



**DIE KALAFONG HOSPITAAL  
MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

deur

***ANNA ELIZABETH DE VILLIERS***

**PROEFSKRIF**

**voorgeleë ter vervulling van die vereistes vir die graad**

**Doctor Philosophiae**

in

**VERPLEEGKUNDE**

in die

**FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN PRETORIA**

**PROMOTOR: PROF NC VAN WYK**

**Januarie 2005**



## **OPGEDRA AAN:**

- ***Die Personeel van Kalafong Hospitaal*** wat deur al die jare van swaarkry nog moedig is en hoopvol die toekoms tegemoet gaan.
  
- ***MRC-unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, Departement Verpleegkunde en Prof. Ian Hay*** wat in die projek geglo het.
  
- ***My twee seuns Tinus en Bertus*** vir hul liefde en ondersteuning.

## ERKENNING EN DANKBETUIGINGS:

AAN MY GOD, MY SKEPPER, KOM AL DIE EER TOE.

My opregte dank en waardering aan die volgende persone en instansies wat my bygestaan het in die studie:

- ❑ My promotor, Prof NC van Wyk vir haar besondere leiding, bystand en aansporing. Dit was 'n besondere voorreg om so 'n uitsonderlike persoon as promotor te kon hê.
- ❑ My opregte dank aan Professore Dion du Plessis, Ian Hay en Bob Pattinson, wat my die geleentheid gegun het om die projek te voltooi. Sonder hulle durf en ondersteuning sou die projek nie suksesvol gewees het nie.
- ❑ Die personeel van die Universiteit van Pretoria en Kalafong Hospitaal, in besonder die bestuur wat aan die projek geglo het en wat ten spyte van 'n hoë werkslading positief gebly het in hul deelname. 'n Besondere dank aan Dr Anne-Marie Bergh, Dr Elise van Rooyen en Me Dorricah Peu.
- ❑ My seuns, vir hulle liefde, ondersteuning en aanmoediging - julle is my helde. Aan my familie en vriende, dankie vir julle besondere bystand en ondersteuning.
- ❑ My moeder, wat my geleer het om altyd na die positiewe kant van die lewe te kyk al gaan dit hoe moeilik. Dit is 'n besondere voorreg om so 'n moeder te mag hê.
- ❑ Aan al my kollegas by die MNR-eenheid, Roz Prinsloo en Rachel Mokhondo, dankie aan hulle vir die besondere bystand en vriendskap.
- ❑ Aan my kollegas van die Serithi Projek, en in besonder Winnie Sephiri, dankie aan hulle vir hul opregte ondersteuning deur al die moeilike tye.
- ❑ Die Universiteit van Pretoria en MNR-eenheid vir die finansiële ondersteuning.
- ❑ 'n Besondere dank aan my vriendin, Anna Baird vir die taalversorging.
- ❑ My diepste waardering en dank aan wyle Prof Annetjie Botes wat in my geglo het.



## **OPSOMMING**

Die doel van die studie is om 'n model vir verpleegpersoneelverryking te beskryf. Die huidige tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks waarin verpleeg-personeel verbonde aan hospitale hulle bevind, noodsaak dit om dringend aandag te gee aan nuwe en kreatiewe wyses om hulle te ondersteun ten einde hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te kan vervul.

Vele negatiewe kommentaar oor die standaard van verpleging binne die hospitaalkonteks word voortdurend deur pasiënte, gemeenskap en ander lede van die gesondheidsorgspan geverbaliseer. Die uitdaging is om verpleegkundiges sodanig te ondersteun dat hulle in staat gestel word om aan al die uitdagings van die ontwikkeling in gesondheidsorg sowel as die verwagtinge van pasiënte te voldoen. 'n Model vir verpleegpersoneelverryking behoort die nodige ondersteuning te bied.

Ten einde 'n model te ontwikkel is 'n verkennende, beskrywende, kwalitatiewe, teorie-generende en kontekstuele ontwerp gebruik. Die agtergrond en rasionaal van die studie asook die probleem is beskryf en 'n sentraal teoretiese stelling is gestel. 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. Aannames is gestel vanuit die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verplegingsprofessie en spesifiek die Wet op Verpleging, *praktykregulasies* en die *reëls vir handeling en versuime* soos gestel deur die Suid Afrikaanse Raad op Verpleging.

Die metodologiese aannames is voorgehou vanuit die geïntegreerde model vir sosiale wetenskappe van Mouton (1996). Hierdie studie se navorsingsproses is daardeur gerig.

Fase 1 van die studie handel oor 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. In fase 2 is 'n model vir verpleegpersoneelverryking by die Kalafong Hospitaal ontwikkel en beskryf. Die empiriese data wat verkry is in fase 1 is verreken in die ontwikkeling van die model. In fase 3 is die model gevalideer en verfyn, waarna riglyne vir operasionalisering van die model binne 'n hospitaalkonteks beskryf is.

Die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel binne 'n hospitaal konteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word is verkry deur 1) indiepte fokusgroeponderhoude, 2) individuele onderhoude, 3) direkte observasie, 4) fisiese spore en argivale bronne.

Data-analise geskied aan die hand van teksanalise soos beskryf deur Tesch (in Creswell, 1994:155). Beide induktiewe en deduktiewe strategieë is benut om die data te ontleed.

'n Doelgerigte seleksie van literatuur is uitgevoer om die empiriese bevindinge teoreties te begrond en om sodoende die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog. Ses kategorie stellings en 41 samevattende stellings wat benut is in die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking is geformuleer. Die model is in vier verpleegeenhede geoperasionaliseer, waarna verdere verfyning plaasgevind het.

Die unieke bydrae van die studie is opgesluit in die bruikbaarheid van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die verbetering van die omstandighede waarbinne verpleegkundiges in hospitale in Suid Afrika funksioneer sowel as 'n verhoging van die kwaliteit van verpleging wat gelewer word, word ten doel gestel.



## **SUMMARY**

The aim of the study is to describe a model for nursing personnel enrichment. Nursing personnel presently find themselves within a time-historic and cultural-historic context, which requires new and creative methods to support them in fulfilling their professional role and responsibilities with excellence.

Patients, the community and other members of the health care team are continuously verbalizing their disappointment in the standard of patient care in hospitals. The challenge is to support nurses in such a manner that will enable them to meet the challenges in the development of healthcare and the expectations of patients. A model for nursing personnel enrichment may provide the necessary support.

In order to develop the model, an explorative, descriptive, qualitative, theory-generating and contextual design is used. The background and the rationale for the study are described, and a central theoretical statement is presented. No explicit, preconceived assumptions are stated by the researcher, as this could influence the direction of the study and hinder the success thereof. Assumptions are formulated from a professional-ethical and legal framework, specifically the Nursing Act, "*Practice Regulations*" and "*Acts and Omissions*" as stated by the South African Nursing Council.

The methodological assumptions are based on the Mouton's (1996) integrated model for social sciences, which guide this study's research process.

Phase 1 of the study addresses the investigation and description of the needs and problems of nursing personnel in a hospital context that should be addressed in a model for nursing personnel enrichment. In phase 2 a model for nursing personnel enrichment is developed and described.

The empirical findings generated in phase 1 are included in the development of the model. In phase 3 the model is validated and refined, where after guidelines to operationalize the model within a hospital context is described. The exploration and description of the needs and problems of nursing personnel within a hospital context that should be addressed in a model for nursing personnel is generated through 1) in-depth focus group interviews, 2) individual interviews, 3) direct observation, 4) physical evidence and 5) archival sources.

Data-analysis is done through text analysis, as described by Tesch (Creswell, 1994). Both deductive and inductive strategies are used to analyze the data.

A goal directed literature search is conducted for theoretical grounding of the empirical findings in order to enhance the trustworthiness of the study. Six category statements and 41 synthesized statements is formulated and used in the description of the model for nursing personnel enrichment. The model is implemented in four nursing units, where after further refining took place.

The uniqueness of the study lies in the usefulness in the application of the model for nursing personnel enrichment. The model aims to improve the conditions for nursing personnel, and the quality of patient care within the hospital context.



## INHOUDSOPGAWE

### BLADSY

<b>OPSOMMING</b>	<b>i</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>iii</b>

### HOOFSTUK EEN

#### ORIËNTERING TOT DIE STUDIE

<b>1.1 AGTERGROND EN RASIONAAL VAN DIE STUDIE</b>	<b>1</b>
<b>1.2 PROBLEEMSTELLING</b>	<b>9</b>
<b>1.3 NAVORSINGSDOEL</b>	<b>10</b>
<b>1.4 SENTRAAL TEORETIESE STELLING</b>	<b>11</b>
<b>1.5 NAVORSINGSMODEL</b>	<b>11</b>
<b>1.5.1 Intellektuele klimaat</b>	<b>13</b>
1.5.1.1 <i>Die mens</i>	<b>13</b>
1.5.1.2 <i>Omgewing</i>	<b>15</b>
1.5.1.3 <i>Verpleging</i>	<b>15</b>
1.5.1.4 <i>Gesondheid</i>	<b>16</b>
<b>1.5.2 Die mark van intellektuele hulpbronne</b>	<b>16</b>
1.5.2.1 <i>Teoretiese Hulpbronne</i>	<b>17</b>
1.5.2.1.1 <i>Definisies</i>	<b>17</b>
(a) <i>Verpleegpersoneel</i>	<b>17</b>
(b) <i>Verpleegpersoneelverryking</i>	<b>18</b>
(c) <i>Steunstelsel</i>	<b>19</b>
(d) <i>Konteks</i>	<b>19</b>
(e) <i>Model</i>	<b>19</b>
1.5.2.2 <i>Metodologiese Hulpbronne</i>	<b>20</b>





1.5.2.2.1 <i>Metodologiese Paradigma</i>	20
1.5.3 <b>Publieke of openbare domein</b>	23
1.6 <b>VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE</b>	24
1.7 <b>ETIESE STANDAARDE VAN DIE NAVORSING</b>	24
1.8 <b>SAMEVATTING</b>	24

## **HOOFSTUK 2**

### **NAVORSINGONTWERP EN METODE VAN DIE STUDIE**

2.1 <b>INLEIDING</b>	25
2.2 <b>NAVORSINGSONTWERP</b>	26
2.2.1 <b>Kwalitatiewe benadering</b>	26
2.2.2 <b>Kontekstueel</b>	27
2.2.3 <b>Verkennend</b>	27
2.2.4 <b>Beskrywend</b>	28
2.2.5 <b>Navorsingstrategieë</b>	28
2.2.5.1 <i>Deduktiewe strategie</i>	29
2.2.5.2 <i>Induktiewe strategie</i>	29
2.2.5.3 <i>Die sekvensiële benutting van 'n deduktiewe en induktiewe strategie</i>	30
2.3 <b>TEORIEGENERERING/ MODELONTWIKKELING</b>	30
2.3.1 <b>Tipes teorieë</b>	30
2.3.1.1 <i>Metateorie</i>	31
2.3.2.2 <i>"Grand"teorie</i>	31
2.3.1.3 <i>Middelvlakteorie</i>	32



2.3.1.4 <i>Praktykteorie</i>	32
<b>2.3.2 Toepassing op die studie</b>	<b>33</b>
2.3.2.1 <i>Refleksie-op-aksie</i>	34
2.3.2.2 <i>Refleksie-in-aksie</i>	34
<b>2.3.3 Elemente en benaderings tot modelontwikkeling</b>	<b>35</b>
2.3.3.1 <i>Elemente in modelontwikkeling</i>	36
2.3.3.1.1 <i>Tipologie</i>	37
2.3.3.1.2 <i>Modelle en teorieë</i>	38
2.3.3.2 <i>Benaderinge tot modelontwikkeling</i>	39
<b>2.4 NAVORSINGSMETODE</b>	<b>40</b>
<b>2.5 FASE 1: VASSTELLING VAN BEHOEFTE EN PROBLEME VAN VERPLEEGPERSONEEL</b>	<b>40</b>
2.5.1 <i>Databronne in fase 1</i>	41
2.5.2 <i>Tegnieke gebruik in data-insameling in fase 1</i>	45
2.5.3 <i>Fokusgroeponderhoude</i>	45
2.5.3.1 <i>Elemente van fokusgroeponderhoude</i>	46
(a) <i>Samestelling van fokusgroeponderhoude</i>	46
(b) <i>Reeks fokusgroeponderhoude</i>	47
(c) <i>Eienskappe</i>	47
(d) <i>Kwalitatiewe aard</i>	48
(e) <i>Gefokusde wyse</i>	48
2.5.3.2 <i>Proses van fokusgroeponderhoude</i>	48
(a) <i>Beplanningsfase</i>	49
(b) <i>Voorbereiding van die vrae</i>	50
(c) <i>Seleksie van 'n fasiliteerder/ moderator</i>	51
(d) <i>Vloei van fokusgroeponderhoude</i>	52
(e) <i>Afneem van fokusgroeponderhoude</i>	53
(f) <i>Vraagstelling en vloei van bespreking</i>	54
(g) <i>Datavaslegging van fokusgroeponderhoude</i>	55

	<b>55</b>
2.5.3.3 <i>Populasie en steekproefneming vir fokusgroeponderhoude in fase 1</i>	<b>56</b>
<b>2.5.4 Data-insameling deur middel van individuele onderhoude</b>	<b>59</b>
<i>(a) Beplanning van die vrae</i>	<b>60</b>
<i>(b) Deelnemers</i>	<b>61</b>
<i>(c) Duur</i>	<b>62</b>
<i>(d) Keuse van 'n lokaal en voorbereiding van die omgewing</i>	<b>62</b>
<i>(e) Seleksie van 'n onderhoudvoerder</i>	<b>62</b>
<b>2.5.5 Data-insameling deur observasie/ waarneming in fase 1</b>	<b>63</b>
<b>2.5.6 Data-insameling deur middel van dokumente</b>	<b>64</b>
<b>2.5.7 Data-analise in fase 1</b>	<b>65</b>
2.5.7.1 <i>Uitklaring en bevestiging van bevindinge</i>	<b>67</b>
2.5.7.2 <i>Betrokkenheid van mede-kodeerder</i>	<b>67</b>
<b>2.5.8 Teoretiese begroning van empiriese bevindinge</b>	<b>68</b>
<b>2.6 FASE 2: KONSEPTUALISERING: MODELONTWIKKELING</b>	<b>70</b>
<b>2.6.1 Verskynselanalise</b>	<b>73</b>
<i>(a) Konsep-identifisering</i>	<b>73</b>
<i>(b) Konsepanalise</i>	<b>74</b>
<i>(c) Konsepsintese</i>	<b>75</b>
<i>(d) Konsepderivasië</i>	<b>75</b>
<i>(e) Stellingsintese</i>	<b>76</b>
<i>(f) Teoriesintese/ Modelsintese</i>	<b>76</b>
<b>2.7 FASE 3: DIE PROSES VAN IMPLEMENTERING, VALIDERING EN VERFYNING</b>	<b>77</b>



