrategieë

Morse en Field (1996:7) verwys na die doel van kwalitatiewe navorsing as teoriegenerering deur die benutting van ryk

beskrywings, data-sintese en data-abstrahering. In die proses van teorie-ontwikkeling word beide 'n induktiewe en deduktiewe strategie benut. In die studie word daar nie 'n teorie ontwikkel nie, maar 'n model. Die benutting van die twee strategieë in die studie word vervolgens beskryf.

2.2.5.1 *Deduktiewe strategie*

In 'n *deduktiewe strategie* is die vertrekpunt vanuit 'n duidelike raamwerk, byvoorbeeld 'n model, teorie, of tipologie. Die raamwerk lei op 'n relatiewe rigiede wyse die konseptualisering, operasionalisering, data-insameling, data-analise en -interpretasie (Mouton & Marais, 1993:103; Morse & Field, 1996:7). In hierdie studie word daar nie 'n duidelike hipotese of konseptuele raamwerk as vertrekpunt gestel nie. 'n Sentraal-teoretiese stelling word wel gestel. 'n Deduktiewe strategie word gebruik om 'n model te beskryf wat vanuit die resultate van die empiriese data gegenerer is, naamlik die verkenning van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne die konteks van 'n hospitaal.

2.2.5.2 *Induktiewe strategie*

In 'n *induktiewe strategie* is die vertrekpunt nie vanuit 'n eksplisiete konseptuele raamwerk nie. Slegs algemene en vae hipoteses of aannames lei die navorsing in (Mouton & Marais, 1993:103). Dit is ook die geval met hierdie studie. By aanvang van die studie is daar geen eksplisiete konseptuele raamwerk gestel nie. Bevindinge wat gebaseer is op die verkennende empiriese fase wat die behoeftes en probleme van verpleegkundiges binne 'n hospitaalkonteks ondersoek is benut in die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die navorser gebruik die navorsing om verbande, samehange en patrone bloot te lê, ondermeer deur die prosesse van induktiewe abstrahering en veralgemening (Mouton & Marais,

1993:103-107; Morse & Field, 1996:6-7). In hierdie studie is 'n induktiewe strategie benut vir die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking en handelingsriglyne vir operasionalisering in die verpleegpraktyk.

2.2.5.3 *Die sekwensiële benutting van 'n deduktiewe en induktiewe strategie*

Vanuit die gegengereerde data word op 'n deduktiewe en induktiewe wyse gekonseptualiseer om 'n model vir verpleegpersoneelverryking te ontwikkel. Die model word deurgaans in die verloop van die studie aan die deelnemers vir validering en verfyning voorgehou.

2.3 TEORIEGENERERING/ MODELONTWIKKELING

Chinn en Kramer (1991); Walker en Avant (1995); Mouton en Marais (1993), Mouton (1996); Babbie, *et al.* (2000), se werke is ondermeer benut as teoretiese begronding vir die ontwikkeling en die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Verpleging is 'n praktykgerigte dissipline. Die ontwikkeling van teorieë en modelle bied 'n wyse om sleutelkonsepte in die verpleegpraktyk te identifiseer en aan te spreek, asook om beter omvattende insig en begrip oor die verpleegpraktyk te verkry. Die ontwikkeling van 'n praktyk-gerigte model vir verpleegpersoneelverryking behoort verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks te ondersteun om hul rol en verantwoordelikheid op 'n uitnemende wyse te vervul.

2.3.1 Tipes teorieë

Walker en Avant (1995:5-14) onderskei tussen vier vlakke van teorie-ontwikkeling in verpleegkunde en die verpleegpraktyk, naamlik: metateorie, *grand* teorie, middelvlakteorie en praktykteorie. 'n Oorsig oor die verskillende tipes teorieë word

beskryf asook die toepassing daarvan in die studie. Metateorieë klaar die metodologie en die rolle van elke vlak van teorie ontwikkeling in 'n praktykgerigte dissipline uit. Elke vlak van teorie voorsien materiaal vir verdere analise en uitklaring op die vlak van metateorie ontwikkeling. *Grand* teorieë dien as rigtingwyser en is heuristies van aard vir die fenomeen van spesifieke belang op middelvlakteorieë. Middelvlakteorieë word in die realiteit getoets en word 'n verwysing vir die verfyning van *grand* teorieë.

Middelvlakteorieë gee rigting aan voorskrifte van praktykteorieë wat gerig is op die konkrete bereiking van 'n doel. Praktykteorieë toets die empiriese geldigheid van wetenskaplik-gebaseerde dele van die verpleegpraktyk. Hierdie praktyke word geïnkorporeer in pasiëntsorg en kan moonlik in middelvlak teorieë ontwikkel (Walker & Avant, 1995:13-15). Die teorieë word as volg oorsigtelik genoem en soos van toepassing op die studie beskryf:

2.3.1.1 *Metateorie* fokus op filosofiese en metodologiese vrae wat betrekking het op die ontwikkeling van 'n teoretiese basis in die verpleegkunde. Hierdie teorieë handel gewoonlik, maar nie uitsluitlik nie, oor die volgende in die verpleegkunde en die verpleegpraktyk:

- analise van die doel en soort teorie benodig;
- voorstelle ten opsigte van en kritiek op bronne en teorie-ontwikkelingsmetodes; en
- voorstelle ten opsigte van evalueringskriteria van 'n teorie.

2.3.1.2 *Grand teorie* fokus op die globale konseptuele raamwerke wat die breër perspektiewe vir praktyk en die benaderingewyses ten opsigte van die verpleegpraktyk definieer. *Grand* teorieë is abstrak en het ten doel om 'n

wêreldbeskouing te bied wat nuttig is om sentrale konsepte en beginsels binne 'n verplegingsperspektief te verstaan.

2.3.1.3 *Middelvlakteorie* is deel van die konseptuele aspekte van 'n "grand" teorie maar voorsien die spesifiekheid wat nodig is om die navorsing bruikbaar te maak. Die teorieë vul die gaping tussen *grand* teorieë en die verpleegpraktyk. Hierdie studie het die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging ten doel en val waarskynlik onder hierdie groep teorieë. Aangesien die fokus van die studie die ontwikkeling en bruikbaarheid van 'n model vir verpleegpersoneelverryking is en dit gerig is op die verbetering van die verpleegpraktyk, behoort die model by te dra tot die generering van 'n middelvlakteorie. Rolfe (2000:58) verwys na vlak twee navorsing as navorsing wat fokus op teorievorming en wat gebaseer is op die proses van refleksie-op-aksie om die verpleegpraktyk te verbeter.

2.3.1.4 *Praktykteorie* bied voorskrifte of breër modaliteite vir die verpleegpraktyk. Die essensie van 'n praktykteorie lê in 'n verlangde doelstelling en voorskrifte om die doelstelling te bereik. Rolfe (2000:58) verwys na 'n vlak vier navorsing wat fokus op navorsing vir verandering en word verwys na as refleksie-in-aksie of reflektiewe navorsing.


Die volgende skematiese voorstelling (figuur 2.1) word gebruik om die skakel tussen die verskillende vlakke van teorie aan te toon.



FIGUUR 2.1 : SKAKELING TUSSEN VERSKILLENDE VLAKKE VAN TEORIE- ONTWIKKELING/MODELONTWIKKELING
 (Aangepas uit Walker & Avant, 1995).

2.3.2 Toepassing op die studie

Hierdie studie het die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging ten doel en behoort tot die groep *middelvlak teorieë*. Aangesien die fokus van die studie die ontwikkeling en bruikbaarheid van 'n model vir verpleegpersoneelverryking is, en dit gerig is op die verbetering van die verpleegpraktyk behoort die model by te dra tot die generering van 'n middelvlak teorie. Die model vir verpleegpersoneelverryking wat vanuit die studie ontwikkel word, word getoets en verfyn in die verpleegpraktyk en behoort 'n positiewe bydrae tot die verpleegpraktyk en –

behoort 'n positiewe  UNIBESITHI YA PRETORIA
UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
UNIVERSITY OF PRETORIA
praktik en -navorsing te lewer. Deur die benutting van refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie word gepoog om die deelnemers se ervaringe en belewenisse te benut as 'n vertrekpunt vir die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.

2.3.2.1 *Refleksie-op-aksie*

In hierdie studie is die doel van refleksie-op-aksie die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Deur 'n sistematiese proses van retrospektiewe refleksie van deelnemers se kennis oor behoeftes en probleme van verpleegpersoneel in die empiriese wêreld binne die hospitaalkonteks word data gegenereer, geanaliseer en geïnterpreteer. Die data word benut vir die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die ervaringe van die deelnemers word geïnterpreteer en teoreties begrond. Aangesien hierdie studie daarop fokus om teorie en praktik deur verplegingspraksis te integreer, word die gaping tussen teorie en praktik uitgeskakel en 'n model vir verpleegpersoneelverryking ontwikkel wat gefundeer is op die kliniese ervaringe binne 'n hospitaalkonteks (Rolfe, 2000:61-63).

2.3.2.2 *Refleksie-in-aksie*

Deur refleksie-in-aksie word in hierdie studie gepoog om verandering in die verpleegpraktik teweeg te bring. Die verpleegkundiges binne 'n hospitaalkonteks was aktief betrokke by die ontwikkeling, implementering, verfyning en validering van die model vir verpleegpersoneelverryking (Rolfe, 2000:65-66). Deurdat die personeel betrokke was by verfyning van die model is hulle versoek om tydens implementering daarvan die riglyne te evalueer en dus refleksie-in-aksie toe te pas. Aanbevelings ter verbetering van die riglyne is tydens implementering gemaak.

2.3.3 Elemente en benaderinge tot modelontwikkeling

Volgens Walker en Avant (1995: 28) is daar verskillende fases in die ontwikkeling van 'n model. Die ontwikkeling van 'n model sluit in: die ontwikkeling van konsepte, stellings, verbandhoudende stellings, modelontwikkeling, toetsing van die model in die praktyk, verfyning en verdere toetsing van die model.

Binne die beperkinge van hierdie studie is die konsepte en stellings genereer tydens die verloop van fase 1, naamlik die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word. Die empiriese bevindinge is teoreties begrond. Gedurende fase 2 is 'n model vir verpleegpersoneelverryking beskryf. Implementering, validering en verfyning van die verpleegpersoneelverrykingsmodel het in fase 3 plaasgevind, waarna riglyne vir operasionalisering in die verpleegpraktyk beskryf is.

Volgens Walker en Avant (1995:23) is daar drie basiese elemente en drie basiese benaderinge vir die ontwikkeling van 'n teorie. In hierdie studie gaan dit oor die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die elemente sentreer om konsepte, stellings asook die raamwerk van die konsepte en stellings terwyl die benaderinge verwys na die data-analise, sintese en derivasie.

Mouton en Marais (1993:125) verwys na konstrakte van die navorsing en stel dit dat geen navorsing buite die kader van konstrakte plaasvind nie. Die konstrakte van navorsing verwys na konsepte (konotief en denotief), stellings (insluitend definisies en hipoteses) en konseptuele raamwerke (ondermeer tipologieë, modelle en teorieë).

2.3.3.1 *Elemente in modelontwikkeling*

Konsepte is die basiese boustene (Walker & Avant, 1995:24) en dui op die mees elementêre simboliese konstruksies waardeur die mens realiteit klassifiseer en kategoriseer (Mouton & Marais, 1993:126). Konsepte dui ondermeer op groeperinge wat benut word om ongestruktureerde empiriese ervaringe te sorteer, en is die primêre instrument wat die mens benut om realiteit weer te gee. Konsepte is die simbool van betekenis (Mouton & Marais, 1993:129). In hierdie studie vorm die identifisering van konsepte deel van fase 1: naamlik die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word. Die geïdentifiseerde konsepte word benut om 'n model vir verpleegpersoneelverryking te beskryf.