<b>2.7.1 Populasie en steekproefneming van verpleegeenheid vir implementering van die model vir verpleegpersoneelverryking</b>	<b>77</b>
<b>2.7.2 Evaluering van die model deur kundiges</b>	<b>78</b>
<b>2.7.3 Kriteria vir evaluering</b>	<b>78</b>
<i>(a) Duidelikheid</i>	<b>79</b>
<i>(b) Eenvoud</i>	<b>80</b>
<i>(c) Algemeenheid</i>	<b>80</b>
<i>(d) Empiriese bruikbaarheid</i>	<b>80</b>
<i>(e) Gevolge</i>	<b>80</b>
<b>2.7.4 Riglyne vir operasionalisering</b>	<b>81</b>
<b>2.8 VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE</b>	<b>81</b>
<b>2.8.1 Waarheidswaarde</b>	<b>82</b>
<b>2.8.2 Neutraliteit</b>	<b>85</b>
<b>2.8.3 Toepaslikheid</b>	<b>86</b>
<b>2.8.4 Konstantheid</b>	<b>86</b>
<b>2.9 ETIESE STANDAARDE VAN DIE STUDIE</b>	<b>86</b>
<b>2.10 SAMEVATTING</b>	<b>87</b>

### **HOOFSTUK DRIE**

#### **EMPIRIESE BEVINDINGE, TEORETIESE BEGRONDING EN SAMEVATTENDE STELLINGS VAN FASE 1**

<b>3.1 INLEIDING</b>	<b>88</b>
----------------------	-----------

(iii) Samevattende stellings	136
(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte	137
<b>3.4 SAMEVATTING</b>	<b>138</b>

## HOOFSTUK 4

### **EMPIRIESE BEVINDINGE, TEORETIESE BEGRONDING EN SAMEVATTENDE STELLINGS VAN FASE 1 (vervolg)**

<b>4.1 INLEIDING</b>	<b>139</b>
<b>4.2 BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE VAN FASE 1.</b>	<b>139</b>
<i><u>Kategorie 3: Effektiewe spanfunksionering</u></i>	<b>139</b>
<b>(i) Empiriese bevindinge</b>	<b>140</b>
<i><u>Subkategorie 3.1: Effektiewe en doeltreffende spanwerk</u></i>	<b>140</b>
(a) Roluitklaring	<b>141</b>
(b) Aktiewe betrokkenheid van spanlede	<b>143</b>
(c) Deelnemende besluitneming en probleem- oplossing	<b>144</b>
(d) Reflektiewe denke en praktykvoering	<b>145</b>
(e) Harmonieuse samewerking binne die span te bewerkstellig	<b>146</b>
(f) Gedeelde visie, missie en doelwitte	<b>147</b>
(g) Vennootskappe	<b>148</b>
<b>(ii) Teoretiese begronding</b>	<b>149</b>
(a) Effektiewe spanfunksionering	<b>149</b>
(b) Aktiewe betrokkenheid	<b>150</b>
(c) Deelnemende besluitneming en probleem- oplossing	<b>150</b>
(d) Reflektiewe denke en praktykvoering	<b>150</b>
(e) Harmonieuse samewerking	<b>151</b>
(f) Gedeelde visie, missie en doelwitte	<b>152</b>
(g) Vennootskappe	<b>152</b>



<b>(iii) Samevattende stellings</b>	<b>153</b>
<b>(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte</b>	<b>155</b>
<b><u>Kategorie 4: Vaardigheidsontwikkeling</u></b>	<b>155</b>
<b>(i) Empiriese bevindinge</b>	<b>155</b>
<b><u>Subkategorie 4.1: Vermoëns</u></b>	<b>156</b>
(a) Vaardighede	156
(b) Bestuursvaardighede	158
(c) Vaardighede om verandering te bestuur	162
<b><u>Subkategorie 4.2: Effektiewe stresshantering</u></b>	<b>162</b>
<b><u>Subkategorie 4.3: Benutting van kliniese verpleegspesialiste</u></b>	<b>163</b>
<b>(ii) Teoretiese begroning</b>	<b>164</b>
(a) Vermoëns	165
(b) Bestuursvaardighede	167
(c) Vaardighede in die bestuur van verandering	168
(d) Benutting van kliniese verpleegspesialiste	169
<b>(iii) Samevattende stellings</b>	<b>170</b>
<b>(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte</b>	<b>171</b>
<b><u>Kategorie 5: Ondersteunende kommunikasieklimaat</u></b>	<b>171</b>
<b>(i) Empiriese bevindinge</b>	<b>172</b>
<b><u>Subkategorie 5.1: Eienskappe en houdinge</u></b>	<b>173</b>
(a) Effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede	173
(b) Effektiewe persoonlike en professionele eienskappe en houdinge	177
(c) Die skep van 'n vertrouensverhouding	180
(d) Waardering van die persoon in eie reg	181
(e) Taalsensitiwiteit	182
(f) Spanbou deur sosialisering	183
<b>(ii) Teoretiese begroning</b>	<b>184</b>
(a) Effektiewe kommunikasie en interpersoonlike verhoudingsvaardighede	185
(b) Persoonlike en professionele eienskappe en houdinge	189



(iii) Samevattende stellings	190
(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte	192
<b>4.3 SAMEVATTEND</b>	<b>192</b>

## HOOFSTUK VYF

### EMPIRIESE BEVINDINGE, TEORETIESE BEGRONDING EN SAMEVATTENDE STELLINGS VAN FASE 1 (vervolg)

<b>5.1 INLEIDING</b>	<b>193</b>
<b>5.2 BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE VAN FASE 1</b>	<b>193</b>
<u>Kategorie 6: Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe</u>	193
(i) Empiriese bevindinge	194
<u>Subkategorie 6.1: Strategiese hulpbronbestuur</u>	194
<u>Subkategorie 6.2: Die skep van effektiewe en doeltreffende organisatoriese strukture en sisteme</u>	195
(a) Die skep van 'n struktuur en sisteem vir effektiewe en doeltreffende spanwerk	197
<u>Subkategorie 6.3: Die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike hulpbronne</u>	198
(a) Verpleegpersoneelbestuur	198
(b) 'n Psigo-sosiale en emosionele ondersteuningsstelsel	204
<u>Subkategorie 6.4: Risikobestuur</u>	206
<u>Subkategorie 6.5: Effektiewe en doeltreffende bestuur van materiële hulpbronne</u>	208
(a) Uitnemende finansiële bestuursvaardighede	208
(b) Effektiewe en doeltreffende administratiewe ondersteuningsdienste	209
(ii) Teoretiese begroning	212
(a) Strategiese hulpbronbestuur	212
(b) Effektiewe en doeltreffende strukture, sisteme, en prosesse	214
(c) Effektiewe menslike hulpbronbestuur	220



(d) <i>Psigo-sosiale en emosionele ondersteuning</i>	225
(e) <i>Risiko bestuur</i>	226
(f) <i>Finansiële bestuur</i>	227
(g) <i>Ondersteuningsdienste</i>	228
<b>(iii) Samevattende stellings</b>	<b>229</b>
<b>(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte</b>	<b>231</b>
<b>5.3 SAMEVATTEND</b>	<b>241</b>

## **HOOFSTUK 6**

### **DIE BESKRYWING VAN 'N MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

<b>6. 1 INLEIDING</b>	<b>242</b>
<b>6.2 AANNAMES VAN DIE MODEL</b>	<b>245</b>
<b>6.3 BESKRYWING VAN DIE MODEL</b>	<b>245</b>
<b>6.3.1 Konteks van die model vir verpleegpersoneelverryking</b>	<b>245</b>
<b>6.3.2 Oorsigtelike beskrywing van die model</b>	<b>246</b>
<b>6.3.3 Die struktuur van die model vir verpleegpersoneelverryking</b>	<b>248</b>
<b>6.3.3.1 Sentrale konsep en verwante konsepte</b>	<b>248</b>
(a) <i>Sentrale konsep: Verpleegpersoneelverryking</i>	<b>248</b>
(b) <i>Verwante konsepte</i>	<b>249</b>
<b>6.3.3.2 Die aard van die struktuur van die model</b>	<b>255</b>
(a) <i>Strukturele omgewing</i>	<b>255</b>
(b) <i>Rigtinggewendheid</i>	<b>255</b>
(c) <i>Voorstelling van die sirkulêre eienskappe van die prosesse</i>	<b>256</b>



(d) <i>Voorstelling van 'n verpleegpersoneelverrykingskontinuum</i>	257
<b>6.3.4 Verhoudingstellings van die model</b>	<b>257</b>
<b>6.3.5 Prosesbeskrywing van die model</b>	<b>261</b>
<b>6.3.6 Evaluering van die model</b>	<b>263</b>
6.3.6.1 <i>Duidelikheid</i>	263
6.3.6.1.1 <i>Semantiese duidelikheid</i>	263
6.3.6.1.2 <i>Semantiese konsekwentheid</i>	263
6.3.6.1.3 <i>Strukturele duidelikheid</i>	264
6.3.6.1.4 <i>Strukturele konsekwentheid</i>	264
6.3.6.2 <i>Eenvoud</i>	264
6.3.6.3 <i>Algemeenheid</i>	264
6.3.6.4 <i>Bruikbaarheid van die model</i>	264
<b>6.4 SAMEVATTING</b>	<b>265</b>

## **HOOFSTUK SEWE**

### **VALIDERING EN VERFYNING VAN 'N MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

<b>7.1 INLEIDING</b>	<b>266</b>
<b>7.2 DIE PROSES VAN IMPLEMENTERING VAN DIE MODEL</b>	<b>266</b>
<b>7.2.1 Stappe in die proses: Bewuswording van 'n probleem</b>	<b>268</b>
(a) <i>Refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie</i>	268
(b) <i>Strategieë vir verandering</i>	270
(c) <i>Intervensies</i>	270
(d) <i>Evaluering en terugvoer</i>	271
<b>7.2.2 Verdere resultate van die studie</b>	<b>271</b>
(a) <i>Die ontwikkeling van 'n personeelondersteuning-sisteem</i>	271



(b) Motiveringsessie	272
(c) Kapasiteitsbou van verpleegpersoneel	272
<b>7.3 WAARDE VAN DIE MODEL</b>	<b>273</b>
<b>7.4 RIGLYNE VIR OPERASIONALISERING</b>	<b>274</b>
<b>7.5 SAMEVATTING</b>	<b>279</b>
<b>HOOFSTUK AGT</b>	
<b>EVALUERING VAN DIE STUDIE, BEPERKINGE EN</b>	
<b>AANBEVELINGS VIR DIE VERPLEEGPRAKTYK EN VERDERE</b>	
<b>NAVORSING</b>	
<b>8.1 INLEIDING</b>	<b>280</b>
<b>8.2 EVALUERING VAN DIE STUDIE</b>	<b>280</b>
<b>8.3 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE</b>	<b>283</b>
<b>8.4 AANBEVELINGS</b>	<b>284</b>
<b>8.5 SAMEVATTING</b>	<b>285</b>
<b>PERSOONLIKE BELEWENIS VAN DIE NAVORSER</b>	<b>286</b>
<b>BRONNELYS</b>	<b>287</b>



**BYLAES**

TOESTEMMING VAN DIE ETIESE KOMMITTEE BYLAE A

TOESTEMMING VAN DIE GAUTENG

DEPARTEMENT GESONDHEID BYLAE B

TOESTEMMING VAN KALAFONG HOSPITAAL BYLAE C

INGELIGDE TOESTEMMING VAN DIE

DEELNEMERS BYLAE D

DEURLOOP DEUR HOSPITAAL

BYLAE E

VOORBEELD VAN TRANSKRIPSIES

BYLAE F

OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING

BYLAE G

KONTROLE LYS

BYLAE H

LYS VAN KONSEPTE

BYLAE I

VOORBEELD VAN SKEDULES

BYLAE J

VOORBEELDE VAN IMPLEMENTERING

BYLAE K

<b>LYS VAN TABELLE</b>	<b>BLADSY</b>
TABEL 2.1:            TEORIE GENERERING, NAVORSINGSMETODE EN DENKSTRATEGIEË IN DIE ONTWIKKELING VAN DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING	<b>42</b>
TABEL 2.2:            DATA-INSAMELING VAN FASE 1	<b>44</b>
TABEL 2.3:            STRATEGIEË VIR TEORIE-ONTWIKKELING	<b>72</b>
TABEL 2.4:            STEEKPROEF VAN PANEEL VAN KUNDIGES	<b>81</b>
TABEL 2.5:            VERGELYKING VAN KRITERIA VAN NAVORSINGSBENADERINGS	<b>82</b>
TABEL 3.1:            SKEMATIESE UITEENSETTING VAN TEMAS, KATEGORIEË EN SUBKATEGORIEË	<b>93</b>
TABEL 3.2:            OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING VAN FASE 1	<b>94</b>
TABEL 5.1            OPSOMMING GEGEE VAN DIE KATEGORIEË, SUBKATEGORIEË, SAMEVATTENDE STELLINGS ASOOK HOOFKONSEPTE VAN DIE BEVINDINGE	<b>232</b>
TABEL 7.1            RIGLYNE VIR DIE OPERATIONALISERING VAN 'N MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING	<b>275</b>

<b>LYS VAN FIGURE</b>	<b>BLADSY</b>
FIGUUR 1.1: 'N GEÏNTEGREERDE MODEL VIR SOSIALE WETENSKAPPE	<b>12</b>
FIGUUR 1.2: DIE NAVORSINGSPROSES	<b>21</b>
FIGUUR 2.1: SKAKELING TUSSEN VERSKILLENDE VLAKKE VAN TEORIE-ONTWIKKELING/ MODELONTWIKKELING	<b>33</b>
FIGUUR 2.2: DIE AARD VAN KONSEPTUELE RAAMWERKE	<b>39</b>
FIGUUR 2.3: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN VERBAND TUSSEN FASES 1, 2 EN 3	<b>43</b>
FIGUUR 3.1: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN HOOFKONSEPTE VAN KATEGORIE 1	<b>116</b>
FIGUUR 3.2: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN HOOFKONSEPTE VAN KATEGORIE 2	<b>137</b>
FIGUUR 4.1: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN HOOFKONSEPTE VAN KATEGORIE 3	<b>155</b>
FIGUUR 4.2: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN HOOFKONSEPTE VAN KATEGORIE 4	<b>171</b>
FIGUUR 4.3: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN HOOFKONSEPTE VAN KATEGORIE 5	<b>192</b>
FIGUUR 5.1: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN HOOFKONSEPTE VAN KATEGORIE 6	<b>231</b>



FIGUUR 6.1

MODEL VIR VERPLEEGPERSONEEL-  
VERRYKING VIR UITNEMENDHEID IN  
VERPLEGING

**244**



## **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 normes 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 gezondheidstoestand 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 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 strew na uitnemendheid en as veilige, vaardige verpleegpraktisyns 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 professie 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 hiedie 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).