Stellings is sinne waarmee spesifieke epistemiese uitsprake gemaak word. Stellings sluit onder meer definisies en hipoteses in, operasioneel en teoreties (Walker & Avant, 1995:25; Mouton & Marais, 1993:131). In hierdie studie word daar in fase 1 vanuit die empiriese data konsepte gegenereer om verbandhoudende stellings oor die werklikheid binne die hospitaalkonteks geformuleer.

Konsepte en verbandhoudende stellings word benut om 'n model te beskryf vir verpleegpersoneelverryking. Volgens Mouton en Marais (1995: 136-137) word konsepte gestruktureer in sekere tipes stellings (definisies, hipoteses, en observasie stellings). Stellings word georden in regulatiewe belang of orientasies en geïntegreer tot 'n **konseptuele raamwerk**, naamlik tipologieë, modelle en teorieë. Die aard van die konseptuele raamwerk word bepaal deur die regulatiewe funksie wat dit vervul. Die beskrywing van 'n model vir verpleeg-

personeelverryking by Kalafong Hospitaal val op die vlak van 'n middelvlak teorie.

2.3.3.1.1 Tipologie

'n Tipologie word volgens Mouton en Marais (1993: 137) beskryf as 'n konseptuele raamwerk wat fenomene klassifiseer ten opsigte van eienskappe wat gemeenskaplik is. Volgens hulle is die hoofeienskappe van 'n tipologie die volgende:

- Die basiese eenheid is die tipe of ideaaltipe. In die beskrywing van die tipiese eienskappe word die toevallige uitgelaat en die mees algemene beklemtoon. In hierdie proses word van abstrahering gebruik gemaak.
- Abstrahering impliseer seleksie met die gevolg dat geen tipe ooit die eksakte weergawe van alle eienskappe van 'n fenomeen kan wees nie.
- Die kriteria van goeie klassifikasie is alomvattendheid en wedersydse uitsluiting. Alomvattendheid verwys na die insluiting van alle moontlike eienskappe van 'n tipe. Met wedersydse uitsluiting word gepoog om enige oorvleueling van 'n kategorie so ver moontlik uit te sluit deur 'n proses van verfyning.

Tipologieë het onder meer 'n beperkte heuristiese funksie en kan as 'n verwysingsraamwerk vir observasie, data-insameling en data-analise dien. In hierdie navorsing word konsepte op 'n heuristiese wyse gegenereer tydens die verloop van fase 1 wat handel oor die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word. Hierdie konsepte word in kategorieë georden en benut in die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.

2.3.3.1.2 Modelle en teorieë

Alhoewel die konsep *model* en *teorie* dikwels as sinonieme gebruik word, onderskei Mouton en Marais (1993:138-139) tussen die twee konsepte op grond van die verklarende funksie van teorieë en die heuristiese funksie van modelle. 'n Teorie is 'n stel verbandhoudende konstruksie of konsepte, definisies en verhoudinge wat sistematies die beskouing van 'n fenomeen voorhou. Die doel is om te verklaar en te voorspel. Modelle het die volgende eienskappe: dit identifiseer sentrale probleme of vrae wat betrekking het op die fenomeen wat verken word en isoleer, vereenvoudig en sistematiseer die domein wat verken word. Modelle bied verduidelikende skemas en dit kan benut word om voorspellings te maak.

Die konsep *model* is toepaslik op die studie omdat daar nie gepoog word om 'n verklaring te gee vir die realiteite van die empiriese wêreld binne die konteks van 'n hospitaal nie. Die doel van die studie is nie verklaring of voorspelling nie. In hierdie studie verwys *model vir verpleegpersoneelverryking* na 'n konseptuele voorstelling van die realiteit wat ontwikkel word vanuit die verkenning van die behoeftes en probleme soos deur die deelnemers beleef en ervaar is, en wat sistematies gekonstrueer word met toepaslike konsepte en essensiële komponente asook 'n teoretiese begroning (Riehl & Roy, 1980:7).

Die aard van konseptuele raamwerke word diagrammaties in figuur 2.2 vir duidelikheid voorgehou. Die spesifieke eienskappe word in donker aangetoon.

	Tipologie	Model	Teorie
Funksies	Klassifiseer	Klassifiseer	Klassifiseer
	Kategoriseer	Kategoriseer	Kategoriseer
		Heuristies	Heuristies
		Ontdekkend	Ontdekkend
			Verklaar

FIGUUR 2.2 DIE AARD VAN KONSEPTUELE RAAMWERKE

(Mouton & Marais, 1993: 144)

2.3.3.2 *Benaderinge tot modelontwikkeling*

Drie benaderinge word benut in die studie soos beskryf deur Walker en Avant (1995:28-29) naamlik analise, sintese en derivasie.

In **analise** vind die uitklaring, verfyning en verskerping van konsepte, stellings en modelle of teorieë plaas. Analise word benut om die geheel in verskillende komponente te ontleed sodat dit beter verstaan word (Walker & Avant, 1995:28-29). In die bereiking van die doelwit vind analise van die empiriese data plaas ten einde konsepte uit die gegenereerde data te identifiseer om sodoende 'n model vir verpleegpersoneelverryking te beskryf.

Deur **sintese** word die gedeeltes van inligting wat nog nie verbind is nie benut om konsepte, stellings en teorieë te vorm (Walker & Avant, 1995:28). In hierdie studie word die geïdentifiseerde konsepte gebruik om stellings te sintetiseer wat die werklikheid van die behoeftes en probleme soos beleef deur die deelnemers, te beskryf. Die stellings word verbandhoudend tot mekaar beskryf in 'n raamwerk waarop die model vir verpleegpersoneelverryking geskoei is.

Deur **derivasië** word 'n analogie of metafoor benut om 'n konsep, stelling of teorie van een konteks na 'n ander konteks te herdefinieër (Walker & Avant, 1995:29). In die ontwikkeling van die verpleegmodel vir verpleegpersoneelverryking word metafore vanuit die bestuursveld benut en binne die verpleegpraktyk toegepas.

2.4 NAVORSINGSMETODE

Die navorsingsmetode verwys in hierdie studie na die metode van data-insameling, identifisering van die navorsingspopulasie en steekproefneming, data-analise asook die vertrouenswaardigheidstrategieë. Die navorsingsmetode en -strategieë wat in die studie benut is word verbandhoudend tot die navorsingsfases skematies voorgestel in tabel 2.1, waarin 'n skema voorgehou word om die proses visueel vir duidelikheid voor te hou (figuur 2.1). Daarna word die metode sistematies beskryf.

2.5 FASE 1: VASSTELLING VAN BEHOEFTE EN PROBLEME VAN VERPLEEGPERSONEEL

Doelwit 1: Die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word.

Die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel word verken en beskryf deur gebruik te maak van verskillende bronne. Die bronne sluit in menslike gedrag en menslike eienskappe, asook produkte van menslike gedrag en menslike aktiwiteite (Mouton & Marais, 1993:76-77).

2.5.1 Databronne in fase 1

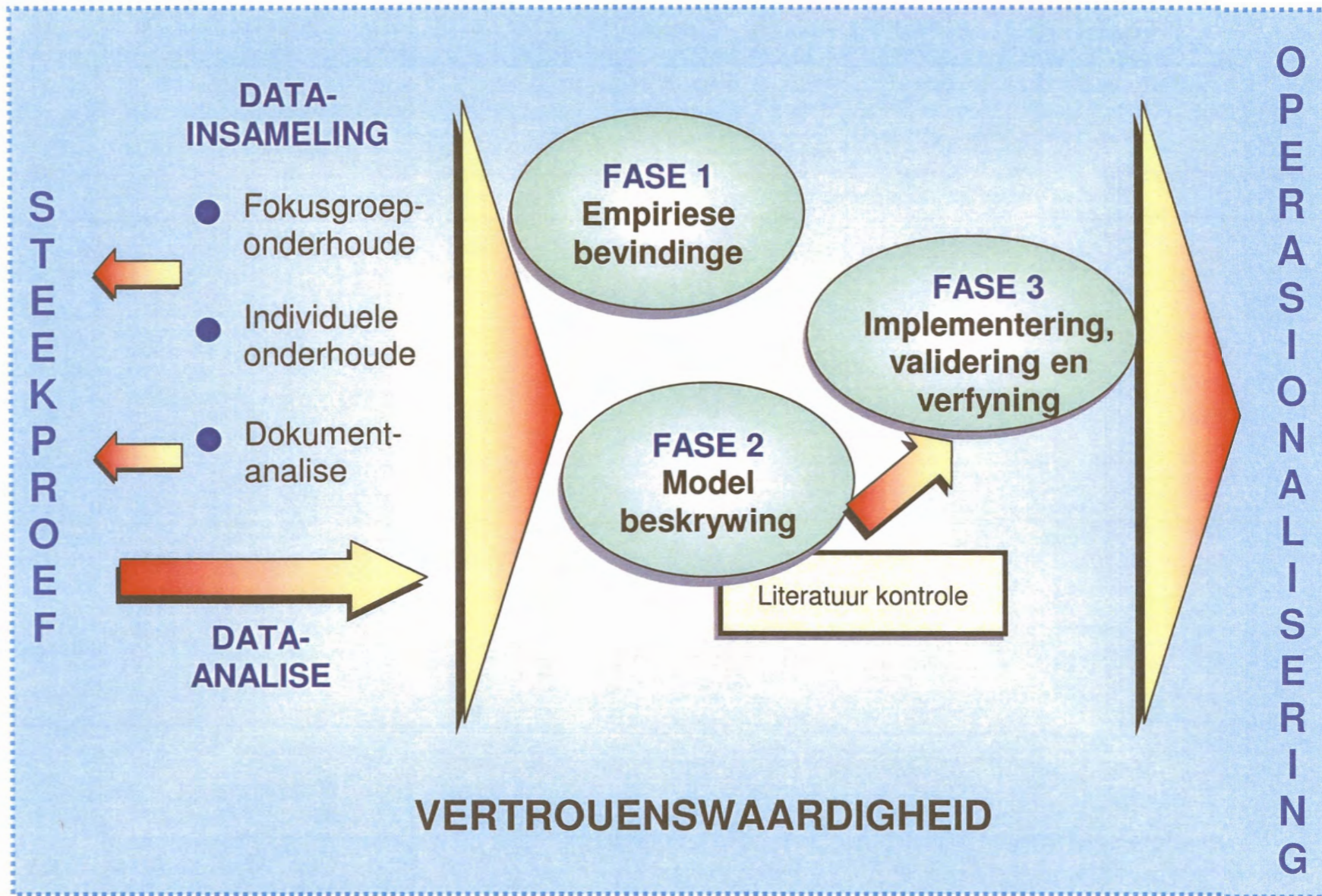
Die databronne van menslike gedrag en menslike eienskappe verwys na:

□ Indirekte observasie of waarneming wat verbale gedrag op geskrewe en verbale response van die deelnemers insluit word gebruik in die proses van data-insameling (Mouton & Marais, 1993:77). In hierdie studie verwys indirekte observasie na fokusgroeponderhoude en individuele onderhoude wat met deelnemers gevoer is. Waarneembare gedrag en eienskappe (Mouton & Marais, 1993:77) sluit in: alle vorme van menslike gedrag, sosiale interaksie, en observeerbare eienskappe soos geslag, fisiese plek, nie-verbale gedrag en deelnemende observasie in ongestruktureerde situasies. Deur die verloop van fase 1 word deelnemende observasie en observasie van nie-verbale gedrag as bronne benut vir data-generering oor die empiriese wêreld binne 'n hospitaalkonteks.