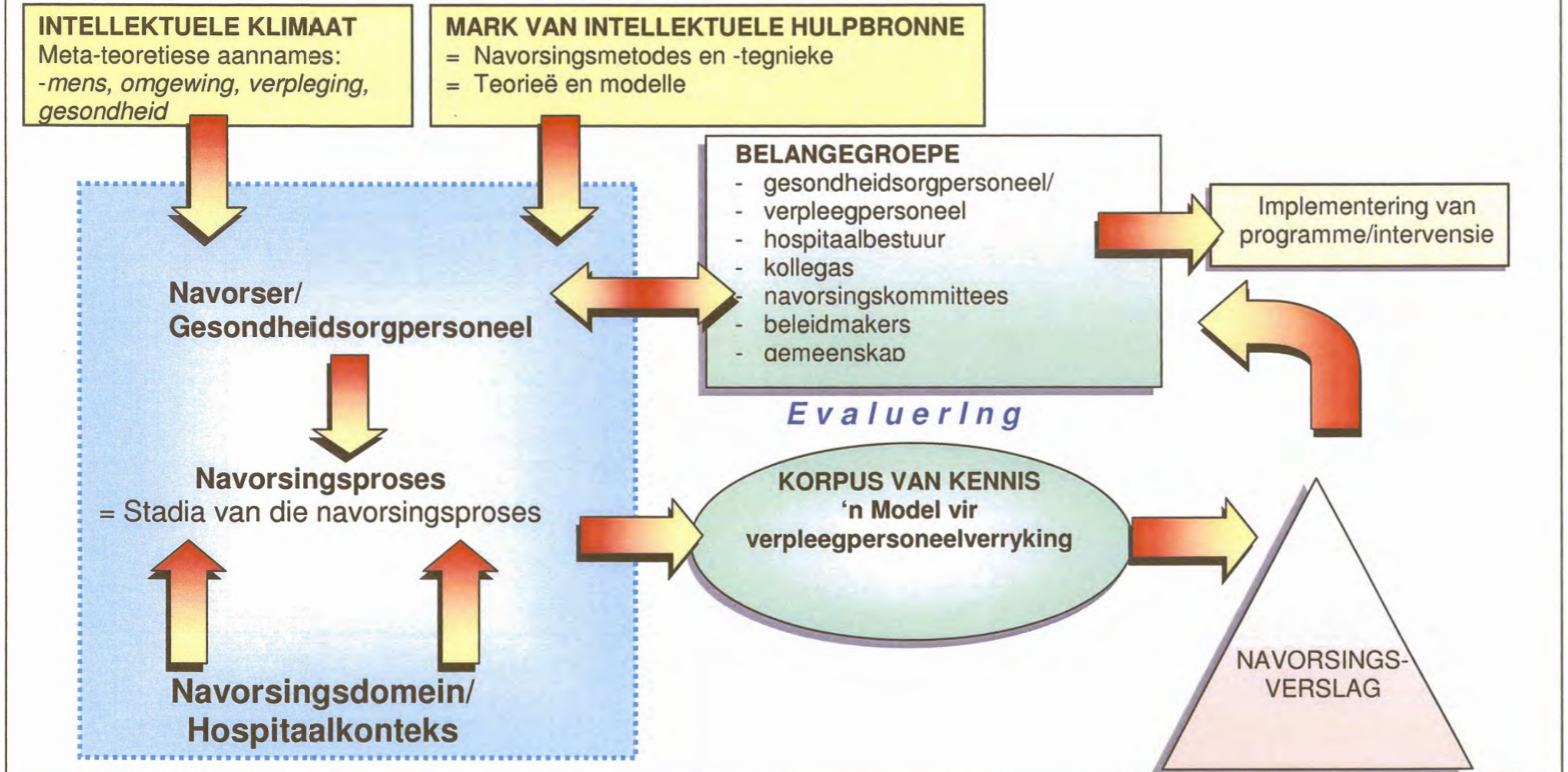
#### **1.4 SENTRAAL TEORETIESE STELLING**

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**

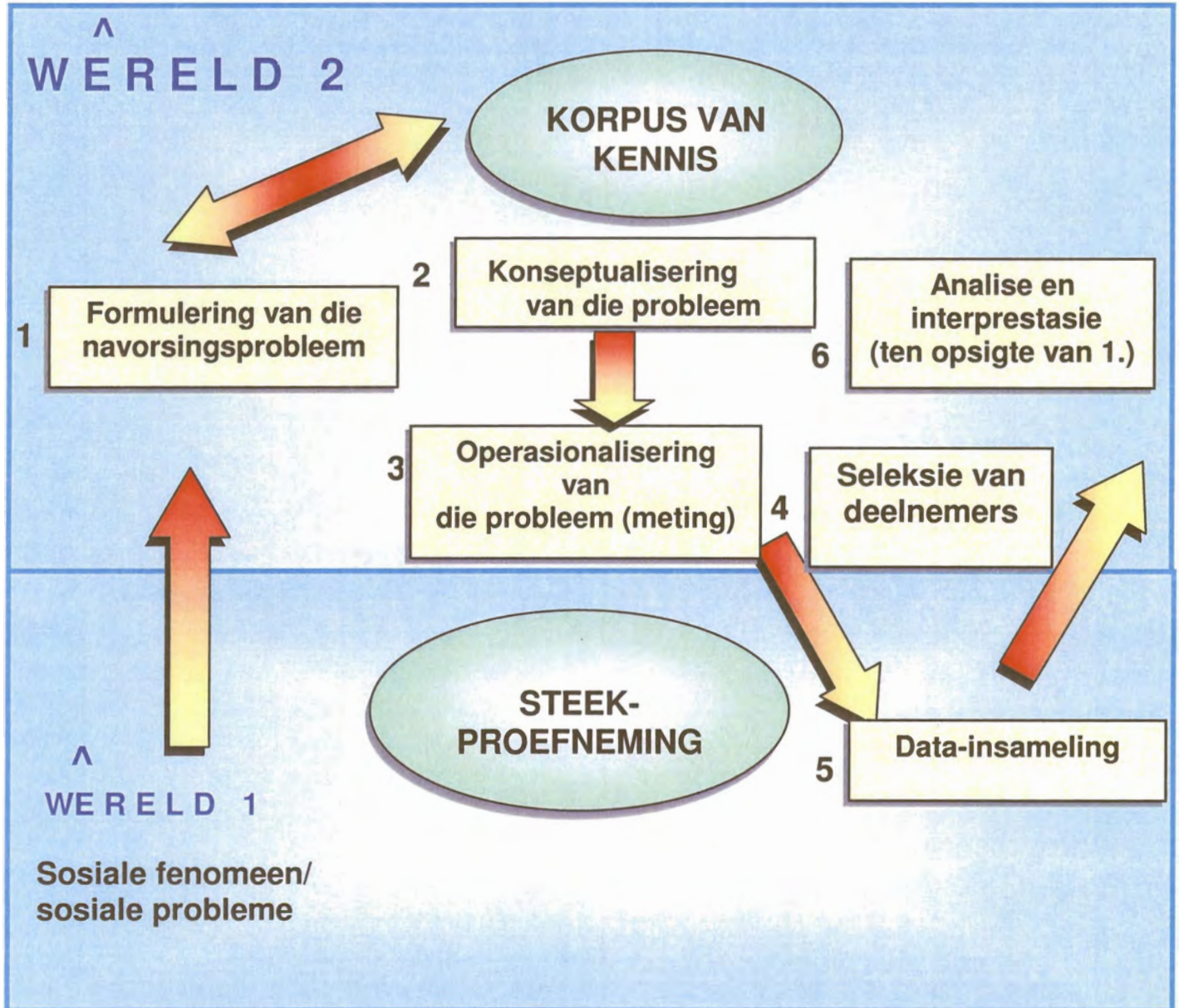
Die studie is kwalitatief van aard om die doel van die navorsing te bereik naamlik: die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking binne 'n hospitaalkonteks.

###### **□ 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"><li>□ <b>Wat is die behoeftes of probleme wat die verpleegpersoneel binne die hospitaal ervaar?</b></li><li>□ <b>Wat het 'n verpleegkundige nodig om haar/sy rol en verantwoordelikhede binne die hospitaal te vervul?</b></li></ul> |
|--|

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 STANDAAARDE VAN DIE NAVORSING

Die standarde 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 standarde 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 begronding 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  UNIVERSITEIT VAN PRETORIA  
UNIVERSITY OF PRETORIA  
YUNIBESITHI YA PRETORIA praktyk 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 praktyk deur verplegingspraksis te integreer, word die gaping tussen teorie en praktyk 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 verpleegpraktyk 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 konstrukte van die navorsing en stel dit dat geen navorsing buite die kader van konstrukte plaasvind nie. Die konstrukte 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 ervarings 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 konstruksies of konsepte, definisies en verhoudings 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.

	<b>Tipologie</b>	<b>Model</b>	<b>Teorie</b>
Funksies	<b>Klassifiseer</b>	Klassifiseer	Klassifiseer
	<b>Kategoriseer</b>	Kategoriseer	Kategoriseer
		<b>Heuristies</b>	Heuristies
		<b>Ontdekkend</b>	Ontdekkend
			<b>Verklaar</b>

**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:**

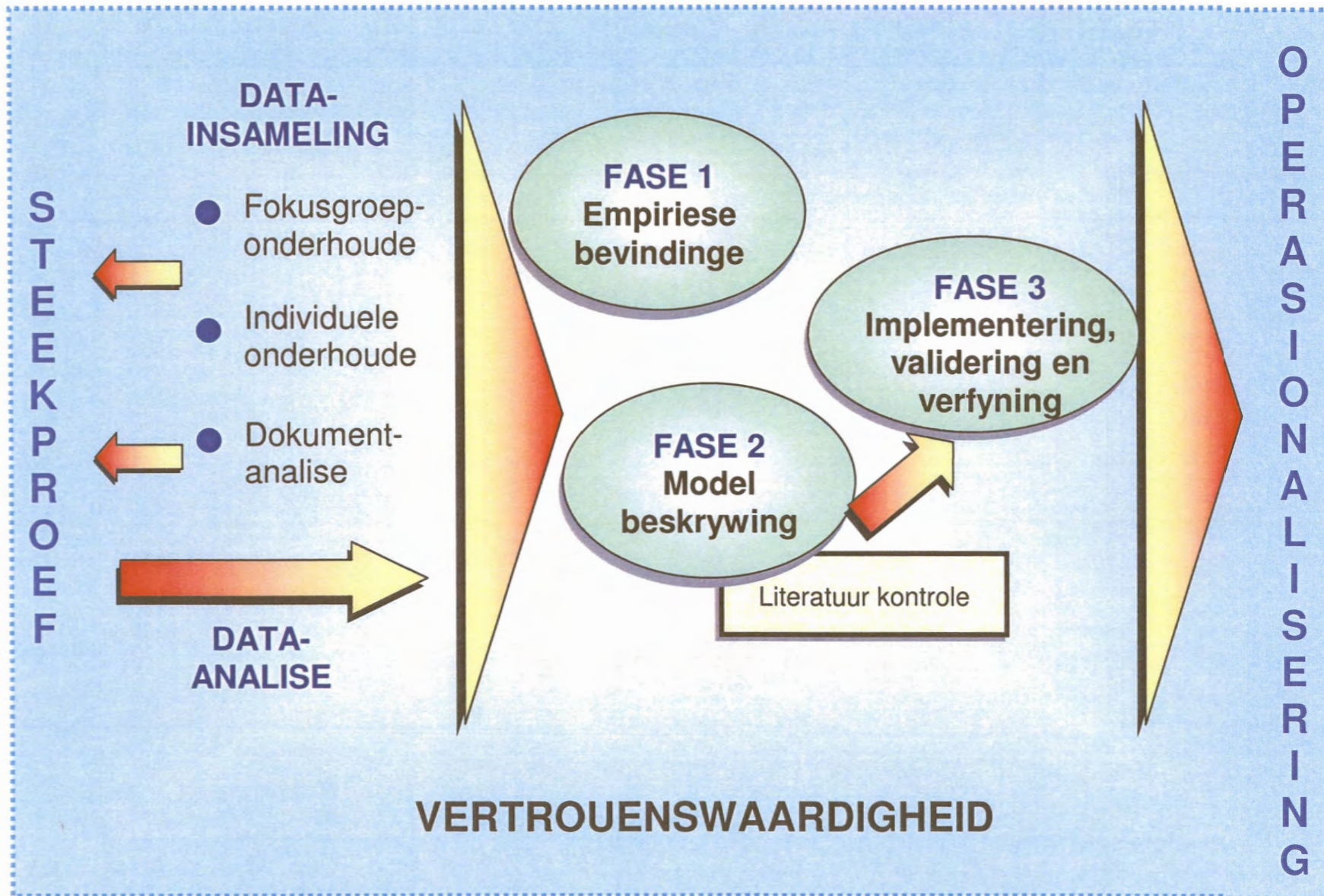
□ Indirekte observasie of waarneming wat verbale gedrag op geskrewe en verbale response van die deelnemers insluit word gebruik in die proses van data-insameling (Mouton & Marais, 1993:77). In hierdie studie verwys indirekte observasie na fokusgroeponderhoude en individuele onderhoude wat met deelnemers 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 getuienis 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><b>Stap 1:</b> Konsep-analise Konsep: -identifisering; -definiëring; en -klassifikasie.</p> <p><b>Sentrale konsep:</b> Model vir verpleegpersoneelverryking.</p>	<p><b>Fase 1:</b> 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><b>Date-insameling:</b> Indirekte waarneming/observasie wat insluit fokusgroep-onderhoude en individuele onderhoude. Deelnemende observasie. Fisiese spore en argivale bronne. <b>Populasie en steekproef:</b> Teoretiese steekproefneming. <b>Data-analise:</b> Inhouds-analise. Kategorisering. Literatuur kontrole. Gevolgtrekkings tov inhouds-analise.</p>	<p>Deduktiewe en induktiewe redenering.</p> <p><b>Onderhoude:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Induktief.</li> <li>• Deduktief</li> <li>• Analities.</li> <li>• Sintese.</li> </ul>
<p><b>Stap 2:</b> Konstruksie van teoretiese verhoudinge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhouding tussen konsepte.</li> <li>• Tentatiewe model..</li> <li>• Verhoudingstellers van model .</li> </ul>	<p><b>Fase 2:</b> 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"> <li>• Induktief.</li> <li>• Deduktief.</li> <li>• Analise.</li> <li>• Sintese.</li> <li>• Derivasie.</li> <li>• Modelbou.</li> </ul>
<p><b>Stap 3:</b> Struktuur en proses- beskrywing.</p>	<p><b>Fase 3:</b> Implementering, validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.</p>	<p>Struktuur en proses beskrywing. Evaluering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Induktief.</li> <li>• Deduktief.</li> <li>• Derivasie.</li> <li>• Sintese.</li> <li>• Modelbou.</li> </ul>
	<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"> <li>• Deduktief.</li> <li>• Hipotese-generened.</li> </ul>





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)

<b>Databronne</b>	<b>Data-insamelingsmetodes</b>		<b>Toepassing in Fase 1</b>
Menslike gedrag. Menslike eienskappe.	Indirekte observasie/ waarneming.  Waarneembare gedrag en eienskappe.	Verbale gedrag op geskrewe en verbale response: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> fokusgroep onderhoude; en</li> <li><input type="checkbox"/> individuele onderhoude.</li> </ul> Menslike gedrag, sosiale interaksie, observeerbare / waarneembare eienskappe soos: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> geslag;</li> <li><input type="checkbox"/> fisiese lokaliteit/plek;</li> <li><input type="checkbox"/> nie-verbale gedrag; en</li> <li><input type="checkbox"/> deelnemende observasie in ongestruktueerde situasies.</li> </ul>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> mediaberigte;</li> <li><input type="checkbox"/> gevallestudies;</li> <li><input type="checkbox"/> briewe; en</li> <li><input type="checkbox"/> rekords/dokumente.</li> </ul>	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 gemoedlike 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. Selfdisipline 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 reëlings 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"><li>1. Hoe ervaar u die verpleegsorg?</li><li>2. Watter leemtes ervaar u in die sorg wat die verpleegpersoneel lewer?</li></ol> |
|---|

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 gegenereer 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 saalrondte 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?; Waartoe 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 saamgegroeper 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 bevindings**

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 bevindings 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 mede-kodeerder). 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)

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

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

#### **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 audit (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.