Produkte van menslike gedrag en eienskappe sluit in fisiese spore en argivale bronne (Mouton & Marais, 1993:77). Fisiese spore is ondermeer fisiese getuies van menslike gedrag in die verlede. In die konteks van hierdie studie verwys dit spesifiek na die benutting van dokumente, mediaberigte en korrespondensie soos briewe en rekords wat deur die hospitaalbestuur en Departementshoofde van die Skool vir Geneeskunde, Universiteit van Pretoria betrokke by die Kalafong Hospitaal aan die navorser gegee is. Die empiriese wêreld binne die Kalafong Hospitaal is kompleks en daarom word 'n verskeidenheid van data-insamelingsmetodes benut in die verloop van fase 1, naamlik: indirekte observasie wat verwys na fokusgroeponderhoude en individuele onderhoude, deelnemende observasie, fisiese spore en argivale bronne. Die data-insamelingsmetodes van fase 1 word skematies saamgevat (tabel 2.2).

TABEL 2.1: TEORIE GENERERING, NAVORSINGSMETODE EN DENK-STRATEGIEË IN DIE ONTWIKKELING VAN DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING

TEORIE GENERERING	NAVORSINGSFASE	NAVORSINGSMETODE	STRATEGIEË
<p>Stap 1: Konsep-analise Konsep: -identifisering; -definiëring; en -klassifikasie.</p> <p>Sentrale konsep: Model vir verpleegpersoneelverryking.</p>	<p>Fase 1: Verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne die konteks van 'n hospitaal wat in 'n verpleegpersoneelverrykingsmodel aangespreek behoort te word.</p>	<p>Date-insameling: Indirekte waarneming/observasie wat insluit fokusgroep-onderhoude en individuele onderhoude. Deelnemende observasie. Fisiese spore en argivale bronne. Populasie en steekproef: Teoretiese steekproefneming. Data-analise: Inhouds-analise. Kategorisering. Literatuur kontrole. Gevolgtrekkings tov inhouds-analise.</p>	<p>Deduktiewe en induktiewe redenering.</p> <p>Onderhoude:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Induktief. • Deduktief • Analities. • Sintese.
<p>Stap 2: Konstruksie van teoretiese verhoudinge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhouding tussen konsepte. • Tentatiewe model.. • Verhoudingstellers van model . 	<p>Fase 2: Beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking .</p>	<p>Benut resultate van fase 1. Genereer verbandhoudende stellings gebaseer op gedefinieëerde konsepte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Induktief. • Deduktief. • Analise. • Sintese. • Derivasie. • Modelbou.
<p>Stap 3: Struktuur en proses- beskrywing.</p>	<p>Fase 3: Implementering, validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.</p>	<p>Struktuur en proses beskrywing. Evaluering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Induktief. • Deduktief. • Derivasie. • Sintese. • Modelbou.
	<p>Die beskrywing van riglyne vir operasionalisering vir 'n model vir verpleegpersoneelverryking by Kalafong Hospitaal.</p>	<p>Praktyk, navorsing en onderrig. Operasionalisering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deduktief. • Hipotese-generened.



FIGUUR 2.3: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN VERBAND TUSSEN FASE 1, 2 EN 3.

TABEL 2.2 DATA- INSAMELING VAN FASE 1

(Vergelyk Mouton & Marais, 1993:76-79)

Databronne	Data-insamelingsmetodes		Toepassing in Fase 1
Menslike gedrag. Menslike eienskappe.	Indirekte observasie/ waarneming. Waarneembare gedrag en eienskappe.	Verbale gedrag op geskrewe en verbale response: <input type="checkbox"/> fokusgroep onderhoude; en <input type="checkbox"/> individuele onderhoude. Menslike gedrag, sosiale interaksie, observeerbare / waarneembare eienskappe soos: <input type="checkbox"/> geslag; <input type="checkbox"/> fisiese lokaliteit/plek; <input type="checkbox"/> nie-verbale gedrag; en <input type="checkbox"/> deelnemende observasie in ongestruktueerde situasies.	Fokusgroeponderhoude. Individuele onderhoude. Deelnemende observasie. Nie-verbale gedrag.
Produkte van menslike gedrag. Menslike eienskappe.	Fisiese spore. Argivale bronne.	Fisiese getuienis van menslike gedrag in die verlede. Uitgebreide versameling van: <input type="checkbox"/> mediaberigte; <input type="checkbox"/> gevallestudies; <input type="checkbox"/> briewe; en <input type="checkbox"/> rekords/dokumente.	Dokumente. Mediaberigte. Korrespondensie, soos briewe. Rekords.

2.5.2 Tegnieke gebruik in data-insameling in fase 1

Alvorens met die studie begin is, is bekendstellingsessies (n=5) met die Kalafong Hospitaal se mediese en verpleegpersoneel (n=84) gehou om die behoefte aan so 'n studie te bepaal en om die deelnemers se ondersteuning te verkry. Ter aanvang van insameling van data is 'n volledige besigtigings-deurloop deur die hospitaal gedoen. Die doel hiermee was om 'n indruk en oorsig te kry van die unieke behoeftes en probleme binne die hospitaal. Aangesien die navorser ervare is in die akkreditasie van hospitale as kliniese leerfasiliteite vir verpleegopleiding volgens bepaling van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, was dit 'n baie nuttige metode om onmiddellik 'n oorsig oor die hospitaal te kry. 'n Verslag is geskryf oor die deurloop vir latere gebruik en triangulering van ingesamelde data. Die hoofprobleme wat geïdentifiseer is tydens die deurloop word in hoofstuk drie, vier en vyf voorgehou.

2.5.3 Fokusgroeponderhoude

Volgens Krueger (1988:18,27) verwys 'n fokusgroep na 'n spesiale tipe groep met betrekking tot die doel, grootte, samestelling en prosedure. Die navorser het fokusgroeponderhoude benut as 'n versigtig-beplande bespreking om deelnemers se ervaring en belewenis met betrekking tot die fenomeen te verkry (Krueger, 1988:29-31; De Vos, 1998:315). Die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks is verkry en benut as fundering van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.

Die fokusgroeponderhoude het voldoen aan die volgende elemente naamlik dat dit:

(a) 'n groep persone was wat (b) saamgestel is uit 'n reeks groepe, en wat oor (c) sekere eienskappe beskik het (d) om sekere data te bekom (e) wat van 'n kwalitatiewe aard was en wat op (f) 'n gefokusde wyse plaas gevind het (Krueger, 1988:27; Steward & Shamdasani, 1990:10). Elkeen van hierdie ses elemente word as volg bespreek en daar word aangedui hoe dit op die studie van toepassing is.

2.5.3.1 Elemente van fokusgroeponderhoude

(a) Samestelling van fokusgroeponderhoude

Volgens Morse en Field (1996:26) word 'n homogene groep mense geselekteer vir die afneem van fokusgroeponderhoude om interaksie en deelname te bevorder (De Vos, 1998:314). Fokusgroepe wissel in grootte, gewoonlik van vier tot vyftien persone. Vir die bereiking van die gestelde doelwit van fase 1, naamlik die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word, is verskeie kategorieë deelnemers genooi om aan die fokusgroeponderhoude deel te neem. Hierdie dialogiese formaat het aanmoediging, ondersoeking en stimulering van denke toegelaat (De Vos, 1998:314; Morse & Field, 1996:26; Krueger, 1994:27; Stewart & Shamdasani, 1990:10).

(b) Reeks fokusgroeponderhoude

'n Reeks fokusgroeponderhoude (De Vos, 1998:315) is gebruik om die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog. In totaal is tien (n=10) fokusgroeponderhoude en nege (n=9) opvolg-fokusgroeponderhoude (n=9) afgeneem, wat in grootte gewissel het van drie (n=3) tot twintig (n=20) persone (kyk: Bylae G vir 'n volledige uiteensetting). Die data wat gegenereer is uit die fokusgroeponderhoude is by opvolg-fokusgroeponderhoude aan deelnemers voorgehou om te bevestig dat dit 'n korrekte weergawe is van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel. Sodoende dra dit by om die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog.

(c) Eienskappe

Deelnemers is geselekteer volgens hul homogeniteit binne die konteks van die Kalafong Hospitaal (De Vos, 1998:314; Krueger, 1994:17; Stewart & Shamdasani, 1990:10). Hierdie homogeniteit het vrymoedigheid tot deelname gestimuleer en verhoed dat deelnemers deur ander kategorieë deelnemers bedreig gevoel het. Deur homogene groepe vir fokusgroeponderhoude te selekteer het die navorser die deelgenootskap van die deelnemers en die waardes waaroor hulle moontlik saamgestem en geverbaliseer het, verhoog, aangesien sekere groepe minder vry kon voel oor self-onthulling in die teenwoordigheid van deelnemers van ander gesondheidsprofessies en posvlakke (De Vos, 1998: 314; Morse & Field, 1996:26; Krueger, 1994:27; Stewart & Shamdasani, 1990:10).

(d) Kwalitatiewe aard

Die benutting van fokusgroeponderhoude laat die generering van kwalitatiewe data toe naamlik woorde, kategorieë, en uitdrukkings soos deur die deelnemers self gebruik (De Vos, 1998:315; Krueger, 1994:19; Denzin & Lincoln, 1994:365). Vanuit hierdie ryk data is 'n model ontwikkel vir verpleegpersoneelverryking.

(e) Gefokusde wyse

Die benutting van fokusgroeponderhoude in fase 1 vind op 'n gefokusde wyse plaas (De Vos, 1998:314). Die fokus of doel van die onderhoude is om data te genereer oor die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel binne Kalafong hospitaal. Die doel van hierdie fokusgroeponderhoude was nie die bereiking van konsensus nie, maar om data te genereer oor die belewenisse en ervarings van die deelnemers ten opsigte van spesifieke aspekte van die realiteit soos deur die deelnemers self beleef (De Vos, 1998:315; Krueger, 1994:20).

2.5.3.2 Proses van fokusgroeponderhoude

Op grond van die inligting verkry uit verskeie bronne het die navorser 'n bepaalde proses gevolg vir die afneem van die fokusgroeponderhoude (Krueger, 1991; Steward & Shamdasani, 1990; De Vos, 1998; Morgan, 1993). Hierdie proses het die volgende fases ingesluit: 'n beplanningsfase, ontwerp van vrae, seleksie van 'n fasiliteerder, afneem van die fokusgroeponderhoude, benutting van onderhoudvoeringstegnieke, data-vaslegging, data-analise, en die opskryf van die empiriese bevindinge (hoofstukke drie, vier en vyf).

(a) Beplanningsfase

Ten einde die doel van hierdie studie te bereik is spesiale aandag gegee aan die werwing en seleksie van die deelnemers (De Vos, 1998:316-317).

Die navorser het gepoog om so veel as moontlik kategorieë van personeel vir die afneem van fokusgroeponderhoude in te sluit om sodoende die belewenis en ervaringe van deelnemers op 'n wye verskeidenheid vlakke binne die hospitaal te bekom en te verseker dat deelnemers uit verskillende agtergronde ingesluit word in die studie. Die navorser het sekere kriteria vir elke fokusgroeponderhoud gestel en hierdie kriteria word by die populasie en steekproefneming van fase 1 beskryf.