**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**HOOFSTUK DRIE**

**EMPIRIESE BEVINDINGE,  
TEORETIESE BEGRONDING EN  
SAMEVATTENDE STELLINGS VAN  
FASE 1**

**3.1 INLEIDING**

In hoofstuk een is 'n oorsig tot die studie beskryf en in hoofstuk twee die navorsingsontwerp en –metode. Die doel van hoofstuk drie is die begin van die beskrywing van die bevindinge 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 as steunstelsel, vir uitnemendheid in verpleging aangespreek behoort te word.

Die beskrywing van die bevindinge word in drie hoofstukke (hoofstukke drie, vier en vyf) beskryf vanweë die multidimensionele aard van die behoeftes en probleme wat deur deelnemers geverbaliseer is. Teoretiese begronding van elke kategorie vind plaas na afloop van die beskrywing van die empiriese bevindinge, waarna samevattende stellings gemaak word. Na afloop van die beskrywing van elke kategorie word 'n skematiese voorstelling van die hoofkonsepte voorgehou. Die

empiriese bevindings, teoretiese bevindings en samevattende stellings word in hoofstuk ses benut in die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking.

### **3.2 METODE VAN BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE VAN FASE 1**

Die metode van data-insameling en data-analise in fase 1 is volledig in hoofstuk twee beskryf. Alvorens die studie in aanvang geneem het, is vyf (n=5) bekendstelling/ ontmoetingsessies met die Kalafong Hospitaal se mediese- en verpleegpersoneel (n=84) gehou om die behoefte vir so 'n studie te bepaal. Gedurende die ontmoetingsessie is die behoefte aan so 'n studie deur die deelnemers bevestig en is daar ook tydens die sessies behoeftes, probleme en verwagtinge wat binne die hospitaalkonteks deur die verpleegpersoneel ondervind word, geverbaliseer. 'n Opsomming van die hoofprobleme, behoeftes en verwagtinge wat deur die deelnemers geverbaliseer is word beskryf (verwys 3.3.1).

Voor die afneem van die onderhoude is 'n besigtigingsdeurloop ("walk through") deur die hospitaal deur die navorser gedoen. Die hoofprobleme wat deur die navorser geïdentifiseer is tydens die deurloop word benut as wyse van triangulering (Kyk: Bylae E). Die empiriese bevindings van die fokusgroeponderhoude, individuele onderhoude, pasiëntonderhoude en deelnemende observasie word beskryf (verwys 3.3.2) en word teoreties begrond waarna samevattende stellings gemaak word.

Die navorser het twaalf fokusgroeponderhoude (n=12), elf opvolg-fokusgroeponderhoude (n=11), en twintig individuele

onderhoude (n=20) met deelnemers en agt individuele onderhoude met pasiënte (n=8) gevoer. Die onderhoude met pasiënte is gevoer as metode van triangulering om te bevestig wat die deelnemers oor pasiëntsorg geverbaliseer het. Slegs agt onderhoude oor die pasiënte se belewenis van pasiëntsorg is gevoer tot dataversadiging bereik is.

Deelnemers het alle kategorieë mediese- en verpleegpersoneel asook mediese- en verpleegstudente en hospitaalbestuur ingesluit. Die getal deelnemers (n=316) dui op die totale hoeveelheid deelnemers wat by die sessies opgedaag het, en is nie noodwendig elke keer dieselfde persone nie. Dit is nie as 'n leemte beskou as dieselfde persone nie die opvolg-fokusgroeponderhoude kon bywoon nie, maar eerder as 'n wyse om data-triangulering te ondersteun. Die hooftrekke van die data is bevestig gedurende die opvolg-fokusgroeponderhoude waar die navorser elke kategorie en subkategorie van die bevindinge van fase 1 aan die deelnemers voorgehou het. Geleentheid is aan die deelnemers gebied vir bevestiging, uitklaring of wysiging. Elke kategorie en subkategorie word beskryf vanuit die interpretasies wat gemaak is uit die empiriese data. Aanhalings uit die rou data word benut om die interpretasies te begrond.

As gevolg van die sensitiwiteit van data, etiese oorweginge en ter wille van die versekering van konfidensialiteit, word slegs gedeeltes uit transkripsies van fokusgroep- en individuele onderhoude verbatim aangehaal om interpretasies te steun. Die verbatim aanhalings is kursief gedruk en word in kantige hakkies aangegee, byvoorbeeld [*...die omgewing van die hospitaal...*]. Waar daar onduidelikheid is oor sekere konsepte wat aangehaal word in van die stellings, word konsepte vir duidelikheid deur die



navorser in ronde hakkes ingevoeg, byvoorbeeld [...hulle (verpleegkundiges)..].

In tabel 3.1 word 'n uiteensetting gegee van die verskillende metodes van data-insameling, die getal afgeneem, asook die hoeveelheid deelnemers wat daarby betrokke was. Elkeen van die onderhoude was genommer en hierdie nommer byvoorbeeld (t.1) verwys na die transkripsie een. Onderhoude is in Engels of Afrikaans afgeneem en die aanhalings geskied in die taal waarin dit afgeneem is. 'n Afskrif van een van die getranskriebeerde onderhoude en die wyse waarop dit geanaliseer is dien as voorbeeld (Kyk: Bylae F). 'n Opsomming van die afkortings word op elke bladsy van tabel 3.1 aangetoon.

Elkeen van die hoofkategorieë word onderverdeel in subkategorieë. Nadat elke kategorie en subkategorie se empiriese bevindinge beskryf is word die teoretiese begronding voorgehou. Daarna word samevattende stellings gemaak. 'n Skematiese voorstelling van die hoofkonsepte word na elke kategorie gedoen. Dit word in hoofstuk ses benut vir die ontwikkeling van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die beskrywing van die bevindinge van fase 1 word byvoorbeeld as volg voorgehou:

### **Kategorie 1:**

(i) Empiriese bevindinge

#### **1.1 Subkategorie:**

#### **1.2 Subkategorie:**

(ii) Teoretiese begronding

(iii) Samevattende stellings

(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte

**Kategorie 1:**

(i) Empiriese bevindinge

**1.1 Subkategorie:**

**1.2 Subkategorie:**

(ii) Teoretiese begronding

(iii) Samevattende stellings

(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte

Na afloop van die beskrywing van die empiriese- en teoretiese bevindinge van fase 1 word 'n opsomming van die hoofkategorieë, subkategorieë en stellings van fase 1 in tabelvorm aangebied in hoofstuk vyf (tabel 5.1).

TABEL 3.1: SKEMATIESE UITEENSETTING VAN TEMAS, KATEGORIEË EN SUBKATEGORIEË

Kategorie	Subkategorie
<b>Kategorie 1:</b> Die skep van 'n milieu wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.	<b>Subkategorie 1.1:</b> 'n Waarde gedrewe milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer met begrip vir die tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks. (a) 'n Gedeelde waardesisteem en werksetiek. (b) 'n Koesterende etos.
<b>Kategorie 2:</b> Professionele optrede binne etiese en wetlike raamwerk.	<b>Subkategorie 2.1:</b> Professionele aanspreeklikheid. (a) Professionele aanspreeklikheid met betrekking tot bestek van praktyk. (b) Professionele aanspreeklikheid met betrekking tot wetlike verpligtinge vir die handhawing van pasiëntregte.
<b>Kategorie 3:</b> Effektiewe spanfunksionering.	<b>Subkategorie 3.1:</b> Effektiewe en doeltreffende spanwerk. (a) Roluitklaring. (b) Aktiewe betrokkenheid van spanlede. (c) Deelnemende besluitneming en probleemoplossing. (d) Reflektiewe denke en praktykvoering. (e) Harmonieuse samewerking binne die span te bewerkstellig. (f) Gedeelde visie, missie en doelwitte. (g) Vennootskappe.
<b>Kategorie 4:</b> Vaardigheidsontwikkeling.	<b>Subkategorie 4.1:</b> Vermoëns. (a) Vaardighede. (b) Bestuursvaardighede. (c) Vaardighede om verandering te bestuur. <b>Subkategorie 4.2:</b> Effektiewe streshantering. <b>Subkategorie 4.3:</b> Benutting van kliniese verpleeg-spesialiste.
<b>Kategorie 5:</b> Ondersteunende kommunikasieklimaat.	<b>Subkategorie 5.1:</b> Eienskappe en houdings. (a) Effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede. (b) Effektiewe persoonlike en professionele eienskappe en houdinge. (c) Die skep van 'n vertrouensverhouding. (d) Waardering van die persoon in eie reg. (e) Taalsensitiwiteit. (f) Spanbou deur sosialisering.
<b>Kategorie 6:</b> Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe.	<b>Subkategorie 6.1:</b> Strategiese hulpbronbestuur. <b>Subkategorie 6.2:</b> Die skep van effektiewe en doeltreffende organisatoriese strukture en sisteme. (a) Die skep van 'n struktuur en sisteem vir effektiewe en doeltreffende spanwerk. <b>Subkategorie 6.3:</b> Die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike hulpbronne. (a) Verpleegpersoneelbestuur. (b) 'n Psigo-sosiale en emosionele ondersteuningsisteem. <b>Subkategorie 6.4:</b> Risikobestuur. <b>Subkategorie 6.5:</b> Effektiewe en doeltreffende bestuur van materiële hulpbronne. (a) Uitnemende finansiële bestuursvaardighede. (b) Effektiewe en doeltreffende administratiewe ondersteuningsdienste.

**TABEL 3.2: OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING VAN FASE 1**

Sleutel vir afkortings:

FO = Fokusgroeponderhoude

OF = Opvolg fokusgroeponderhoude

T = Transkripsie

FO en OF	FO 1	OF 2	FO 3	OF 4	FO 5	OF 6	FO 7	OF 8	FO 9	OF 10	FO 11	OF 12	FO 13	OF 14	FO 15	OF 16	FO 17	OF 18	FO 19		
Nommer	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	t11	t12	t13	t14	t15	t16	t17	t18	t19		
Getal deelnemers (n)	11	10	19	8	4	7	8	3	3	9	13	13	8	17	12	7	14	6	3		
FO en OF vervolg	OF 20	FO 21	OF 22	FO 23																	
Nommer	t20	t21	t22	t23																	
Getal deelnemers (n)	13	6	5	5																	

FO=12  
en  
OF=11  
Totaal:  
n=(23)

(n=204)

**TABEL 3.1: OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING VAN FASE 1**

Sleutel vir afkortings:

IO = Fokusgroeponderhoude

PO = Pasiëntonderhoude

T = Transkripsie

IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO20	IO (n)=20
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			
Nommer	t24	t25	t26	t27	t28	t29	t30	t31	t32	t33	t34	t35	t36	t37	t38	t39	t40	t41	t42	t43		
Getal deelnemer (n)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		(n)=20
PO	1	2	3	4	5	6	7	8														PO (n)=8
Nommer	t44	t45	t46	t47	t48	t49	t50	t51														
Getal deelnemers (n)	1	1	1	1	1	1	1	1														(n)=8

**TABEL 3.1: OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING VAN FASE 1**

Sleutel vir afkortings:

AO = Aanvanklike ontmoetingsessies

DO = Deelnemende observasie

V = Veldnotas

AO	AO 1	AO 2	AO 3	AO 4	AO 5															(n)=5
Nommer	v.1	v.2	v.3	v.4	v.5															
Getal deelnemers (n)	12	13	18	31	10															(n)=84
DO Getal	v.51	v.52	v.53	v.54	v.55															(n)= 16
<b>Totale getal deelnemers</b>																				<b>(n)=316</b>
<b>Totale getal onderhoude</b>																				<b>(n)=51</b>

### 3.3 BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE VAN FASE 1

#### 3.3.1 Aanvanklike ontmoetingsessies

Alvorens die empiriese bevindinge van die onderhoude beskryf word, is dit nodig om enkele aspekte voor te hou van die ontmoetingsessies (n=5) wat met die mediese- en verpleegpersoneel (n=84) gehou is. Tydens die sessies is die idee van die navorsingsprojek aan die deelnemers voorgehou. Die deelnemers was positief en het die behoefte uitgespreek vir 'n studie wat fokus op verpleegpersoneelverryking om die verpleegpersoneel in staat te stel om hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul. Daar is tot 'n gesamentlike besluit gekom om 'n model vir verpleegpersoneelverryking in verpleging te ontwikkel binne die unieke konteks van die Kalafong Hospitaal. Die belang van die studie is gedurende die sessies bevestig en deelname aan die studie is verseker.

In die ontmoetingsessies is verskeie behoeftes en probleme rakende verpleegpersoneelverryking uitgespreek asook die verwagtinge van die verpleegpersoneel wat vanuit die studie aangespreek behoort te word. Hierdie behoeftes en probleme word in die volgende afdeling volledig beskryf vanuit die empiriese data verkry uit die onderhoude.