Om die hospitaalbestuur se volle samewerking en ondersteuning vir die navorsingprojek te verkry is hulle van die staanspoor af betrek en ten volle ingelig oor die projek. Hulle positiewe samewerking het verseker dat deelnemers opgedaag het vir die fokusgroeponderhoude. Die hospitaalbestuur het toestemming verleen dat deelnemers die geskeduleerde fokusgroeppsessies tydens werksure kon bywoon.

Tee en verversings is voorsien om die tyd wat die personeel van hul diens vrygestel was te verminder en te vergemaklik, en om 'n gemoedelike atmosfeer te skep. Uitnodigings na die fokusgroeponderhoude is persoonlik aan elke mediese departement en verpleegeenheid gerig. Die deelnemers is telefonies herinner aan die uitnodiging.

Vir die afneem van fokusgroeponderhoude is verskeie lokale volgens die beskikbaarheid van die deelnemers geïdentifiseer. Volgens Krueger (1994:48) behoort 'n neutrale omgewing geselekteer te word. Aangesien die deelnemers almal binne die hospitaal 'n diens verrig, was dit nie moontlik om 'n totale neutrale omgewing te verskaf nie. Met die seleksieproses van lokale is voldoende ventilasie en agtergrond- en verkeergeraas so ver moontlik uitgeskakel. Stoele is geposisioneer om die moderator in staat te stel om te alle tye oogkontak met die deelnemers te behou. 'n Kontrolelys vir die afneem van fokusgroeponderhoude is opgestel om te verseker dat geen logistieke probleme te voorkom (Kyk: Bylae H).

(b) Voorbereiding van die vrae

Stewart en Shamdasani (1990:92) verklaar dat die inleiding (aanvang) van die fokusgroeponderhoud rigtinggewend is ten opsigte van die deelnemers se omgang met mekaar en die daaropvolgende agenda. Die aard van die vrae het die deelnemers gerig om na te dink oor die verlede om sodoende hul persepsies oor die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel binne die hospitaalkonteks te kon verbaliseer (Krueger, 1988:64).

Spesiale aandag is gegee aan die voorbereiding van die vrae. Die kwaliteit van vrae hou direk verband met die kwaliteit van antwoorde. Deel van die vrae se eienskappe is die verband wat dit met die kognitiewe prosesse van die deelnemer het. Die verbale interaksie van deelnemers met mekaar het gelei tot die vrymoedigheid om hulle persepsies van behoeftes en probleme

by verpleegkundiges te bespreek en aan die lig te bring (Krueger,1994:59; De Vos, 1998:319).

□ Oop-einde-vrae

Oop-einde-vrae laat die respondente toe om die rigting van response te bepaal, asook om 'n vraag vanuit 'n verskeidenheid van dimensies te beantwoord (Krueger, 1988:60). Na deeglike en sistematiese oorweging en beplanning is besluit om een oop-einde-vraag te stel:

□ **Wat is die behoeftes of probleme wat die verpleegpersoneel binne die hospitaal ervaar?**

Tydens die eerste fokusgroeponderhoud is agtergekom dat die deelnemers die vraag te wyd en vaag gevind het en 'n tweede vraag is daarna bygevoeg:

□ **Wat het 'n verpleegkundige nodig om haar/sy rol en verantwoordelikhede binne die hospitaal te vervul?**

(c) Seleksie van 'n fasiliteerder/ moderator

Krueger (1988:72) benut die konsep moderator vir die persoon wat die fokusgroeponderhoud lei. Vanweë die navorser se kundigheid en ondervinding in professionele verpleegkunde, verpleegonderrig en -administrasie, asook vaardigheid in die tegniek van fasilitering van multikulturele groepe is besluit dat die navorser self as moderator sal optree vir die afneem van fokusgroeponderhoude. Vir die doel van hierdie studie is die konsep fasiliteerder meer toepaslik.

'n Assistent-moderator/ fasiliteerder is benut in die eerste vier fokusgroeponderhoude (n=4), maar is daarna onttrek omdat die navorser in staat was om self die logistiek en datavaslegging te beheer. Die doel van 'n assistent-moderator by die aanvanklike fokusgroeponderhoude was om onder meer omvattende veldnotas af te neem, een van die audiobandspelers te beheer, logistieke probleme aan te spreek, en aandag te gee aan enige steurings. Tydens die fokusgroeponderhoude het die assistent-moderator die nie- verbale gedrag van die deelnemers genoteer (Krueger, 1988:74).

(d) Vloei van fokusgroeponderhoude

Gedurende die afneem van die onderhoude het die fasiliteerder gefokus op die vloei van die bespreking en die afneem van minimale veldnotas. Die veldnotas het die fasiliteerder ondersteun om vrae te rig oor aspekte wat deur deelnemers geverbaliseer is sodat meer inligting daarvoor bekom kon word (Krueger, 1988: 72-74; Krueger, 1994:101-103; Morgan, 1993).

Die fokus is gehou op die toepaslikheid van die bespreking en die gebruik van effektiewe luistervaardighede. Die fasiliteerder het spesiaal daarop gelet om 'n positiewe houding te openbaar. Respek vir die deelnemers is ten alle tye getoon. Selfdissipline is gehandhaaf. Die fasiliteerder was professioneel gefokus op die doel wat bereik moes word. Belangstelling is getoon in die persoon en wat sy/hy geverbaliseer het. Die stemtoon is gemaklik en rustig gehou. Kommunikasie het geskied op die vlak van die deelnemers. Aandag is gegee aan persoonlike voorkoms wat by die omstandighede gepas het en wat nie-bedreigend voorgekom het nie. Met hierdie optrede het die navorser gepoog

om 'n opregte vertrouensverhouding met die deelnemers te skep en te handhaaf.

(e) Afneem van fokusgroeponderhoude

Volgens Krueger (1988:80) is die aanvang van die bespreking krities. Met die aanvang van die fokusgroeponderhoude was aandag gegee aan die stel van prosedurereëls en die skep van 'n nie-bedreigende atmosfeer. Om die sukses van die fokusgroeponderhoude te verseker is die volgende patroon gevolg: verwelkoming, oorsig oor die studie, prosedurereëls, vraagstelling, bespreking en afsluiting.

□ Verwelkoming

Al die deelnemers is welkom geheet. Beide die fasiliteerder en assistent-moderator is voorgestel. Tee en verversings is bedien om die deelnemers die geleentheid te gee om gemoedelik te verkeer. Dit het gehelp om 'n nie-bedreigende omgewing te skep asook om 'n atmosfeer van vertroue, openheid en vriendelikheid te verseker (Steward & Shamdasani, 1990:92; De Vos, 1998:320).

□ Oorsig oor die studie

'n Oorsig oor die studie is gegee en die seleksieproses van deelnemers is uitgeklaar. Vrywillige skriftelike toestemming tot deelname is verkry (Kyk: Bylae D). Aktiewe deelname van al die deelnemers is aangemoedig.

□ **Prosedurereëls**

Met elke fokusgroeponderhoud is prosedurereëls gestel (Krueger, 1994:113). Die prosedurereëls wat gestel is by die aanvang van die fokusgroeponderhoude het die volgende ingesluit: dat daar geen regte of verkeerde antwoorde is nie; die reg van elke deelnemer om persepsies te stel, wedersydse respek vir mekaar se siening; geleentheid vir elke deelnemer om sieninge te verbaliseer en die beginsel van slegs een persoon wat op 'n keer mag praat. Verder is versoek dat niemand die naam van enige deelnemer of stellings wat gemaak is tydens die afneem van onderhoude openbaar maak nie. Die duur van die fokusgroeponderhoud asook reëlins in verband met verversings en persoonlike fisiese geriewe is ook gekommunikeer.

(f) Vraagstelling en vloei van bespreking

Die fasiliteerder het die vraag gestel en die deelnemers die geleentheid gegee om individueel te reageer. Die deelnemers is aangemoedig om oop en eerlik te wees. Spesiale aandag is gegee om die vloei van die interaksie te verseker asook die effektiewe hantering van dominerende, beskeie en kundige deelnemers sodat 'n balans gehou kon word tussen stiller en dominerende deelnemers. Sekere tegnieke is toegepas om kommunikasie tydens die fokusgroeponderhoud te bevorder (Okun, 1992:70-71; Stewart & Shamdasani, 1990:95; Morgan, 1993:74).

Volgens Goodale (1982:13) behoort die onderhoudvoeder te weet wanneer om 'n vraag te vra, kop te knik, te reflekteer of niks te sê nie. Verder onderskei Goodale tussen twee soorte

tegnieke, naamlik nie-rigtinggewende en rigtinggewende tegnieke. Beide hierdie tegnieke is in die studie toegepas. Nie-rigtinggewend tegnieke het onder meer pousering; kop-knik; reflektering van idees en gevoelens; en opsomming ingesluit. Rigtinggewende tegnieke het aanmoediging ingesluit met vrae soos; *vertel my meer* en *waarom dink jy is dit so* sowel as spesifieke polsing (*probing*). Verder is elke deelnemer die geleentheid gebied om persepsies te verbaliseer. Die navorser het elke deelnemer die geleentheid tot deelname gegee (Babbie, *et al.* 2000:293).

(g) Datavaslegging van fokusgroeponderhoude

Volgens Krueger (1988: 79) word fokusgroeponderhoude op twee maniere vasgelê naamlik op oudioband en deur geskrewe notas. Beide tegnieke is in die studie benut. Oudio-opnames is gemaak om die verbale response van die deelnemers vas te lê. Beide die fasiliteerder en assistent moderator het veldnotas afgeneem. Om te voorkom dat die rekordering van data die spontaneïteit van die deelnemers beïnvloed is aandag gegee aan die plasing van die oudiotoestelle buite die opsigtelike gesigsveld. Toestemming is vooraf van deelnemers verkry vir oudioband-opnames van die fokusgroeponderhoude.

(h) Afsluiting van die fokusgroeponderhoud

Die moderator het aan die einde van die fokusgroeponderhoud die geleentheid gebied vir byvoeging van enige verdere kommentaar. 'n Oop-einde vraag is gestel, byvoorbeeld: *Is daar enige ander gedagtes wat u wil byvoeg?; Het ons enige iets uitgelaat?* Deelnemers is bedank en die proses vorentoe, wat

ondermeer die datums vir opvolg fokusgroeponderhoude ingesluit het is uitgeklaar (Krueger,1988:88).

2.5.3.3 Populasie en steekproefneming vir fokusgroep- onderhoude in fase 1

Die populasie en steekproef verwys na die hospitaal wat vir die doel van die studie geselekteer is en die deelnemers binne die konteks van die hospitaal. Omdat die doel van die studie nie veralgemening is nie, is slegs een hospitaal vir die doel van die studie geselekteer. Die studie handel net oor die verstaan van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne die konteks van 'n hospitaal wat benut word vir die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. 'n Doelgerigte seleksie van een hospitaal naamlik die Kalafong Hospitaal is uitgevoer.

Die doel van hierdie studie is nie om te veralgemeen nie. Die steekproef van die deelnemers is vanuit die totale populasie personeel (n=2400) verbonde aan die Kalafong Hospitaal geneem. Morse en Field (1996:130) verwys na 'n teoretiese steekproefneming as die proses waardeur die navorser gesamentlike data insamel, kodeer en analiseer asook vergelyk met navorsings- en teoretiese literatuur om sodoende 'n model te ontwikkel soos wat dit ontplooi. Teoretiese steekproefneming is benut in die seleksie van deelnemers. Elke fase van die data-insamelingsproses is beïnvloed deur die voorafgaande data-analise. Deelnemers is geselekteer soos wat die studie ontvou het en nie voor die aanvang van die navorsing nie. Die navorser het doelgerig deelnemers geselekteer wat oor sekere eienskappe beskik om meer duidelikheid van sekere fasette van die fenomeen wat bestudeer word te verkry ten einde die doel

van die studie te bereik. Ewekansige steekproefneming is nie vir die doel van hierdie studie toepaslik nie (Krueger, 1994:86-87; Denzin & Lincoln, 1994:230; Burns & Grove, 1993:246; Polit & Hungler, 1993:173-174) .

Na deeglike oorweging is besluit om sekere aspekte in die seleksie van die deelnemers en die grootte van die fokusgroeponderhoude te oorweeg. Vir die seleksie van die deelnemers is besluit dat verskillende kategorieë verpleegpersoneel, verskillende kategorieë mediese personeel uit verskillende dissiplines, mediese- en verpleegkunde studente, en hospitaalbestuur ingesluit moes word in die fokusgroeponderhoude. Met die insluiting van 'n groot verskeidenheid deelnemers was dit moontlik om die unieke behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel bloot te lê.

Die deelnemers vanuit die verpleegpersoneel het die volgende ingesluit: verpleegbestuurders, eenheidsbestuurders, senior- en professionele verpleegkundiges, ingeskrewe verpleegkundiges, verpleeghulpe en verpleegkunde studente.

Mediese personeel van verskillende dissiplines naamlik: Interne Geneeskunde, Pediatrie, Urologie, asook Obstetrie en Ginekologie is genooi om aan fokusgroeponderhoude deel te neem.

Daar is aan elke dissipline 'n fokusgroeponderhoud toegestaan en die deelname van al die verskillende personeel kategorieë sowel as van mediese studente is aangemoedig.

Die logika by die bepaling van die steekproef en omvang van die studie hou verband met die doel van die studie, metode van data-insameling en die beskikbaarheid van deelnemers.

Riglyne soos beskryf deur Schumacher en McMillan (1993:382-383) is benut in die bepaling van die grootte van die steekproef wat insluit: die beskikbaarheid van die deelnemers, die bereiking van 'n data-versadigingpunt en konsensus beoordeling.

Alhoewel die data vroeg in die proses reeds versadig was, is die fokusgroeponderhoude ook benut as 'n strategie om personeel betrokke te kry en eienaarskap van die studie te aanvaar, en om die proses van implementering te vergemaklik.

Die tien (n=10) **fokusgroeponderhoude** met deelnemers (n=81) is as volg saamgestel (Kyk: Bylae G vir Skematiese uiteensetting):

- Een met verpleegdiensbestuurders (deelnemers n=8)
- Een met eenheidsbestuurders (deelnemers n=19)
- Drie met verskillende groepe senior- en professionele verpleegkundiges (deelnemers n=21)
- Een met ingeskrewe verpleegkundiges, verpleeghulpe, en verpleegkunde studente (deelnemers n=11)
- Een met mediese personeel van die Departement Pediatrie (deelnemers n=3)
- Een met mediese personeel van die Departement Obstetrie en Ginekologie (deelnemers n=9)
- Een met mediese personeel van die Departement Urologie (deelnemers n=3)

- Een met mediese personeel van die Departement Interne Geneeskunde (deelnemers n=8)

Opvolg fokusgroeponderhoude (n=9) is gehou met die volgende deelnemers (n=87) om data voor te hou, te bevestig en byvoegings of korreksies te maak:

- Een met verpleegdiensbestuurders (deelnemers n= 7)
- Een met eenheidsbestuurders (deelnemers n=12)
- Vier met verskillende groepe senior- en professionele verpleegkundiges (deelnemers n=54)
- Een met ingeskrewe verpleegkundiges, verpleeghulpe, en verpleegkunde studente (deelnemers n=8)
- Een met mediese personeel (deelnemers n=6)

Die beskikbaarheid van die deelnemers het die grootte van die steekproef bepaal. Al die deelnemers was verbonde aan die hospitaal en was vrygestel van diens. Die deelnemers het die multikulturele en diverse gemeenskap van die hospitaal gereflekteer. Die werksverpligtinge van die deelnemers het die grootte van die steekproef bepaal. Die versadiging van data is in ag geneem. Data-insameling en data-analise is 'n interaktiewe proses wat siklies oorvleuel (Schumacher & McMillan, 1993:383-384). Soos die proses van data-insameling en data-analise plaasgevind en gevorder het, het die navorser die daaropvolgende strategieë van data-insameling vir fase 1 bepaal.

2.5.4 Data-insameling deur middel van individuele onderhoude

Omvangryke individuele diepte-onderhoude is met geselekteerde deelnemers gevoer. Die deelnemers het ingesluit (a) mediese

personeel en (b) pasiënte. Talbot (1995:476) verwys daarna as “conversation with a purpose”. Dit het die geleentheid gebied om komplekse gevoelens en persepsies te verstaan asook om sekere response en stellings uit te klaar. Verder het dit die navorser in staat gestel om sekere feite te verifieer (Talbot, 1995:476; Woods & Catanzaro, 1988:300; Kvale, 1996:19-20). Soos met die beplanning van fokusgroeponderhoude is sekere aspekte in gedagte gehou, naamlik beplanning van die vraag vir die individuele onderhoude, bepaling van wie aan die onderhoude sou deelneem, duur van die onderhoud, asook die keuse van 'n lokaal en die voorbereiding van die omgewing.

(a) Beplanning van die vrae

Voldoende en toepaslike inligting was nodig om te verseker dat die navorser inligting konstrueer oor die totaliteit van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne die konteks van 'n hospitaal wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word. Indien die seleksie van deelnemers sou toelaat dat slegs 'n bepaalde siening verkry word, kon dit die vertrouenswaardigheid van die studie beïnvloed (Robert & Burke, 1989:259; Denzin & Lincoln, 1994:230).

Aangesien fase 1 slegs verkenning en beskrywing ten doel het is besluit om (a) dieselfde vrae wat vir die fokusgroeponderhoude gebruik is aan die mediese personeel te vra, (b) en die volgende oop-einde-vrae aan die pasiënte te vra:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Hoe ervaar u die verpleegsorg?2. Watter leemtes ervaar u in die sorg wat die verpleegpersoneel lewer? |
|---|

3. Wat dink u kan die verpleegpersoneel doen om die leemtes aan te spreek of beter sorg te lewe?
4. Is daar enige ander verwagtinge wat u het van die verpleegpersoneel?

(b) Deelnemers

Met die doel van die studie voor oë is daar ná deeglike besinning besluit om individuele onderhoude met die hoofbestuur van die hospitaal asook mediese departementshoofde te voer. Die deelname van die bestuur en departementshoofde sou ook kon bydra tot bereidwilligheid om die navorsing te ondersteun veral met die implementering van die navorsingsbevindinge. Individuele onderhoude is ook gevoer met geneeshere wat nie vir fokusgroeponderhoude beskikbaar was nie, maar wat gewillig was om aan die studie deel te neem. Daar is ook besluit om pasiënte as 'n deelnemersgroep te betrek om te verseker dat 'n holistiese siening opgebou word op grond van die siening van die verskillende rolspelers/ deelnemers. Die doel met hierdie onderhoude was om te bevestig dat dit wat die verpleeg- en mediese personeel verbaliseer in ooreenstemming is met die pasiënt se ervaring en belewenis binne die konteks van Kalafong Hospitaal. Pasiënte is vooraf geselekteer en ingelig oor die studie. Die navorser het die geleentheid aan die pasiënte gebied om te besluit oor deelname voordat die afspraak bevestig is en 'n onderhoud met die pasiënt gevoer is. Die gebruik van individuele onderhoude en die uitbreiding van die tipes deelnemers het teweeg gebring dat die data getrianguleer kon word en dit sou dan weer die vertrouenswaardigheid van die studie verhoog.

Die deelnemers (n=28) sluit in:

- Die superintendent (hoofuitvoerende beampte) (n=1)
- Adjunk-direkteur verplegingsdienste (n=1)
- Departementshoofde van:
 - Pediatrie (n=1)
 - Urologie (n=1)
 - Ginekologie en Obstetrie (n=1)
 - Interne Geneeskunde (n=1)
 - Chirurgie (n=1)
 - Ortopedie (n=1)
 - Huisartskunde (n=1)
 - Oor- Neus- en Keel (n=1)
 - Geneeshere (n=10)
 - Pasiënte (n=8)

(c) Duur

Die duur van die onderhoude het gewissel van 30 minute tot 60 minute, afhangende van die hoeveelheid tyd wat die deelnemer tot sy/haar beskikking gehad het. Die tyd is vooraf beplan en 'n afspraak was met die deelnemer gemaak (Talbot, 1995:307-308).

(d) Keuse van 'n lokaal en voorbereiding van die omgewing

Soos met die fokusgroeponderhoude was dit nie altyd moontlik om 'n ideale omgewing vir die afneem van die onderhoude te vind nie. Onderhoude met die bestuur van die hospitaal, departementshoofde en geneeshere is in 'n geskikte kantoor gevoer. Gesprek is met pasiënte in die sale gevoer. Privaatheid

en die skep van 'n nie-bedreigende omgewing het spesiale aandag geniet.

(e) Seleksie van 'n onderhoudvoerder

Soos vir die fokusgroeponderhoude het die navorser self as onderhoudvoerder opgetree.

2.5.5 Data-insameling deur observasie/ waarneming in fase 1

Babbie, *et al.* (2000:294-295) onderskei tussen eenvoudige en deelnemende waarneming. In die geval van eenvoudige observasie is die navorser 'n buitestaander terwyl met deelnemende observasie is die navorser deel van die groep wat geobserveer word. In hierdie studie was die navorser nie totaal 'n buitestaander nie en ook nie heeltemal deel van die groep nie. Die navorser is verbonde aan die Universiteit van Pretoria wat 'n sub-kampus op die terrein van die hospitaal het. Sy was in die studie deel van die proses maar nie deel van die struktuur van die hospitaal nie. Deur goeie rapport met die deelnemers te ontwikkel is daar gepoog om potensieële spanning aan te spreek. Deelnemende observasie moes die data wat in die fokusgroep- en individuele onderhoude gegenerer is in die praktyk te bevestig. Dit het ook triangulering bevorder en so die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog.

Deelnemende observasie het geskied deur op akademiese of gewone saalrondes saam met die gesondheidsorgspan te gaan. Alhoewel die navorser gepoog het om net as waarnemer op te tree, was dit nie altyd moontlik om net te observeer nie omdat die

gesondheidsorgspan soms insette van die navorser verwag het vanweë kundigheid en vaardigheid in verpleging. Afsprake is met die gesondheidsorgspan (departementshoof en eenheidsbestuurder) gemaak om op saalrondtes te gaan. Veldnotas is gemaak van direkte empiriese waarnemings (wat gesien en gehoor word) en interpretasies daarvan (wat gedink word). Die navorser het tydens die saalronde die kommunikasie en interaksie tussen die verskillende lede van die multidissiplinêre span, die betrokkenheid van die spanlede in die behandeling van die pasiënt en die kwaliteit van pasiëntsorg en eenheidsbestuur waargeneem. Waarnemings is onmiddelik neergeskryf en waar dit nie moontlik was om data gedurende die rondte te noteer nie is dit so spoedig moontlik na afloop van die rondte neergeskryf.