Die navorser voel dat dit nodig is om die verwagtinge of uitkomstes van die navorsing wat deur die deelnemers geverbaliseer is voor te hou. Hierdie uitkomstes kan verdeel word in: uitkomstes wat verband hou met die verwagtinge (*expectations*) van die navorsing, die behoeftes (*needs, desires*

*and expectations*) van verpleegpersoneel, en verpleging. Die uitkomstes van die navorsing moet tot voordeel strek van die verpleegpersoneel [*...the fruit of the research must benefit our (nurses) progress...*] en bydra tot die verryking van verpleegpersoneel [*...the research must enrich nurses...*]. Dit sluit in die persoonlike en professionele ontwikkeling van verpleegpersoneel om hulle in staat te stel om uitnemende sorg te lewer [*...the standards are down...(nurses) needs to develop personally and professionally... (nurses) ...knowledge and skills must be developed...*]. Verder behoort die studie by te dra tot 'n verbetering in die moraal [*...must bring happiness and high morale to the nurses...*] en 'n gevoel van herlewing of oplewing van verpleegpersoneel [*...we (nurses) want to live again...*]. Die model behoort verder beide 'n *bottom-up en top-down* benadering in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking in te sluit.

Die studie word verder as 'n stem vir verpleegpersoneel [*...we see the study as a voice for nurses...*] gesien en behoort by te dra tot die verbreking van 'n kultuur van stilswye [*...culture of silence...*]. Elkeen van die genoemde aspekte word in die verloop van beskrywing van die empiriese bevindinge aangespreek.



### **3.3.2 Empiriese bevindings, teoretiese begronding, samevat- tende stellings en skematiese voorstelling van hoof- konsepte.**

#### *Kategorie 1: Die skep van 'n milieu wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.*

Kategorie 1 handel oor *die skep van 'n milieu* wat bevorderlik is vir verpleegpersoneelverryking en verwys na die omgewing binne die hospitaalkonteks waar verpleging plaasvind. Dit is nodig om insig en begrip te verkry oor die milieu waarbinne verpleegpersoneel hulself bevind omdat hulle handeling, gedrag en optredes slegs binne die bepaalde konteks verstaan kan word.

Die milieu word met ander lede van die gesondheidsorgspan gedeel. Die milieu waarbinne die verpleegpersoneel hul professionele rol en verantwoordelikhede vervul het 'n eiesoortige waardegebondenheid. Dit verwys ondermeer na die waardesisteme binne die hospitaalkonteks en die verbandhoudende probleme en behoeftes van verpleegpersoneel.

Die kategorie word beskryf verbandhoudend tot die behoefte en probleme wat verpleegpersoneel binne die Kalafong Hospitaal, die behoefte aan die skep van 'n milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer met begrip vir tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks met die klem op die ontwikkeling van 'n gedeelde waardesisteen en werksetiek, insluitend 'n werksetos.

(i) **Empiriese bevindings**

Subkategorie 1.1: 'n Waarde gedrewe milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer met begrip vir die tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks.

Die milieu verwys na die tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks waarbinne die verpleegpersoneel hulle bevind. Insig en begrip oor die behoeftes en probleme moet verkry word binne die konteks en verwysingsraamwerk van die hospitaal soos ervaar word deur die deelnemers, omdat handeling, gedrag en optredes slegs binne die hospitaalkonteks en die verwysingsraamwerk van verpleegpersoneel verstaan kan word. Hierdie milieu word met ander lede van die gesondheidsorgspan gedeel.

□ **Tyd-ruimtelike konteks**

Kalafong Hospitaal is 'n groot sekondêre hospitaal met 1113 beddens, en vervul ook 'n akademiese opleidingsfunksie vir basiese en na-basiese verpleeg-, mediese- en paramediese studente. Die hospitaal het gedurende die apartheidsjare hoofsaaklik wit senior verpleegdiensbestuurders gehad en wit mediese- en swart verpleegpersoneel. Die hospitaal is tans een van die grootste organisasies wat werk verskaf aan die plaaslike gemeenskap en vele privaat entrepreneurs van die gemeenskap benut die hospitaal as bron van inkomste, soos wat die informele sakebedrywighede buite die hospitaal daarvan getuig [... *it is a cultural background.. economical changes as well as political changes.. historical background ...*].

□ **Kultuur-historiese konteks**

Die verpleegpersoneel kom tans hoofsaaklik uit die plaaslike gemeenskap van Atteridgeville en is hoofsaaklik swart. Na die

verkiesing van 'n Regering van Nasionale Eenheid in 1994, is die gesondheidsorgdienste getransformeer en bedien die hospitaal meer gemeenskappe en kulture as wat voorheen die geval was. Die verpleegpersoneel wat voorheen slegs swart pasiënte verpleeg het is huidig gekonfronteer met pasiënte van ander kulture en gemeenskappe, elk met sy eie behoeftes, persepsies, eise en verwagtinge [*...different cultures have different perceptions...lack of accommodation of each others cultural beliefs....*]. Probleme word ervaar binne die multidissiplinêre span weens persepsies, eise en verwagtinge wat verband hou met sosiale, ekonomiese, politieke, historiese en kulture faktore wat 'n invloed het op die funksionering van verpleegpersoneel binne hierdie multikulturele omgewing. Hierdie probleme hou ook verband met die tradisionele rol van die vrou en die verpleegkundige wat meebring dat verpleegkundiges 'n ondergeskikte rol binne die multidissiplinêre span vervul [*...we complain about the efficiency of nurses... ..they have been living in apartheid... they have been oppressed... they (nurses) did not have a proper training ... they were really very slow... had to do with what happened in the past ...very much to do with culture.. the economical changes ...it is a reflection of that ...I think you can't just blame them for.... sometimes you ask a sister to do something in the ward and it takes ages...]*.

Deel van die behoeftes en probleme handel binne die hospitaalkonteks oor verplegingsinteraksies wat insluit optrede, gedrag en handeling van die verpleegpersoneel. Ander lede van die gesondheidspan oefen ook 'n invloed uit op die interaksies en dit word in die volgende kategorieë beskryf. Die waarde gedrewe milieu skep van 'n konteks sluit in die skep van 'n ondersteunende kommunikasieklimaat: die stukture, sisteme en prosesse, asook vaardighede wat afsonderlik in die opvolgende kategorieë beskryf word.

(a) 'n Gedeelde waardesisteem en werksetiek

Die handeling, gedrag, optredes en verplegingsinteraksies binne die konteks van die hospitaal is waardegebonden. Die waardes dien as handelingsriglyne vir verpleegpersoneel. Hierdie waardes sluit professionele waardes, sosiale waardes en individuele waardes in verpleging binne 'n hospitaalkonteks in.

□ **Die gedeelde waardes** is uniek en dra by tot die ontwikkeling van 'n unieke waardesisteem, dit verwys na hoe handeling plaasvind en wat as belangrik geag word binne die hospitaal. Beide hierdie aspekte dra by tot die vorming van die verpleegpersoneel se gedragsnormes en dien as handelingsriglyne. Verpleegpersoneel se daaglikse handeling is gebaseer op gedeelde waardes. Dit rig die verpleegaktiwiteite en die wyses van interaksie tussen lede van die multidissiplinêre span. Waardesisteem bepaal die wyse waarop die verpleegpersoneel verpleeghandeling uitvoer en derhalwe die mate waartoe uitnemendheid bereik word.

Verskeie van die probleme wat deur die deelnemers ervaar word hou verband met die gebrek aan 'n gedeelde waardesisteem en werksetiek binne die multidissiplinêre span. Hierdie probleme en behoeftes sluit alle aspekte van waardes in en hou verband met professionele waardes, sosiale waardes en individuele waardes. Van die probleme het moontlik 'n oorspang uit wanopvattinge oor sekere kulturele waardes en normes wat nog nooit binne spanverband uitgeklaar is nie [*...we don't have esprit de corps...feeling of belonging together...cultural differences... values different...*]; [*..understanding of cultural differences essential...*].

Sommige lede van die verpleegpersoneel se houding en optrede teenoor lede van die gesondheidsorgspan is oneffektief [*...attitudes must change...*]; [*...relationships must be right...*] en dit dra by tot onprofessionele gedrag en die verlaging van pasiëntsorg standaarde [*...never seen such carelessness....poor nursing care rendered...*]; [*...unethical things (are taking place)....forge patients observation...insult patients...lack of respect...humiliating patients...abusive language...*]. Die behoefte aan 'n gedeelde waardesisteem wat bydra tot uitnemendheid is herhaaldelik deur deelnemers uitgespreek [*...have a shared value system...*]; [*...create sound work ethics...*]; [*...doctors and nurses do not feel the same way in ward..*]; [*...lack of excellence in care...*]; [*...the standard of patient care have dropped...*].

Verdere apekte wat verband hou met waardesisteme en werksetiek, en as behoeftes en probleme aangespreek is binne spanverband, is ondermeer:

- Betoning van respek teenoor spanlede: [*...show respect for team members...*].
- Nie-veroordelende houding: [*...people (nurse) judge you...*].
- Positiewe houding en eienskappe: [*...emphasis should be placed on understanding ...friendliness...reliability... respect..... open...*].
- Toewyding en 'n verbintenis tot uitnemendheid in verpleging: [*...lack in dedication and commitment...*]; [*...they (some nurses)..are salary nurses...*].
- Aanvaarding van verantwoordelikheid en aanspreeklikheid: [*...nurses need to take accountability and responsibility for their actions within the scope of practice...lack in professionalism...disregard for patient rights...*].

- Die daarstel van 'n gesonde werksetiek: [*...we need sound work ethics...*].
- Daarstel van 'n waardestelsel wat spangees bevorder: [*...create a work environment that fosters team spirit...*].
- Werksetiek: [*...gossip...victimisation...favoritism...*].

Deels is die behoeftes en probleme wat die verpleegpersoneel ondervind en deur die deelnemers geverbaliseer, verbandhoudend met die tradisionele rol van die vrou in die gemeenskap [*...the woman's role is traditionally seen as subservient...powerless...*]; [*...(women) quiet for a long time...no voice to speak...*]; die burokratiese stelsel wat tradisioneel in die hospitaal bestaan [*...managers need to change their traditional style of leadership...*]; [*...there is a burocratic system... a hierarchial structure...*]; die patriargale stelsel van die verlede [*...doctors do not regocnise that nurses are running the wards...*]; en die tradisionele ondergeskikte rol van die verpleegkundige in die multidissiplinêre span [*...the doctors are in charge...*].

Hierdie veeldimensionle aard van probleme het meegebring dat verpleegpersoneel hulle self as onderdaning beskou [*..perception that nurses are not seen as equals in the team...*]; en somtyds stilswyend en gelate probleme aanvaar. Dit bring ook 'n kultuur van stilswye mee [*...(have to) create a working environment where there is freedom of expression...*]. Die behoefte is deur verpleegpersoneel uitgespreek vir verandering in die waardestelsel binne die span wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer. Daar behoort spesifiek gefokus te word op die rol van die vrou, gelyke behandeling [*...(some team members) see nurses as subservants....*], en die verbreking van die kultuur van stilswye

*[...break the culture of silence...]* en wat as deel van die ontwikkeling van waardestelsels behoort aangespreek te word.

□ **Regte:** Deel van 'n waardesisteem is ook die erkenning van sekere regte. In die studie verwys regte ondermeer na die regte van die verpleegkundige wat 'n belangrike aspek is van 'n waarde gedrewe milieu. Die regte van die pasiënt word in die volgende kategorie aangespreek. Verskeie probleme bestaan rondom die gebrek aan die erkenning en handhawing van die regte van die verpleegkundige *[...what is the rights of nurses?...]*; *[...we (feel) misused...]*; *[...there is discrimination...]*, wat aangespreek behoort te word in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

Die behoefte aan 'n koesterende etos is deel van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek, maar word afsonderlik voorgelê as gevolg van die herhaaldelike beklemtoning van belang daarvan deur die deelnemers.

*(b) 'n Koesterende etos*

Die konsep *koesterende etos* is deel van 'n waardesisteem en verwys na die unieke wyse waarop die lede van die verpleegpersoneel binne die gesondheidsorgspan self en teenoor ander lede van die span optree en vir mekaar omgee, en word geopenbaar in die houding en gedrag van die spanlede. Die koesterende etos word in die Afrika kultuur omskryf as "Ubuntu".

Deelnemers ervaar leemtes in die wyse waarop verpleegpersoneel funksioneer wat verband hou met die gebrek

aan 'n koesterende etos binne die multidissiplinêre span [...*ethos of caring is needed...*]. Verpleegpersoneel ervaar 'n gevoel van magteloosheid omdat hulle van 'n Afrika kultuur afkomstig is, en "Ubuntu" deel van hulle kultuur is maar dat dit nie realiseer in die wyse waarop verpleegpersoneel in die hospitaal optree nie [...*we (black people) are supposed to be a caring community..Ubuntu.....*].

Vanuit die sestien deelnemende waarnemings-sessies wat onderneem is, het die navorser se observasie bevestig dat daar ernstige leemtes is in die wyse waarop die verpleegpersoneel omgee vir hulle pasiënte, dat daar duidelik probleme bestaan rondom die gebrek aan 'n koesterende etos en dat dit moonlik bydra tot 'n verlaging in verpleegsorgstandaarde. Die wyse waarop die verpleegpersoneel optree en hoe hulle vir die pasiënt omgee tydens hulpverlening spreek van ernstige tekortkominge.

## **(ii) Teoretiese begroning**

'n Oorsig van literatuur bevestig dat verplegingsinteraksies konteksgebonde is en dat die interaksies binne die konteks en die verwysingsraamwerk van die studie verstaan behoort te word. Die belang van die skep van 'n waarde gedrewe milieu word deur die literatuur bevestig. Volgens Thomas, Ward, Chorba en Kumiega (1990:18) sal probleme voorkom in organisasies waar 'n sin vir 'n gemeenskaplike waardesistiem ontbreek. Raines (2000:30-40) stel dit dat radikale veranderinge in die verpleegprofessie 'n effek het op die verpleegpersoneel se waardestelsel met gevolglike etiese dilemmas, en dat uitnemendheid in verpleging verband hou met die waardestelsel en etiese besluitneming.



Volgens Botes (1989; 1991) toon die konteks van verpleging die volgende eienskappe: verplegingsinteraksies is interpersoonlik en verhoudingegebonde. Menslike handeling is intensioneel en betekenisbelaaid, verplegingsinteraksies is waardegebonde, verplegingsinteraksies is dinamies en veeldimensioneel. Hierdie eienskappe word as volg voorgelou.

□ **Verplegingsinteraksies is konteksgebonde**

Verpleging behoort binne die konteks van die tyd-ruimtelike en kultuur-historiese, en vanuit die verwysings-raamwerk van diegene betrokke by die handeling verstaan te word (Botes 1989:104; 1991:20). Die tyd-ruimtelike konteks word met ander lede van die gesondheidspan gedeel aangesien verpleging nie in isolasie plaasvind nie. Die kultuurgebondenheid van verplegingsinteraksies is geanker in die kultuur-gebondenheid van die verhouding van die gesondheidspan, asook die eiesoortige kultuur van verpleging binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk wat verplegingsinteraksie en handeling rig binne 'n hospitaalkonteks (Poggenpoel, 1989:28; Klopper, 1994:134; Searle & Pera, 1993:174-187; Arthur, 1996:47-50).