2.5.6 Data- insameling deur middel van dokumente

In die verloop van die studie is verskeie dokumente in die vorm van briewe en koerantberigte aan die navorser gegee. Babbie, *et al.* (2000:304) verwys hierna as die data-generering op die subjektiewe kant van roetine-institusionele ervaringe en prosesse. Om objektief te bly, en vanweë etiese implikasies, het die navorser besluit om die dokumente vir data-insameling in te skryf. Dit sou ook kon dien as verdere triangulering van data om die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog. Die dokumente is op dieselfde wyse geanaliseer as die fokusgroepe en individuele onderhoude. Die dokumente het waardevolle inligting verskaf en bevestig die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne die konteks van Kalafong Hospitaal. Hierdie inligting bevestig aspekte wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word.



Die ingesamelde data van die fokusgroep- en individuele onderhoude is vasgelê in die vorm van oudiobande en veldnotas. As gevolg van die sensitiwiteit van die data het die navorser self die oudiobande so gou moontlik na opname van die onderhoude getranskribeer en die bande is daarna vernietig. Data-insameling deur observasie was in die vorm van veldnotas, en die ingesamelde data vanuit ander bronne was in die vorm van dokumente. In die analitiese fase is al hierdie data as 'n eenheid benader. Die proses van data-insameling en -analise is nou verweef soos vroeër reeds aangedui is. Na elke fokusgroep- en individuele onderhoud is transkripsies geanaliseer en in die lig daarvan is die volgende data-insameling beplan.

Deur middel van data-analise is onderliggende patrone en temas blootgelê. Abstrakte denke is benut om moontlike betekenis aan data te heg en om onderliggende verbande te trek wat in die data begrond is (Talbot, 1995:480). Na 'n literatuur-verkenning is besluit om 'n sistematiese proses van inhouds-analise te volg vir die kodering soos beskryf deur Tesch in Creswell (1994:155; Talbot, 1995:481; Babbie, *et al.* 2000:386). Data is in Engels of Afrikaans ontleed afhangend van die oorspronklike taal van die onderhoud of dokument.

Die volgende proses van inhoudsanalise is dus in hierdie studie gevolg:

- 'n Geheelbeeld is gekry deur die data versigtig deur te lees. Idees is neergeskryf soos wat gedagtes gevorm het.

- Vrae is gevra soos: *Wat is die betekenis hiervan?; Wat gebeur hier?; Waaroor handel dit?* Die navorser het besin oor die onderliggende betekenis en gedagtes is in die kantlyn geskryf.
- 'n Lys van temas is gemaak. Soortgelyke temas is dan in kolomme saamgegroepeer as hoof-, unieke en ander temas.
- Die transkripsie, veldnotas of dokument is weer gelees. Die temas is afgekort as kodes wat langs die toepaslike gedeelte van die teks neergeskryf is. Die voorlopige organiseringskema is benut om te sien of nuwe kategorieë te voorskyn kom.
- Die mees gepaste beskrywende woord vir die tema is gesoek en 'n kategorie is gestel. Die lys van kategorieë is gereduseer deur die verbandhoudende temas te groepeer. Subkategorieë het ook hieruit ontwikkel.
- 'n Finale besluit oor die afkorting van elke kategorie is gemaak en die kodes is gealfabetiseer.
- Waar nodig het herkodering van die bestaande data plaasgevind.

Nadat hierdie proses voltooi is, is daar verdere maatreëls getref om die navorser se interpretasie te bevestig. Die analise is aan 'n mede-kodeerder voorgelê. Verdere opvolg-fokusgroep-onderhoude is vir uitklaring en bevestiging gehou (Denzin & Lincoln, 1994:230; Morgan, 1993:50). 'n Opsomming van die navorsingsvoorstel van die studie, 'n afskrif van die getranskribeerde oudiobande en die veldnotas, asook voorlopige bevindinge van fase 1, is aan 'n mede-kodeerder verskaf vir validering. Daarna het die navorser en mede-kodeerder ontmoet om die uitkoms van die data-analise te bespreek. Deur die benutting van meer as een kodeerder het die navorser gepoog om die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog (Morgan, 1993:50; Steward & Shamdasani, 1990:111; de Vos,

1998:345). Bevindinge is na die bereiking van konsensus opgeskryf.

2.5.7.1 Uitklaring en bevestiging van bevindinge

Krueger (1994) en De Vos (1998) verwys na die afneem van fokusgroeponderhoude in 'n reeks. Opvolgfokusgroep-ouderhoude (n=9) is gehou met verskillende kategorieë verpleegpersoneel (n=8) en mediese personeel (n=1) om bevindinge voor te hou en te bevestig, uitklaring te verkry en veranderinge aan te bring (Denzin & Lincoln, 1994:230; Morgan, 1993:50).

Tydens die opvolg fokusgroeponderhoude het die navorser elke tema, kategorie en sub-kategorie van die bevindinge van fase 1 aan die deelnemers voorgehou. Geleentheid is gebied vir bevestiging, uitklaring of wysiging. Wysigings is onmiddelik na die afloop van elke fokusgroeponderhoud aangebring. In die proses is verseker dat die deelnemers se gevoelens en persepsies oor die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel by die Kalafong Hospitaal so akkuraat as moontlik beskryf is. Vanuit die bevindinge van fase 1 is 'n lys konsepte en stellings geïdentifiseer wat verder in fase 2 van die navorsingsproses benut is.

2.5.7.2 Betrokkenheid van mede-kodeerder

Die data-analise en interpretasie van die studie het 'n groot mate van beoordeling en aandag nodig (Steward & Shamdasani, 1990:102) en behoort dus deur 'n kundige en vaardige persoon in kwalitatiewe navorsing en analise uitgevoer te word (Krueger,

1994:153:154). 'n Doelgerigte steekproef is uitgevoer om 'n mede-kodeerder te selekteer. Na deeglike oorweging is die volgende kriteria vir die seleksie van 'n mede-kodeerder gestel:

- 'n Kundige en ervare persoon in kwalitatiewe navorsing.
- 'n Kundige en ervare persoon in die analise en interpretasie van kwalitatiewe navorsingdata.
- 'n Persoon bekend met die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne die konteks van Kalafong Hospitaal.

'n Mede-kodeerder wat aan al die gestelde kriteria voldoen het is geselekteer vanweë ervaring in kwalitatiewe navorsing asook bekendheid met Kalafong Hospitaal. Sy het toe reeds verskeie kwalitatiewe navorsingsprojekte voltooi en het beskik oor 'n PhD-graad in die Opvoedkunde. Vanweë die navorser se kundigheid in kwalitatiewe navorsing in Verpleegkunde het sy self as eerste kodeerder opgetree.

2.5.8 Teoretiese begroning van empiriese bevindinge

Die data wat in fase 1 ingesamel is, is deur 'n literatuurkontrole teoreties begrond en het die grondslag gevorm vir die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging. In fase 2 van die studie is die konsepte wat in fase 1 na vore gekom het verbandhoudend tot mekaar in 'n raamwerk georden. Beskikbare internasionale en nasionale literatuur is verken om die bevindinge van fase 1 te bevestig (Burns & Grove, 1993:582).

- As bron van data-insameling in die studie is dus gebruik gemaak van 'n verskynselanalise van verpleegpersoneel-

verryking in die Verpleegkunde (konsepanalise) deur middel van empiriese bevindinge.

- Analise van literatuur om empiriese bevindinge wetenskaplik te begrond.

Die navorser het verskillende tipes literatuur as literatuurkontrole benut en dit sluit ondermeer wetgewing, regulasies en beleidsdokumente, teoretiese- en metodologiese artikels, empiriese bevindinge, kliniese verslae, joernale, boeke en pamflette in (Talbot, 1995:127). Literatuur is ook benut op aanbeveling van kundiges (ondermeer die studieleiers en medekodeerder). Literatuursoektogte is uitgevoer na aanleiding van geïdentifiseerde konsepte gegenerer vanuit fase 1. Daar is gebruik gemaak van die volgende metodes: papier-indeks, internet en elektroniese data basis, ondermeer Medline. In die studie verwys populasie en steekproef na relevante beskikbare nasionale en internasionale literatuur. 'n Doelgerigte steekproef van beskikbare en toepaslike nasionale en internasionale literatuur is verken om 'n model vir verpleegpersoneelverryking te beskryf.

Deur analise word die konstituwe veranderlikes relevant tot die verstaan van 'n verskynsel geïsoleer en deur sintese word die verbande of samehange tussen die veranderlikes gerekonstrueer om tot insig oor die fenomeen te kom (Mouton, 1990:105). Analise van literatuur word as intermetodiese kruisvalidering of triangulering benut vir empiriese data van fase 1. Vyf take in die literatuurverkenningproses word in die studie benut naamlik: die identifisering van die fokusvraag; identifisering en verkryging van bronne; lees en kritiek; analise en interpretasie; en die

beskrywing van die verkenning om die empiriese data te begrond (Talbot, 1995). Die stellings en konsepte wat uit die empiriese bevindinge van fase 1 gegenerer is, is benut in die soektog na literatuur. Die analise en interpretasie van literatuur is daarop gemik om die empiriese bevindinge vanuit die literatuur wetenskaplik te begrond. Analise en interpretasie van die empiriese bevindinge vind plaas deur die strategieë van induksie en deduksie.

2.6 FASE 2: KONSEPTUALISERING: MODELONTWIKKELING

Die volgende doelwit het fase 2 van die navorsingsproses bepaal. Teoretiese aspekte oor model-ontwikkeling is reeds beskryf (vergelyk 2.3). Die spesifieke proses relevant tot fase 2 word vir duidelikheid voorgehou.

Doelwit: Die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.
--

Die doel van konseptualisering in die studie is om die sentrale betekenismente van die konsep *verpleegpersoneelverryking* binne 'n hospitaalkonteks op 'n logiese en sistematiese wyse te spesifiseer en die betekenis-samehange onderliggend aan die verskeidenheid van betekenismente op 'n logiese wyse verstaanbaar te maak (Mouton & Marais, 1992:66; Morse & Field, 1996: 37). Konseptualisering sluit beide die uitklaring van konsepte asook die verbandhoudendheid binne die konteks van die studie in (Mouton, 1996: 66).

In hierdie studie vind data-analise plaas aan die hand van die hiërargiese orde van die konstrakte, naamlik konsepte, stellings,

tipologieë, en modelle (vergelyk 2.3.3). Hierdie ordening van die konstrukte van navorsing word benut as metode vir die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking by Kalafong Hospitaal. Dit is die taak van die navorser om met die verloop van die navorsingsproses die sentrale konstrukte op 'n bepaalde hiërargiese wyse te sintetiseer en om konstruerend te werk te gaan ten einde die model vir verpleegpersoneelverryking by Kalafong Hospitaal tot 'n sinvolle teoretiese eenheid saam te snoer (Smith, 1996:7); (vergelyk 2.3.2).

Tabel 2.3 word benut om op 'n eenvoudige en sistematiese wyse die proses van modelontwikkeling aan te toon en elkeen van die konstrukte sal toepaslik op fase 2 beskryf word.