□ **Verplegingsinteraksies is waardegebonde**

Verplegingsinteraksies van verpleegpersoneel is doelgerig en hou verband met die waarde wat daaraan geheg word. Die waardes dien as handelingsriglyne vir verpleegpersoneel wat 'n integrale deel van verpleging vorm (Botes, 1991:20). Volgens Coetsee (1996:91-95) verwys die konsep *waardesisteem* na 'n groep waardes wat saamgevoeg word en as een waardestelsel

funksioneer binne die hospitaal as organisasie. Waardes verwys na hoe verpleeghandelinge of aktiwitiete plaasvind, en skryf voor hoe dinge in die hospitaal gedoen word [...*how we do things*...].

*(a) Die belang van 'n gemeenskaplike waardesisteem*

Die literatuur bevestig die belang van 'n gemeenskaplike waardesisteem wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking om uitnemendheid in verpleging te ondersteun. 'n Gemeenskaplike waardesisteem in die gesondheidsorgspan dui ondermeer op die instrumentele of die doen, en sluit ook die betoning van respek deur spanlede in, 'n voortdurende strewe na nuwer en beter werkwyses, 'n strewe na die ontginning van nuwer wyses of metodes om in die behoeftes van die pasiënte te voorsien. Hierdie waardes in die gesondheidsorgspan waarvan die verpleegpersoneel 'n integrale deel is, dra by tot wedersydse ondersteuning. Die waardes behoort deur die verpleegpersoneel benut, aanvaar en uitgeleef te word in hul strewe na uitnemendheid in verpleging. Ingesluit in die waardesisteem is werksetiek. Twee aspekte van belang hierin is: die morele belang van verpleegaktiwiteite of werksaamhede en die vakkundigheid van morele belang wat na die bydrae verwys wat die individuele verpleegpersoneellede maak tot die span en gemeenskap. Vakkundigheid verwys na hoe effektief die spanlede hulle rol en verantwoordelikhede vervul (Miller, 1998: 375-378).

Searle (1969:3) verwys na waardes as die filosofie van verpleging en stel dat dit die mate van besorgdheid oor andere, die omvang, die diepte en die gehalte van verpleging wat deur verpleegpersoneel gelewer word, bepaal. Searle stel die belang

van die herbevestiging van 'n filosofie en noem waardestelsels as een van die redes waarmee die verpleegkundige te make het. Die verpleegpersoneel word blootgestel aan dieselfde waardes as die in die gemeenskap, ondermeer materialistiese waardes wat meer begaan is met inkomste en sosiale status as oor die waarde van menselewe. Die waardestelsels in die samelewing het 'n diepgaande en blywende uitwerking op verpleging, die status van die vrou in die gemeenskap en die beeld van die verpleegkundige in die multidissiplinêre gesondheidsorgspan.

Mellish en Paton (2000: 22,122) onderskei tussen professionele, sosiale en individuele waardes van verpleegpersoneel. Professionele waardes word hoofsaaklik vervat in die etiese kode van die verpleegprofessie en sluit ondermeer menseregte soos vervat in die Grondwet van Suid-Afrika (South Africa, 1996), pasiëntregte, regte van die verpleegkundige en die wetlike raamwerk van verpleging binne die hospitaalkonteks in. Individuele waardes verwys na individuele oortuigings van die verpleegkundige wat 'n gewetensbesluit in sekere omstandighede binne hospitaalkonteks neem. Sosiale waardes in verpleging binne hospitaalkonteks hou ondermeer verband met die samelewing se beskouing oor die status van die vrou. In die studie verwys gedeelde waardes en werketiek na professionele en sosiale waardes soos vervat in die professioneel-etiese en wetlike raamwerk wat die verplegings-handelinge in die hospitaalkonteks rig (Botes, 1998; 1991).

*(b) 'n Koesterende etos*

'n Koesterende houding en 'n empatiese ingesteldheid teenoor die behoeftes van die pasiënt word geassosieer met verpleging.

Hierdie ingesteldheid behoort by te dra tot uitnemendheid in verpleging. Binne die waarde gedrewe milieu is die gedrag, houding en optrede van verpleegpersoneel self en teenoor ander lede van die gesondheidsorgspan van belang, en spesifiek ook teenoor die pasiënt. Volgens Booyens en Minnaar (1997:9) word koestering beskou as aangeleerde en kulturele aksies, tegnieke, prosesse en patrone van verpleegpersoneel om individue, families en groepe te help om gesondheid te herwin of instand te hou.

Volgens Koloriutis en Thorstenson (1999:11) vereis 'n koesterende etos 'n morele toegewydheid om lewe en menslike waardigheid te bewaar en te beskerm. 'n Koesterende etos sluit in houdinge en handeling van kritiese denke, kundigheid, kliniese vaardighede, respek, luister, empatie en aanvaarding in die versorging van die pasiënt as unieke holistiese wese. Aktiewe persoonlike betrokkenheid en 'n koesterende verhouding bied verpleegpersoneel die geleentheid tot inspraak in besluitneming, bevorder 'n gevoel van samehorigheid en lei tot verantwoordelike en verantwoordbare optrede vir eie handeling. Deur 'n koesterende houding bevorder die verpleegpersoneel die skep van 'n vertrouensverhouding met die pasiënt en ander lede van die gesondheidsorgspan. Die konsep van koestering hou verband met die verhouding in konteks as deel van morele besluitneming in verpleging binne hospitaalkonteks (Koloriutis & Thorstenson, 1999:11; Reynolds & Scott, 2000:226-231).

Mellish en Paton (2000:3) stel dit dat die spesifieke kultuur waardes en sosiale agtergrond van verpleegpersoneel die wyse waarop die pasiënt verpleeg word beïnvloed. Dit is nodig dat verpleegpersoneel hulle waardes binne spanverband uitklaar en

valideer met inagneming van die pasiënt se waardes en behoeftes (Arthur, 1996:47-50; Widmark-Petersson, von Essen & Sjödn, 2000:32-39).

□ **Regte:** Deel van die waardes hou verband met die erkenning van sekere regte van die verpleegkundige. Die regte van die verpleegkundige word vervat in die deklarasie oor die Regte van Verpleegkundiges van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 2002; Mellish & Paton, 2000:170) en sluit in:

- ❖ Die reg om te praktiseer binne die voorgeskrewe bestek van praktyk.
- ❖ Die reg tot 'n veilige werksomgewing wat in ooreenstemming is met en toegerus is met minimum hulpbronne (fisies, materieel, verpleegpersoneel) vir effektiewe pasiëntsorg.
- ❖ Die reg tot voldoende oriëntering en doelgerigte indiensopleiding verbandhoudend met metodes van behandeling relevant tot werksituasie.
- ❖ Die reg tot onderhandeling met die werkgewer vir voortgesette onderwys en opleiding direk of indirek tot verantwoordelikhede.
- ❖ Die reg tot gelyke en volle betrokkenheid in die bepaling van beleid en beplanning rakende die behandeling en versorging van pasiënte.
- ❖ Die reg op voorspraak vir, en beskerming van pasiënte en verpleegpersoneel waarvoor verantwoordelikheid aanvaar is.
- ❖ Die reg tot bewustelike beswaar, mits:
  - Die werkgewer tydig in kennis gestel is.
  - Dit nie met die veiligheid van die pasiënt inmeng of die behandeling en verpleging van die pasiënt onderbreek nie.

- ❖ Die reg tot weiering om take uit te voer wat buite die bestek van praktyk is en waarvoor onvoldoende opleiding gegee is, of waar hy/sy oor onvoldoende kennis of vaardighede beskik.
- ❖ Die reg om nie in onetiese of onbevoegde praktykte deel te neem.
- ❖ Die reg tot geskrewe beleidsdokumente en voorskrifte met betrekking tot die bestuur van werksomgewing.
- ❖ Die reg om te weier om voorskrifte uit te voer of om aan aktiwiteite deel te neem, volgens eie professionele oordeel indien dit nie in die belang van die pasiënt is nie.
- ❖ Die reg tot onthulling van die pasiënt se diagnose waarvoor sy (verpleegkundige) verantwoordelikheid aanvaar.
- ❖ Die reg tot 'n werksomgewing wat vry is van bedreiging, intimidasie en/of inmenging.
- ❖ Die reg tot 'n mediese ondersteuningsstelsel of verwysingstelsel om noodgevalle op 'n verantwoordelike wyse te hanteer.

□ **Verplegingsinteraksies binne die hospitaalkonteks is intensioneel en betekenisbelaaid**

Verpleging is 'n intermenslike gebeure wat gesentreer is om pasiëntersorg binne die konteks van die hospitaal. Verplegingsinteraksies is doelbewus, beplan en geskied binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging (Botes, 1991:20; Botes, 1989:104; Searle & Pera, 1993: 23).

□ **Verplegingsinteraksies binne die hospitaalkonteks is interpersoonlik-verhoudingegebonde**

Verplegingsinteraksies vind binne 'n interpersoonlikverhoudingegebondenheid plaas, waar verpleegpersoneel in interaksie is met

ander lede van die gesondheidspan. Die verpleegpersoneel is as mens betrokke by een of ander verplegingshandeling in interaksie met ander mense of lede van die gesondheidspan. Dit verg doeltreffende vertrouens-, gesags- en aanvaardings-verhoudinge binne hospitaalkonteks. Volgens Searle (1969:3) is verpleging die uitstyging bo die sogenaamde verpleegkundige-pasiënt-verhouding deur 'n mens-tot-mens-verhouding. Die verplegingshandelinge van verpleegpersoneel beïnvloed die handelinge van individuele gesondheidsorg-spanlede en uiteindelik die uitkomste van die span en hospitaal (Miller, 1998: 376-377).

Deel van die handelinge van individuele gesondheidsorg-spanlede het te make met die tradisionele rol van die vrou, en die historiese ondergeskikte rol van die verpleegkundige binne die multidissiplinêre span, die kultuur-historiese konteks van 'n patriargale, burokratiese stelsel en 'n hiërargiese stelsel binne die hospitaalkonteks. Searle en Pera (1993:87) stel dit dat die beeld wat die verpleegprofessie uitdra bepaal word deur elke verpleegkundige in die verpleegberoep wat die beeld van die beroep beïnvloed in die oë van die ander gesondheidsorgspanlede, beroepe en gemeenskappe.

Die interpersoonlike verhoudinge van verpleegpersoneel is van kritiese belang in die skeep van 'n konteks bevordelik vir uitnemendheid in verpleging.

□ **Verplegingsinteraksies binne die hospitaalkonteks is dinamies en veeldimensioneel**

Verpleging is multidimensioneel en verplegingshandelinge is gerig op die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid binne die hospitaalkonteks (Poggenpoel, 1989:28). Die verpleegpraktyk openbaar te veel dimensies om al die faktore byeen te trek en te orden. Die dinamiese aard van menslike gedrag is vervat in die intensies of doel daarvan, en Botes (1989:106) dui op die prosesmatigheid van verplegingsinteraksies in verpleging binne 'n hospitaalkonteks. In die doel of intensie van verpleging is sekere waardes opgesluit.

Vanuit die empiriese beskrywing en die teoretiese begronding blyk dit dat die ontwikkeling van 'n gedeelde waardesisteem en werksetiek met die klem op 'n koesterende etos, verpleegpersoneel se handelinge rig en van kritiese belang is om 'n milieu te skep wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer.

Vanuit die empiriese en teoretiese bevindinge word die volgende samevattende stellings gemaak:

**(iii) Samevattende stellings**

**Stelling 1:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort die skep van 'n waarde gedrewe milieu spesiale aandag te geniet.

**Stelling 2:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek binne gesondheidsorgspanverband noodsaaklik.



Hierdie waardesisteem behoort die professionele-, sosiale- en individuele waardes wat verpleeghandelinge, gedrag en optredes rig aan te spreek en sluit onder-meer in: wedersydse respek, die skep van 'n vertrouensverhouding, effektiewe kommunikasie en interpersoonlike verhoudinge, aktiewe deelname aan besluitneming en probleemoplossing, aanmoediging van kreatiewe en innoverende denke, en aanvaarding van verantwoordelikheid en aanspreeklikheid binne spanverband.

**Stelling 3:** Die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem met die klem op 'n koesterende etos is deel van die doelbewuste skep van 'n milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer.

**Stelling 4:** In die skep van 'n waarde gedrewe milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer behoort die regte van verpleegpersoneel binne die professioneel-etiese en wettlike raamwerk van verpleging aangespreek te word.

**Stelling 5:** Die nastrewing van 'n positiewe beeld van die verpleegkundige as vrou met gelyke regte behoort aandag te kry as deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte



**Figuur 3.1: Skematiese voorstelling van die hoofkonsepte van kategorie 1**

Binne die konteks van die hospitaal het die verpleegpersoneel 'n behoefte aan die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging en word die konsepte as volg voorgelê.

*Kategorie 2: Professionele optrede binne etiese en wetlike raamwerk.*

Die kategorie handel oor die behoefte en probleme wat ervaar word rakende professionele optrede binne etiese en wetlike raamwerk.

(i) **Empiriese bevindings**

Die kategorie handel oor die behoeftes en probleme wat verband hou met professionalisme binne die professioneel- etiese en wetlike raamwerk van die verpleegberoep. Verpleegpersoneel as

professionele praktisyns is verantwoordelik en aanspreeklik om as lede van 'n multidissiplinêre gesondheidsorgspan kwaliteit gesondheidsorg, binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie te lewer.

Behoeftes en probleme is uitgelig oor professionele optrede binne die etiese en wetlike raamwerk en sluit aspekte rakende die bestek van praktyk van die verpleegkundige, handeling en versuime, verantwoordelike en verantwoordbare optrede in en ook die nakoming van pasiënt-regte. Die aspekte is verweef en kan nie van mekaar geskei word nie en word dus as 'n geheel voorgehou. Van die aspekte wat verband hou met vaardighede word in die volgende kategorie beskryf.

#### Subkategorie 2.1: Professionele aanspreeklikheid

##### *(a) Professionele aanspreeklikheid met betrekking tot bestek van praktyk*

Sommige van die probleme wat binne die konteks van die hospitaal ervaar word kan direk terug gevoer word na leemtes van verpleegpersoneel se praktykvoering binne die *bestek van praktyk* (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing R2598 van 30 November 1984, soos gewysig) en, *handeling en/of versuime regulasies* (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing R387 van 15 Februarie 1985, soos gewysig).

Deelnemers beleef dat sommige verpleegkundiges nie hul professionele verantwoordelikheid nakom nie en dat dit praktykvoering en standarde nadelig beïnvloed [...poor nursing

*care rendered...never seen such carelessness...]. Deelnemers is bewus van hul verantwoordelikheid en aanspreeklikheid, en besef dat hulle regs aanspreeklik gehou kan word vir hulle optredes [...I will make a big mistake...the scope of practice...then the patient dies....I will stand alone....]; [...you will be alone..]; [...no one will stand by you....] .*

Verpleegkundiges versuim om pasiënte se gesondheidsbehoefes te diagnoseer, 'n verpleegregimen voor te skryf en dit uit te voer. Deelnemers verbaliseer hulle belewenis van pasiënte wat mishandel en verwaarloos word. Sommige verpleegkundiges hou hulle doenig met administratiewe take en deelnemers beleef dit as 'n manier om weg te vlug van pasiëntsorg. Sommige verpleegkundiges is nie bewus van die pasiënte se gesondheidstatus nie, en dit kan nadele inhou vir die hantering van pasiënte/ vroeë intervensies om komplikasies te voorkom [...it is tiring to get them (nurses) to do their job....]; [...did not concentrate on the patient till the patient is gasping...]; [...they (sisters) will be doing administration from 7 O'Clock ..sometimes they do not even know the patient's condition...they will admit the patient...they don't even know if the patient has burns on the buttocks...]; [...you wash a patient you find that the patient has burns from home...but in the ward.. the person who has admitted the patient..does not even know....]; [...they (sisters) remain in the duty room.....or it is to run away from patients....]; [...patients are being abused or neglected...].

Daar word soms versuim om 'n program van behandeling of medikasie wat deur 'n geregistreerde persoon voorgeskryf is, uit te voer. Medikasie word nie toegedien nie, of word gerekordeer dat dit wel gegee is alhoewel dit nooit aan die pasiënt gegee is

nie. Dit gebeur soms dat versoeke as gevolg van nalatigheid om die voorskrifte te lees nie dadelik uitgevoer word nie. Soms word daar versoek om 'n program van behandeling uit te voer, maar daar word nagelaat om dit te doen. Die persepsie is dat enige persoon wat meer as die basiese behandeling of sorg nodig het, opgeneem moet word in 'n hoë sorg eenheid [*.....request are not carried out.....*]; [*...if they don't read the prescription chart immediately...then it is only done a day or two later...*]; [*...anybody that is required above minimum care is send to high care....*]; [*.....pille afgeteken..nie gekry nie ..skip doserings..IV nie gekry nie..*]; [*...kennisgewing...push fluids...help nie dit staan in voorskrif nie..*]; [*.....die (prosedures) word nie gedoen nie...*].

Die gebrek aan monitering van vitale tekens en reaksie op siektetoestande asook die hantering van medikasie en uitvoer van behandeling blyk ook problematies te wees en is nadelig vir die vordering van die pasiënt. Enige monitering wat meer dikwels uitgevoer moet word as roetine word óf nie gedoen nie of ongereeld gedoen. Van die deelnemers erken dat hulle somtyds vitale tekens rekordeer wat nie geneem is nie, vanweë die feit dat eise in die praktyk soos verpleegpersoneeltekorte hoog is [*...far more frequently vital signs are not done...*]; [*...or you ask for more frequently than four hourly bloodpressures monitoring in the ward...BP...Pulse ...Temperature....forget about it...*]; [*...our nursing assessments...you can't assess properly... when the doctor is there you will answer.....because (doctor) will find the patient has pyrexia....*]; [*..patient deteriorate...no observations done...until it is too late.. patient dies...*]

Probleme word ook ondervind met die bevordering of instandhouding van higiëne, fisiese gemak en gerusstelling van

die pasiënt. Deelnemers beleef dit dat sommige pasiënte verwaarloos word. Sommige pasiënte se basiese versorging is nie op standaard nie. Deel van die verpleegkundige se verantwoordelikheid is om die pasiënt gerus te stel; sommige verpleegpersoneellede kom kras oor en skree op pasiënte *[...neglect of patients..]; [...they (nurses) shout at patients...]; [...(nurses) are harsh with patients...]; [...(patient) hygiene is a problem.....]; [...you come in the morning ...patients are dirty...laying in (excetion/ blood)...]; [.....some sisters are not prepared to do basic care...for example taking the patient to the toilet...washing the patient.. putting the patient back to bed...]; [...the enviroment is dirty....].*

Daar word probleme ervaar met die toesighouding oor en instandhouding van vloeistof-, elektroliet- en suurstof balans van 'n pasiënt. In die algemene sale word daar nie behoorlik toesig gehou oor die vogbalans van pasiënte nie. Indien goeie toesig nodig is oor vogbalans word pasiënte opgeneem in hoërsorg *[...any patient that needs fluid requirement that is over and above routine ...they get taken to high care....].*

Probleme word ondervind met die bevordering, instandhouding en verbetering van voeding by 'n pasiënt. Sommige verpleegkundiges sien dit nie as hul verantwoordelikheid om pasiënte by te staan met voeding nie *[....or feed the patient ...they don't see it as their (registered nurse) work...].*

Deelnemers verbaliseer ook probleme met toesig oor en instandhouding van uitskeidings deur 'n pasiënt. Uitskeiding word nie behoorlik gemonitor as dit versoek word nie of baie

lukraak [*...you ask for two hourly urine output...and someone at three o'clock in the morning wrote one measurement down....*].

Probleme word ondervind met kommunikasie met pasiënte, gesinslede, ander persone en die gemeenskap. Dit gebeur dat onprofessionele gedrag gedemonstreer word deur verpleegpersoneel soos negatiewe interpersoonlike vaardighede teenoor pasiënte, familie en gemeenskap [*....language... prevent good communication...; [ ...attitudes a problem...]; [....verbal abuse of patients...]; [...(nurses) sometimes impatient and shout at patients...]; [..... and the sister said see to yourself.....just do what you want.. I say sister how can you say that ....(led to confrontation)...I was so angry.....I must tell the employer the diagnosis or not.....what can you do..... I put the phone down.....that was not right.....because the employer did nothing...]*].

Die voorligting oor siekte en die bevordering van gesondheid deur voorligting en beraad met individue en groepe persone is onvoldoende [*...they (staff) don't counsel the patients that must go (for a procedure)...*]. Daar word probleme ondervind met die voorsiening van doeltreffende pasiëntvoorspraak om die pasiënt in staat te stel om die nodige gesondheidsorg te kry. Die verpleegpersoneel doen nie altyd effektiewe berading van die pasiënt nie [*..... the sister is the advocate of the patient...but the doctors work on their own...or patient does not know what is done... it is the duty of the nurse to advocate for the patient...*].

Leemtes bestaan in die koördinerings, aanvulling en fasilitering van gesondheidsorg wat deur ander kategorieë gesondheidsorgpersoneel voorgeskryf word [*...night duty is also a problem....lots*

*of complains ..sleeping on duty....they (patients) don't get their treatment...they will call for a nurse....no response ...some will crawl out off bed...there is no one to take care of them...the nurses are just not there...and the doctors also say that .....]; [...the general wards are not attending to basic care...]; [ .....voortgaan soos professionele mense.... ..maar jy moet jou vinger daarop hou..kan nie altyd daar wees nie....dan verval alles ..die susters sê net hulle is nou van diens.....of is siek en dan val alles net in duie..want hulle het nie ander mense wat daai strukture of daai verantwoordelikhede wil oorneem nie ...]*

Ernstige probleme bestaan rondom die rekodering van alle pasiëntsorg en die gebrek aan die hou van pasiëntverslae. Verpleegpersoneel rekordeer nie altyd verpleegsorg, of die vordering of agteruitgang van die pasiënt nie. Soms word vals inligting gerekordeer van aktiwiteite wat nie uitgevoer is nie. Die verpleegpersoneel voer as rede daarvoor aan dat daar onvoldoende verpleegpersoneel is, of dat die voorrade min is. Dit gebeur soms dat dokumente weggraak, tot groot frustrasie van verpleegpersoneel [*.....how can you observe 40 patients with just two thermometers....you just write it down....you find that your ward is full.. you only concentrate on .....the rest of the patients are left.....their observations not taken....their conditions not monitored...you cannot monitor the patients progress ....it can happen that you forge the observations....*], [*... on night duty the doctors will complain that my observations differ from the nurses' observations ...unfortunately it is still taking place..... you can easily see when it has been tampered with....we are having a serious problem with documentation.....*]; [*....short staffed.....you cannot give the patient care that you are suppose to give...you cannot monitor the patients' progress....and it can happen that*



*you forge the observations...just to say that I have done my work.....it really happens...]; [...dokumente raak weg... observasies word nie gedoen nie..gereeld geneem nie...die goed is ingevul sonder dat dit gedoen is...].*

*(b) Professionele aanspreeklikheid met betrekking tot wetlike verpligtinge vir die handhawing van pasiëntregte.*

Elke pasiënt het die reg op 'n gesonde en veilige omgewing. Hierdie omgewing sluit ook 'n omgewing in wat pasiënte in hul fisiese en psigiese heelheid sal ondersteun. Probleme bestaan wat wissel van 'n onhigiëniese omgewing tot die gebrek aan handhawing van 'n veilige terapeutiese milieu [*...environment is dirty....*]; [*.....some people insult patients....lack of respect.. humiliating the patient.. abusive language....lack of respect...confidentiality..*].

Elke persoon het die reg op nood sorg. Dit blyk dat daar verskeie probleme bestaan in die wyse waarop nood sorg in die hospitaal bestuur word; dit hou verband met noodtoerusting en noodmedikasie. Sommige verpleegverpleegpersoneellede beskik ook nie oor die vaardigheid om noodbehandeling op pasiënte toe te pas nie [*....die hele administratiewe stelsel...medikasie raak op of uit voorraad...van die sale het nie meer 'n noodvoorraad nie....*]; [*.....poor resuscitation skills.....*].

Probleme bestaan rakende palliatiewe sorg wat bekostigbaar en effektief is in gevalle van ongeneeslike of terminale siekte. Die vraag wat gevra word deur deelnemers is, wie neem die besluit vir behandeling van pasiënte? Sommige deelnemers voel dat daar 'n protokol moet wees oor etiese besluite rakende kwaliteit

van lewe *[...(ongevalle)...pasiente (terminale MIV/VIGS pasiente) word soms huistoe gestuur...nie opgeneem.....].*

Ernstige probleme word ondervind met houdinge wat verpleegpersoneel demonstreer. Daar word van verpleegpersoneel verwag om 'n positiewe houding te demonstreer wat beleefdheid, menswaardigheid, geduld, empatie en verdraagsaamheid insluit. Deelnemers verbaliseer dat verpleegpersoneel die teenoorgestelde houding openbaar, soos skree op pasiënte, vyandiggesindheid en miskenning van pasiënte *[..patients are yelled at...]; [...patients are abused...]; [...hostile attitude...ignore patients...].*

Die pasiënt het die reg tot gesondheidsinligting in 'n taal wat deur die pasiënt verstaan word. Verbandhoudend hiermee het elke pasiënt die reg op volle en akkurate inligting oor die aard van sy/haar eie siekte, diagnostiese prosedures, voorgestelde behandeling, en koste implikasies om 'n besluit te kan neem oor enige een van genoemde faktore. Behandeling en rehabilitasie moet bekend wees aan pasiënt sodat hy die behandeling en die gevolge daarvan kan verstaan. Berading sonder diskriminasie behoort gedoen te word. Verder het elke pasiënt die reg op ingeligde toestemming en deelname aan besluitneming rakende sy/haar eie gesondheid. Probleme rondom al die aspekte word ervaar in die hospitaalkonteks. Van die probleme handel oor die aspek dat die pasiënt nie altyd die taal waarin gekommunikeer word verstaan nie, wat meebring dat die pasiënt nie sy/haar eie siekte verstaan of ingelig is oor die behandeling nie *[.....patient being explained exactly what happens...sister translates...].* Ingeligde toestemming vind nie altyd plaas *[.....they (staff) go to the patient...(ask) has it been explained to you...(patient answers) ja...(staff) sign here...]; [...the language between black*

*and while a problem...patient does not understand...]. Pasiënte teken soms toestemming vir prosedures of intervensies waaroor hy/sy nie altyd ingelig is of berading ontvang het nie [...they (staff) don't counsel the patients that must go (for a procedure)...]; [...the sister is the advocate of the patients....the patient does not know what is done.....it is the duty of the nurse to be the advocate of the patient...]; [...the consent forms are occasionally not filled in... ]; [and the operation on the consent form is not always the operation booked for...]; [what is (written) does not necessarily reflect what has been explained to the patient...].*

Daar is ook probleme rondom die identifikasie van gesondheidsorgverskaffers. Die reg om bekend te wees met die naam van die gesondheidswerker (*named health care provider*), deur 'n duidelik geïdentifiseerde gesondheidsorgwerker, vind nie altyd plaas nie [*..no name tags or distinguishing devices....*].

Die reg tot konfidensialiteit en privaatheid word nie altyd nagekom nie. Inligting oor 'n pasiënt se gesondheidstoestand mag slegs geopenbaar word met ingeligde toestemming deur die pasiënt self behalwe in die geval van waar dit deur die gereg benodig word of in die geval van 'n hofbevel. Dit blyk dat daar verskeie probleme rondom die aspek bestaan, soos 'n leemte in die versekering van privaatheid en konfidensialiteit, pasiënte se diagnoses word nie altyd konfidensieël gehou [*.....lack of respect...privacy.... confidentiality....*]; [*...they (staff) disclose the patient's diagnosis ... she said this to a group of people..... AIDS.....even (other illness) problems...(problem with) professional secrecy...*].

Die gebrek aan kwaliteit of gehalte sorg het reeds duidelik na vore gekom in die voorafgaande beskrywings, maar hoe beleef die pasiënt die sorg wat aan hulle gelewer word? Die individuele onderhoude met pasiënte bevestig dat die gehalte van sorg wat deur die verpleegkundiges gelewer word, nie op standaard is nie. Gedurende die individuele onderhoude het verskeie pasiënte geverbaliseer dat hulle nie tevrede is met die gehalte van pasiëntsorg wat deur die verpleegpersoneel gelewer word nie. Daar word onder meer nie in hulle (pasiënte) se basiese behoeftes voorsien nie. Sommige van die pasiënte het geverbaliseer dat hulle getroumatiseer voel en dat die gebrek aan koestering of ondersteuning as stresvol beleef word. Hulle voel daardeur emosioneel getroumatiseerd [*..can't wash you properly..need help with basic things...they (nursing staff) say things like "you are not at home now" (meaning here you must do your own things).....no counselling ... confused after accident.....traumatic experience...* ]; [*...no water next to bed...* ]; [*...no showers...baths in a poor condition...* ]; [*...I am going to theatre tomorrow...not shaved...no one wants to help me....* ].