TABEL 2.3: STRATEGIEË VIR TEORIE-ONTWIKKELING

(Walker & Avant, 1995:30)

	ANALISE	SINTESE	DERIVASIE
Konsep	<p>Strategie: Konsep-analise.</p> <p>Gebruik: Om 'n bestaande konsep te verfyn of uit te klaar.</p>	<p>Strategie: Konsepsintese.</p> <p>Gebruik: Om 'n konsep uit te haal of saam te voeg uit 'n korpus van data of observasies.</p>	<p>Strategie: Konsepderivasie.</p> <p>Gebruik: Om 'n konsep te skuif en te herdefinieër van een veld na 'n ander.</p>
Stelling	<p>Strategie: Stelling-analise.</p> <p>Gebruik: Om 'n bestaande korpus van stellings te verfyn of uit te klaar.</p>	<p>Strategie: Stellingsintese.</p> <p>Gebruik: Om een of meer stellings uit te haal of saam te voeg uit 'n korpus van data of observasies.</p>	<p>Strategie: Stellingderivasie.</p> <p>Gebruik: Om inhoud of struktuur van stellings te skuif en te herformuleer van een veld na 'n ander.</p>
Teorie	<p>Strategie: Teorie-analise.</p> <p>Gebruik: Om 'n bestaande teorie te verfyn of uit te klaar.</p>	<p>Strategie: Teoriesintese.</p> <p>Gebruik: Om 'n teorie te ontwikkel uit 'n korpus van data, observasies of empiriese bevindinge.</p>	<p>Strategie: Teoriederivasie.</p> <p>Gebruik: Om inhoud of struktuur van teorieë te skuif en te herformuleer van een veld na 'n ander.</p>

2.6.1 Verskynselanalise

Die navorser het 'n verskynselanalise gedoen van verpleegpersoneelverryking deur konsepidentifisering, konsepklassifikasie en konsepanalise, wat as volg toepaslik voorgehou word.

(a) *Konsep-identifisering*

Die eerste stap in die formulering van 'n raamwerk is die bepaling van konsepte wat die boustene van die raamwerk vorm (Woods & Catanzaro, 1988:69). Die ontwikkeling van 'n raamwerk is 'n interaktiewe proses wat die spesifieke konsepte (boustene) en die skematiese bloudruk wat die verhouding tussen die konsepte aantoon, insluit. Die konsepte is reeds in fase 1 geïdentifiseer vanuit die empiriese data wat verkry is uit die fokusgroeponderhoude, individuele onderhoude, deelnemende observasie asook fisiese spore en argivale bronne. Konsepidentifisering behoort in die studie met noukeurigheid uitgevoer te word om te verseker dat die sentrale konsepte wel op 'n toereikende wyse 'n model vir verpleegpersoneelverryking aanspreek.

Vanuit die bevindinge van fase 1 is 'n lys konsepte gegeneer wat in verskeie temas en kategorieë georden is. Met die verloop van die analise van die empiriese data en die sintese van stellings oor die empiriese en teoretiese bevindinge het dit duidelik geword dat 'n model vir verpleegpersoneelverryking binne die konteks van die Kalafong Hospitaal nodig is. Verpleegpersoneelverryking as 'n sentrale konsep is geïdentifiseer en toegepas op personeelbestuur deur middel van die strategie van derivasie. Tydens die proses van

konsepidentifisering is gebruik gemaak van konsep-analise, konsepsintese en konsepderivasië.

(b) Konsepanalise

Volgens Walker en Avant (1995:37) word konsepanalise as 'n strategie benut om die samestelling of eienskappe van 'n konsep te ondersoek. Dit is 'n formele linguistiese oefening om die definiërende eienskappe van die konsep wat geanaliseer word te bepaal. In die studie word van konsep-analise gebruik gemaak om abstrakte konsepte teoreties te ontleed. Dit is gedoen deur verskillende opvattinge, idees of beskouinge vanuit die literatuur asook van die deelnemers van die Kalafong Hospitaal, te gebruik om die sentrale konsepte te konkretiseer en te verhelder sodat die konsep sinvol binne die konteks vertolk kan word (Smith, 1996:5). Die konsep verpleegpersoneelverryking is geanaliseer en beskryf. Die onderliggende konsepte wat bepaal is vanuit die empiriese bevindinge van fase 1 is gedefinieer op grond van hul eienskappe en teoreties begrond.

Die proses van konsep-analise is 'n noodsaaklike proses in die studie om duidelikheid en uitklaring te kry oor die sentrale konsep naamlike verpleegpersoneelverryking, en om 'n operasionele definisie te ontwikkel. Die proses van konsepanalise begin deur die identifisering van onderliggende konsepte vir verpleegpersoneelverryking. Hierdie konsepte word geanaliseer, beskryf en gedefinieer in verhouding tot verpleegpersoneelverryking. Vir elk van hierdie grondliggende konsepte van verpleegpersoneelverryking is eienskappe bepaal. Vanuit die eienskappe van die konsepte is 'n raamwerk

ontwikkel. Die konsep verpleegpersoneelverryking is ontleed, beskryf en gedefinieer vanuit empiriese en teoretiese bevindinge.

(c) Konsepsintese

Konsepsintese verwys na 'n strategie om konsepte te ontwikkel gebaseer op observasie of ander vorme van empiriese bevindinge (Walker & Avant, 1995:37). Na analise van die sentrale en onderliggende konsepte is die konsepte saamgevoeg in 'n raamwerk vir die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking, gebaseer op die empiriese bevindinge van fase 1. Die totale som van al die onderliggende konsepte is saamgevoeg om die sentrale konsep te ontwikkel naamlik verpleegpersoneelverryking.

(d) Konsepderivasië

Konsepderivasië is relevant as 'n betekenisvolle analogie gemaak kan word tussen een veld wat konseptueel gedefinieer is en 'n ander wat nie as sulks gedefinieer is nie (Walker & Avant, 1995:37). Hierdie proses verg reflektiewe denke. Die herdefiniëring van konsepte vanuit een veld na 'n nuwe veld is nuttig en laat die ontwikkeling van nuwe konsepte toe. Die konsep *verryking* in die literatuur verwys na werksverryking in die bestuursveld of na persoonlike of geestelike verryking in die geesteswetenskappe. Die konsep word gederiveer na verpleegbestuur en herdefinieer om binne die konteks van die studie te pas. Die toepassing van verpleegpersoneelverryking binne die konteks van die Kalafong Hospitaal behoort die verpleegpersoneel te ondersteun en te plaas in 'n situasie waar hulle in staat is om uitnemende sorg te lewer.

(e) Stellingsintese

Volgens Walker en Avant (1995:95) is stellingsintese as 'n strategie daarop gerig om die verhouding gegrond op getuienis tussen twee of meer konsepte te spesifiseer. In die studie verwys getuienis na die bevindinge van fase 1 en die teoretiese begronding van hierdie empiriese bevindinge.

Stellingsintese word in fase 2 geoperasionaliseer deur beskrywing van die model vir verpleegpersoneelverryking. Die stellings word in konteks geplaas deur die struktuur en die proses van sintese van die gekonseptualiseerde model te beskryf.

(f) Teoriesintese/ Modelsintese

Teoriesintese verwys na 'n strategie gerig op die ontwikkeling van 'n model, en die interverwante sisteme of idees gekonstrueer vanuit empiriese bevindinge (Walker & Avant, 1995:155). Konsepte en stellings word in 'n geheel georganiseer om 'n model te vorm. Die ontwikkeling van 'n model is reeds beskryf.

□ **Die struktuur van die model**

Die struktuur van die model voorsien 'n oorkoepelende vorm vir konseptuele verhoudinge binne die model vir verpleegpersoneelverryking. Hierdie struktuur bied 'n weergawe van die inhoud of elemente in die studie naamlik die sentrale konsep verpleegpersoneelverryking met onderliggende konsepte. Vanaf die konsepte word na stellingbeskrywings

beweeg en gevolglik na die model. Om die struktuur te bepaal is die mees sentrale verhouding bepaal asook die rigting, sterkte en kwaliteit van die verhouding. Daarna is die vroeë gevra, *Hoe kan ander strukture verenig word met die sentrale konsep?; Kan alle verhoudinge gestruktureer word?; Neem die verhoudinge veelvuldige vorme aan?* Die verhouding is gestruktureer binne die konteks van die studie en daarna is oorgegaan om die totale model te beskryf (Chinn & Kramer, 1991: 114-116-117). Die struktuur van die model word beskryf in hoofstuk ses.

□ **Die prosesbeskrywing**

Die proses wat in die model bespreek word, gee 'n beskrywing van die verloop van gebeure in die model vir verpleegpersoneelverryking en word beskryf in hoofstuk ses.

2.7 FASE 3: DIE PROSES VAN IMPLEMENTERING, VALIDERING EN VERFYNING

Die model is in vier verpleegeenhede by die Kalafong Hospitaal geïmplementeer, gevalideer en verfyn.

2.7.1 Populasie en steekproefneming van verpleegeenhede vir implementering van die model vir verpleegpersoneelverryking

'n Doelgerigte steekproef is uitgevoer deur die verpleegdiensbestuurders van die hospitaal wat vier verpleegeenhede geselekteer het vanuit die totale aantal verpleegeenhede (n=27) vir implementering van die model vir verpleegpersoneelverryking by die Kalafong Hospitaal. Die motivering hiervoor was dat die

verpleegdiensbestuurders betrokke wou wees in die proses van seleksie en het eienaarskap aanvaar. Hierdie eenhede is doelgerig deur die verpleegdiensbestuurders geselekteer: die kraameenheid, 'n mediese eenheid, 'n chirurgiese eenheid, 'n ortopediese (spinale) eenheid en 'n kindersorgeenheid. Die eenhede het nie hoë of intensiewe sorg eenhede ingesluit nie. Die betrokkenheid van die eenhede is met die personeel van die spesifieke eenhede bespreek en geskrewe ingeligde toestemming is verkry.

Die model is geïmplementeer in die vier verpleegeenhede. Die proses is gedokumenteer en die data vanuit die implementering is benut om die model te valideer en te verfyn. Die proses word beskryf in hoofstuk ses. Die model is oor 'n tydperk van agtien maande geïmplementeer.

2.7.2 Evaluering van die model deur kundiges

Kundiges is versoek om die model te evalueer. Die model is ook by vier internasionale en vier nasionale verpleegkunde kongresse voorgedra vir wetenskaplike kritiek. Evaluering van die model het plaasgevind in die verloop van implementering in die verpleegeenhede waarna dit verder verfyn is.

2.7.3 Kriteria vir evaluering

Die kriteria wat Chinn en Kramer (1991:128-139) vir model-evaluering gestel het is in hierdie studie gebruik, naamlik: duidelikheid, eenvoud, algemeenheid, empiriese toetsbaarheid en gevolge of praktiese toepasbaarheid.

(a) *Duidelikheid*

Duidelikheid verwys na semantiese duidelikheid, semantiese konsekwentheid, strukturele duidelikheid en strukturele konsekwentheid.

Semantiese duidelikheid verwys na die navorser se vermoë om die konsepte van die model vir verpleegpersoneelverryking duidelik en verstaanbaar te definieer. Indien die navorser in gebreke bly om konsepte duidelik te definieer kan die bruikbaarheid van die model vir verpleegpersoneelverryking verlore gaan.

Semantiese konsekwentheid beteken dat die navorser die konsepte konsekwent volgens die konsepte se gedefinieerde betekenis in die studie gebruik. Die aannames wat die navorser in die studie maak moet konsekwent tot die doel van die studie wees. Verder behoort die komponente van die model ook ondersoek te word vir konsekwentheid.

Strukturele duidelikheid verwys in die studie na die verstaanbare en logiese beredenering in die model vir verpleegpersoneelverryking. Konsepte, elemente van strukture en verhoudinge moet logies tot 'n geheel verbind wees.

Strukturele konsekwentheid verwys na die navorser se vermoë om die model te vorm rondom een dominante struktuur. Die struktuur van die model behoort konsekwent gebruik te word en dien as 'n konseptuele kaart om hierdie model vir verpleegpersoneelverryking se duidelikheid te versterk.

(b) Eenvoud

Eenvoud verwys na die minimum elemente wat in 'n model teenwoordig is asook na relatief min verhoudinge tussen konsepte, in teenstelling met kompleksiteit wat dui op 'n groot aantal teoretiese verhoudingetellings tussen konsepte. Die doel van die studie beskryf, verduidelik of verklaar, en kan 'n invloed op die graad van kompleksiteit of eenvoud van 'n model hê.

(c) Algemeenheid

Die algemeenheid van 'n model verwys na die breë spektrum en verskillende situasies waarin dit gebruik kan word en word gereflekteer deur konsepte, die doel en die empiriese inligting van die studie.

(d) Empiriese bruikbaarheid

Empiriese bruikbaarheid verwys spesifiek na geïdentifiseerde empiriese indikatore. Konsepte van 'n model kan in die praktyk toetsbaar gemaak word deur die generering en toetsing van verhoudinge, toetsing van die model asook die uitklaring van konseptuele betekenis, en verwys in hierdie studie na die mate waartoe die model by die Kalafong Hospitaal geïmplementeer is.

(e) Gevolge

Gevolge verwys na die model se toetsbaarheid en belangrikheid in die praktyk en word gemeet aan die hand van konsepte, definisies en doelstellings. Die model behoort in ooreenstemming te wees met die praktyk en behoort die praktyk te rig.

TABEL 2.4: STEEKPROEF VAN PANEEL VAN KUNDIGES

Kundige se Kwalifikasie	Vaardigheid	Aantal
Ph.D	Verpleegkunde Modelbou Verpleegnavorsing Verpleegonderwys	1
Ph.D	Opvoedkunde	1
Ph.D	Bestuur	2
Ph.D	Etiek	1
M.D.	MNR- verteenwoordiger	1
Totaal		6

2.7.4 Riglyne vir operasionalisering

Riglyne vir operasionalisering van 'n model vir verpleegpersoneelverryking is beskryf vanuit die stellings wat gegenerer is in die model beskrywing. Riglyne is deur deduktiewe en induktiewe logika beskryf.

2.8 VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE

Guba se model (Lincoln & Guba, 1985) word benut vir die versekering van geldigheid en betroubaarheid of vertrouenswaardigheid. Die vier kriteria vir vertrouenswaardigheid naamlik: waarheidswaarde, neutraliteit, toepaslikheid en konstantheid word benut om die vertrouenswaardigheid van die

studie te verhoog. Gebaseer op filosofiese verskille tussen kwalitatiewe en kwantitatiewe benaderinge is daar verskillende strategieë vir elkeen van die kriteria in die onderskeie tipes navorsing. In kwantitatiewe benaderinge is die kriteria vir goeie wetenskap ondermeer interne geldigheid, eksterne geldigheid, objektiwiteit en betroubaarheid. Lincoln en Guba (1985) stel alternatiewe kriteria voor naamlik; geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid, en bevestigbaarheid, wat toepaslik benut word in die studie (Lincoln & Guba, 1985:290-300; Krefting, 1991:214:222, verwys tabel 2. 3).

TABEL 2.5: VERGELYKING VAN KRITERIA VAN NAVORSINGS-BENADERINGE (Krefting, 1991:217)

KRITERIA	KWALITATIEWE BENADERING	KWANTITATIEWE BENADERING
Waarheidswaarde	Geloofwaardigheid "Credibility"	Interne geldigheid "Internal validity"
Neutraliteit	Bevestigbaarheid "Confirmability"	Objektiwiteit "Objectivity"
Toepaslikheid	Oordraagbaarheid "Transferability"	Eksterne geldigheid "External validity"
Konstantheid	Vertroubaarheid "Dependability"	Betroubaarheid "Reliability"

2.8.1 Waarheidswaarde

Waarheidswaarde dui op die versekering van waarheid van bevindinge van die deelnemers binne die konteks van die studie (De Vos, 1998:331). Die waarheidswaarde word verkry uit die ontdekking van menslike ervaring soos wat dit beleef en ervaar word deur die deelnemers en is subjek-georiënteerd. Lincoln en

Guba (1985: 296) verwys hierna as geloofwaardigheid (vergelyk ook Krefting, 1991:215). Waarheidswaarde word verkry deur die strategie van geloofwaardigheid. Verskillende kriteria word in die studie benut om geloofwaardigheid te versterk. Dit sluit in: verlengde betrokkenheid, triangulering, portuurlid/groepsbespreking, referensiële toereikendheid, lidkontrole, strukturele verbandhoudendheid, neutraliteit, bevestigbare oudit, toepaslikheid, volledige beskrywing en vergelyking en eienskappe (De Vos, 1998: 331).

□ **Verlengde Betrokkenheid**

Verlengde betrokkenheid by die navorsingsveld is nodig om enige distorsies of verdraaiings te voorkom (Lincoln & Guba, 1985:302). Die navorser is 'n kundige op die gebied van verpleging, verpleegbestuur en verpleegonderwys en funksioneer binne 'n hospitaal en onderwyskonteks. Die navorser het die studie oor 'n tydperk van vier jaar uitgevoer om die waarheidswaarde te verhoog. Om te voorkom dat enige distorsies voorkom oor die praktyk en die deelnemers se ervaring en belewenis, is triangulering van data-bronne ook as 'n tegniek benut.

□ **Triangulering**

Die tegniek van triangulering is benut ten einde geloofwaardigheid van bevindinge en interpretasies te verhoog (Lincoln & Guba, 1991:219). Triangulering in die studie in fase 1 het op verskeie wyses geskied naamlik deur die benutting van verskeie data-insameling metodes en -bronne om sodoende die spektrum van data wat bydra om die konsep te verstaan, te

verhoog. Data-analise is uitgevoer deur die navorser en 'n onafhanklike mede-kodeerder. Die empiriese data is bevestig deur 'n literatuur kontrole.

□ **Portuurlid/ Groepsbespreking**

Groepbespreking verhoog verder die geloofwaardigheid van die studie op 'n wyse wat parallel is aan 'n analitiese sessie (Lincoln & Guba, 1985:308), en word gebruik om aspekte van die studie te ondersoek, vooroordeel uit te skakel, betekenis te eksploreer en interpretasies uit te klaar. Die navorser het gepoog om deur bespreking met die studieleiers aspekte rakende die studie uit te klaar. Bespreking met kundiges relevant tot die aard van die studie het verder bygedra om die geloofwaardigheid van die bevindinge te verhoog. Die studie is by vier internasionale kongresse en vier nasionale kongresse voorgehou vir wetenskaplike kritiek.

□ **Referensiële toereikenheid**

Referensiële toereikenheid (Lincoln & Guba, 1985:308) word benut as 'n tegniek om by te dra tot geloofwaardigheid van die studie. Voldoende geskrewe notas vir evaluering is beskikbaar gestel. Die navorser het die fokusgroeponderhoude en individuele onderhoude getranskribeer vanaf die oudiobande. Die data wat ingesamel was is skriftelik vasgelê en is ondersteun deur die veldnotas.

□ **Lidkontrole**

Lidkontrole waarby data, analitiese kategorieë, interpretasies en gevolgtrekkings aan die deelnemers voorgehou word, is 'n kritiese tegniek om geloofwaardigheid te verkry (Lincoln & Guba, 1985:314). Opvolg-fokusgroeponderhoude is met die deelnemers gehou om die empiriese bevindinge te bevestig. Met verloop van die implementering is die model deur die samewerking van die deelnemers gevalideer en verfyn.

□ **Strukturele verbandhoudenheid**

Strukturele verbandhoudenheid word verkry deur te verseker dat daar geen onverklaarbare teenstydighede tussen data en interpretasies voorkom nie (Krefting, 1991:220). Die voortdurende interaksie met die deelnemers en die navorsingsterrein het bygedra tot die strukturele verbandhoudenheid en die geloofwaardigheid van die studie.

2.8.2 Neutraliteit

Om aan die kriterium van neutraliteit te voldoen word bevestigbaarheid as strategie benut. Die hooftegniek om bevestigbaarheid daar te stel, is 'n bevestigbare oudit (Lincoln & Guba, 1985:308). 'n Mede-kodeerder is benut om data te analiseer. Die navorser en die mede-kodeerder het saamgestem oor die empiriese bevindinge.

2.8.3 Toepaslikheid

Binne kwalitatiewe navorsing is oordraagbaarheid ter sprake in teenstelling met kwantitatiewe studies waar veralgemening belang het. In hierdie studie word daar nie gepoog om te veralgemeen nie. Die gegenereerde data is so volledig en akkuraat moontlik binne die konteks van die studie beskryf om ander in staat te stel om te bepaal of die bevindinge oordraagbaar is of dan nie. Deur die volledige beskrywing van die eienskappe van deelnemers en demografiese inligting kan belangstellendes in staat gestel word om tot 'n besluit te kom oor die oordraagbaarheid van die bevindinge van die studie (Lincoln & Guba, 1985:316; Krefting, 1991:220).

2.8.4 Konstantheid

Vertroubaarheid word as strategie benut om aan konstantheid as kriterium te voldoen. Die tegnieke wat benut word is die volledige beskrywing van die insameling, analise en interpretasie van data (Krefting, 1991:220). Die volledige beskrywing van die navorsingsontwerp en navorsingsmetode van fase 1, fase 2 en fase 3 en die navorsingsbevindinge dra by tot die vertroubaarheid van die studie.

2.9 ETIESE STANDAARDE VAN DIE STUDIE

Die studie word binne die etiese standaard van navorsing soos gehuldig deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, die Helsinki Deklarasie, en die Universiteit van Pretoria uitgevoer. Die navorser benader die projek met integriteit en is daarvan bewus dat persoonlike voorkeure die navorsing kan beïnvloed.

Skriftelike toestemming is verkry vanaf die (a) Etiese Komitee van die Universiteit van Pretoria (Bylae A), (b) Gauteng Provinsiale Regering (Bylae B), (c) Die Kalafong Hospitaal Verpleegdiensbestuurder (Bylae C) asook (d) deelnemers wat aan die navorsing deelgeneem het (Bylae D).

Die navorser erken die reg op konfidensialiteit en anonimiteit van die deelnemers. Skriftelike ingeligte toestemming is verkry vanaf alle deelnemers voor aanvangs van fokusgroeponderhoude of individuele onderhoude en van die personeel in die eenhede waar die model geïmplementeer is. Deelname was vrywilig en deelnemers kon op enige stadium van die projek onttrek.

2.10 SAMEVATTING

Die navorser het in hoofstuk twee die wetenskaplike verantwoording van die navorsingsontwerp en -metode van die studie beskryf. Die navorsingsontwerp het ingesluit: die metode van insameling van data vir analise en interpretasie; identifisering van die navorsingspopulasie en steekproeftrekking; die transformasie van die ingesamelde data na 'n gepaste vorm vir ontleding asook die data-analise proses en beskrywing van die hantering van die gevolgtrekkings. Die navoringsproses is in drie fases in ooreenstemming met die doelwitte van die studie verdeel. Teoretiese begroning is deurgaans in die verloop van die hoofstuk gedoen om sodoende die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog. In hoofstukke drie, vier en vyf word die empiriese bevindinge en teoretiese begroning van fase 1 voorgehou.