Dit gebeur ook dat die verpleegpersoneel 'n onprofessionele houding teenoor die pasiënte openbaar soos byvoorbeeld onverdraagsaamheid of onbehulpsaamheid. Pasiënte voel dat hulle as gevolg hulle afhanklikheidsposisie as pasiënt nie op hierdie optrede kan reageer nie [*...not turned...need support... sometimes I do not understand as they (nursing staff) speak (an African) language I do not understand... I am Tswana...* ]; [*... one nurse told a white patient...when he asked to lay opposite another white patient...."I won't allow you to stig 'n broederbond"...* ]; [*...nurses are overstretched...they become impatient with the patients...because of the position we are in*

*...cannot respond...]; [...some nurses are very impatient...they say very sensitive things to you...if you need help ..."this is not home"...]; [...they do it dragging their feet...]; [...some nurses are reluctant to clean you...so you try your level best to clean yourself...].*

Die pasiënte verbaliseer hul negatiewe belewenis van sekere behandeling wat nie gegee word nie [*..drip empty ..when we call for help.. no (one) help.. don't wash patients...nobody to assist (the patient)...*]; [*...staff sleep at night.....don't come when you call...drips stop ...then they come next morning and (flush the drip).....it hurts...*]. Uit die onderhoude met pasiënte is bevestig wat die verpleegpersoneel geverbaliseer het oor tekort aan voorraad, asook die gebrek aan 'n roepstelsel vir gebruik deur pasiënte [*... no soap... no clothes... no bells to call staff... staff impatient when you call....hygiene of ward poor..*]. Die pasiënte beskryf hul belewenis oor persoonlike- en saalhigiëne asook hulle misnoeë daarmee [*...cockroaches run over you...eat you..*]; [*...ward is dirty.....*]; [*...bedlinen dirty (soiled with urine or feaces)...expected to lie on it...*].

Uit die individuele onderhoude met pasiënte blyk dit dat pasiënte bewus is dat verpleegpersoneel soms data rekordeer wat nie waar is nie [*...nursing staff... write down (observations)... did not take it....*].

## **(ii) Teoretiese begroning**

Die literatuur bevestig dat verpleegpersoneel binne die verpleegprofessie voortdurend behoort te strew na uitnemendheid; vaardigheid alleen is nie genoeg. Dit verg van

die verpleegkundige 'n voortdurende self-evaluering en evaluering van verpleegsorg aan die hand van standarde vir verpleegpraktyk (Mellish & Paton, 2000:98-106).

*(a) Professioneel-etiese en wetlike raamwerk*

Die literatuur bevestig dat probleme in die verplegingpraktyk voorkom wat verband hou met die professioneel-eties en wetlike raamwerk van verpleging. De Wolf Bosek (1999:19) skets 'n geval van verpleegpersoneel wat onprofessioneel en oneties opgetree het, waar daar versuim was om sekere handeling uit te voer en ook bedrog gepleeg is deur vitale tekens van pasiënte te rekordeer wat nooit geneem is nie. De Wolf Bosek (1999) stel dit dat verpleegpersoneel 'n verantwoordelikheid het om eerlik op te tree en om pasiënte te beskerm. Die werkgewer het die plig om praktykvoering van verpleegpersoneel te beraam en dat verpleegbestuurders 'n professioneel-eties en wetlike verantwoordelikheid het om verpleging binne die hospitaal-konteks te beskerm.

□ **Wetlike raamwerk**

Volgens die bepalinge van die wetlike raamwerk is die verpleegkundige 'n onafhanklike praktisyn wat verantwoordelik en verantwoordbaar is vir eie handeling en/of versuime. Pasiënte word aan die sorg van die verpleegkundige toevertrou wat kennis en vaardigheid benodig om 'n verpleegdiagnose te maak vir die beplanning en implementering van sorg. Gepaardgaande hiermee het die verpleegkundige die reg om te besluit of sy die nodige kundigheid en vaardigheid het om die sorg te lewer wat van haar verwag word. Vanuit hierdie

dienslewering aan die gemeenskap word 'n vertrouensverhouding met erkenning en respek geskep. Dit verg toegewydheid tot professionele en verantwoordbare optrede (Mellish & Paton, 2000:98-106; Bond & Thomas, 1991:1492-1502; Smith, Hiatt & Berwick, 1999:5-8).

Die houding en gedrag of optrede van 'n verpleegkundige is geformuleer in die volgende regulasies:

- Regulasies met betrekking tot die bestek van praktyk van persone wat geregistreer of ingeskryf is onder die Wet op Verpleging (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing, R2598 van 30 November 1984, soos gewysig).
- Reëls wat die handeling en versuime uiteensit wat dissiplinêre stappe tot gevolg kan hê (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing, R387 van 15 Februarie 1985, soos gewysig).
- Regulasies verwant aan die voorwaardes vir praktykvoering van die geregistreerde vroedvrou en ingeskrewe vroedvrou (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing, R2488 van 26 Oktober 1990).

Dit is die verantwoordelikheid van elke geregistreerde of ingeskrewe persoon onder die Wet op Verpleging (Wet 50 van 1978, soos gewysig) om 'n kritiese analise te doen van regulasies waaronder hulle praktiseer (Mellish & Paton, 2000:111; Suid-Afrika, Wet op Verpleging, 1978, soos gewysig). Ingevolge die Wet op Verpleging is 'n verpleegkundige 'n onafhanklike verpleegpraktisyn wat professioneel aanspreeklik is vir handeling en/of versuime en word volgens praktykstandaarde beoordeel. Die *bestek van praktyk* regulasie (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennis-

gewing R2598 van 30 November 1984, soos gewysig) en die *reëls vir handeling en versuime* (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing R387 van 15 Februarie 1985, soos gewysig) regulasies dien as grondslag vir die handeling en versuime en die verpleegkundige se verantwoordelikheid en aanspreeklikheid.

Binne die hospitaalkonteks bly verpleegpersoneel verantwoordelik en aanspreeklik vir wetenskaplik-metodiese verpleging op grond van die kennisinhoud van verpleging (Botes, 1989:50). Botes (1989; 2000) stel 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk voor. Die wetlike raamwerk van die verpleegpraktyk is deel van die waardes in die verpleegprofessie wat as handelingsriglyne dien. Professionele aanspreeklikheid verwys na die verantwoordelike wyse van optrede deur 'n verpleegkundige, om rekenskap te gee vir handeling en versuime, volgens praktykstandaarde beoordeel te word en daarmee ook aanspreeklikheid te aanvaar vir eie optrede of dade dienoreenkomstig die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleging in Suid-Afrika.

Die eerste drie regulasies in die bestek op praktyk (SARV, Goewermentskennisgewing R2598 van 30 November 1984, soos gewysig) handel oor die verpleegkundige se funksie van die diagnoseering van 'n pasiënt of groep se gesondheidsbehoefte, gevolg deur die voorskryf en uitvoering van 'n verpleegregimen, die verwysing na 'n ander geregistreerde persoon, die aanvaarding en uitvoering van 'n behandelingsprogram en medikasie deur 'n ander geregistreerde persoon, die monitering van 'n pasiënt se reaksies op siekte, omstandighede en behandeling. Die vierde regulasie handel oor die



verpleegkundige se rol in die voorkoming van siekte en die bevordering van gesondheid deur onderrig en voorligting van individue en groepe. Die daarop volgende nege regulasies handel oor die verpleegkundige se praktykvoering met betrekking tot die fisiese gesondheidsbehoefte en handel oor: die toesig, bevordering en instandhouding van higiëne, fisiese gemak en ondersteuning, oefening, rus en slaap, ligamsmeganismes, suurstofvoorsiening, vog-, elektroliet- en suurbasis-balans, genesing van wonde en frakture, beskerming van die vel en sensoriese funksies, ligamsmregulerende meganismes, voeding, en uitskeiding. Dit is verder die verantwoordelikheid van die verpleegkundige om kommunikasie te fasiliteer en om 'n omgewing te skep en instand te hou wat die fisiese en psigiese gesondheid van individue, gesinne, groepe en gemeenskappe sal bevorder. Die regulasies maak verder voorsiening dat verpleegkundiges gesondheid koördineer wat deur ander lede van die gesondheidspan gelewer word, en om pasiënte voor te berei vir, en te ondersteun in diagnostiese, operatiewe en terapeutiese gebeure. Dit word verder van verpleegkundiges verwag om effektiewe pasiëntvoorspraak te lewer. Die laaste regulasie handel oor die sorg van die sterwende en afgestorwe persoon. Hierdie regulasie laat verpleginginteraksies toe binne enige konteks en oor alle lewensfasies (Mellish & Paton, 2000;112-114).

Die ingeskrewe verpleegkundige en verpleeghulp funksioneer onder direkte of indirekte toesig van die geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou. Die ingeskrewe kategorieë voer handelinge en verplegingsinteraksies uit wat verbandhoudend is met die verpleegrégimen wat deur die geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou beplan en geïnisieër is. Dit is

derhalwe noodsaaklik dat die verpleegkundige ten volle bewus is van die handeling wat die bestek van praktyk toelaat, omdat die ingeskrewe kategorieë onder die direkte of indirekte toesig van 'n geregistreeerde verpleegkundige of vroedvrou funksioneer en daarmee sekere verantwoordelikhede meebring met gepaard-gaarde aanspreeklikheid (Mellish & Paton, 2000:112-113).

Die verpleegkundige kan hom of haar skuldig maak aan 'n handeling of versuim om te handel soos vervat in reëls vir handeling en versuime (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing R387 van 15 Februarie 1985, soos gewysig). Verpleegpersoneel oortree die regulasie indien 'n handeling of versuim as intensioneel of nalatig bewys kan word en is in ondermeer die volgende gevalle waar:

- Handeling nie uitgevoer is soos wat dit in die bestek van praktyk regulasie uiteengesit is nie.
- In sy/haar funksionering binne spanverband verkeerd gehandel sou word of waar versuim word om te handel ten opsigte van samewerking, verwysing, koördinering, pasiëntvoorspraak, verhinderings van konsultasie, uitbuiting en professionele geheimhouding.
- Daar nagelaat word om die gezondheidstatus van 'n pasiënt in stand te hou en die pasiënt se regte ten opsigte van sy/haar naam, persoon en besittings te beskerm. Dit word bereik deur die korrekte identifisering, volle beraming van die gezondheidstatus en psigologiese response van die pasiënt insluitende monitering van vitale tekens, kontrole en korrekte toediening van alle voorskrifte en behandelings, voorkoming van ongelukke, besering, en die verspreiding van infeksie, die

spesiale sorg vir hoë-risiko pasiënte, asook identifisering van risikos en om daarvoor te beplan.

- Nagelaat word om duidelike en akkurate rekords te hou van alle aksies wat met die pasiënt verband hou.
- Professionele naamskending bewys kan word.

Baker (2000:100) stel dit dat effektiewe dokumentering strategieë noodsaaklik is om wetlike aksies te voorkom maar ook om uitnemendheid in verpleging te verseker, en sluit alle verplegingsinteraksies rakende die verpleegsorg in.

Die beskerming van die pasiënt regte is ook vervat in die “Charter of Rights of Patient’s” en dien as standaard vir die verpleegpraktyk (South Africa, 1999).

Deel van die verpleegkundige se verantwoordelikheid is opgesluit in die nakoming van ander wette wat toepaslik is op haar praktykvoering en dit sluit ondermeer in:

- Die Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet no 101 van 1965, soos gewysig)
- Die Wet op keuse van Terminasie van Swangerskap (Wet no 92 van 1996)
- Die Kindersorg Wet (Wet no 74 van 1983, soos gewysig)
- Die Wet op Geestesgesondheid (Wet no 69 van 2001, soos gewysig)
- Die Wet op Gesondheid (Wet no 75 van 1997, soos gewysig)

Verpleegpersoneel funksioneer binne die hospitaal as lid van 'n multidissiplinêre span en behoort kennis te dra van die bestek van praktyk van ander lede van die gesondheidsorgspan soos:

- Wet op Geneeshere, Tandartse en Aanvullende Gesondheidsberoep (Wet no 56 van 1974, soos gewysig)
- Wet op Aptekers (Wet no 53 van 1974, soos gewysig)

Aangesien die verpleegkundige binne die wette van die land funksioneer is die beginsels van gemene en kriminele reg ook van toepassing in die verpleegpraktyk.

- **Professioneel-etiese raamwerk van die verplegingspraktyk.**

Die verpleegkundige neem etiese besluite binne die konteks van hospitaal gegrond op die waardes van die verpleegberoep en praktykrylyne wat haar daaglike besluitneming beïnvloed. Die waardegebondenheid binne die konteks van die hospitaal is reeds in kategorie 1 beskryf maar vanweë die veeldimensionele aard word sekere aspekte in hierdie kategorie beskryf.

Searle (1987: 248) voer aan dat een van die belangrikste kenmerke van 'n beroep 'n professionele kode is wat gebaseer is op persoonlike moraliteit en 'n vertrouensgrondslag vorm tussen die pasiënt en die gemeenskap. Die verpleegpersoneel se waardes oor lewe, verpleging, die pasiënt, gesondheid en siekte sal haar daaglikse handeling in die verpleegpraktyk rig (Mellish & Paton, 2000:10).

Die verplegingscredo opgestel deur Searle (1969), bied universele filosofiese oortuiginge wat as handelingsriglyne vir die verpleegpraktyk dien. Botes (1989:59) stel dit dat 'n professionele etiese kode wat op persoonlike moraliteit berus die fondament van vertroue is tussen die verpleegkundige en die pasiënt. Searle (1969) beskou die volgende as die belangrikste filosofiese ligbakens:

- Dat verpleging 'n geloof is in die essensiële betekenis en waarde van elke menselewe.
- Dat verpleging 'n vertroue is en dat die vertroue verpleeghandelinge rig.
- Verpleging is aanvaarding. Verpleging is nie net 'n reeks take wat verrig moet word nie, maar 'n professionele diens aan die mensdom wat instrumentele en ekspressiewe funksies behels.
- Verpleging is 'n uitstygting van 'n mens-tot-mens-verhouding bo die verpleegkundige-pasiënt-verhouding.
- Verpleging is verandering en bewaring. Bewaring van menselewens en ondersteuning van die wat kwesbaar is vir verandering. Verpleging is gerig op voorkoming, bevordering, verandering, balansering, ondersteuning en bewaring.
- Verpleging is ondersteuning, nie net aan die wat afhanklik is van verpleegsorg nie, maar ook aan die wat die sorg lewer.
- Verpleging is 'n tegnologie in sy toepassing van wetenskaplike vaardighede.
- Verpleging is die terapeutiese gebruik van die self.

Volgens Kotzé (1982:7-10) is 'n verpleegkundige professioneel in die mate waartoe hy of sy die kenmerke van professionalisme verwerklik, en professionele erkenning hang af van die beroep en

die verpleegpersoneel self. Kotzé identifiseer twee soorte verpleegkundiges – diegene wat verpleging beoefen as 'n beroep en vir wie verpleging 'n loopbaan met 'n ingesteldheid op intinsieke bevrediging en rolvervulling, en die wat verpleging bloot beoefen omdat dit 'n werk is. Verpleging en die verpleegberoep word aan die tekortkoming en prestasies van verpleegpersoneel beoordeel. Kotzé haal Earle Nightingale as volg aan: *"If we fail as a nation, (profession) it will not come from without, but rather from within. The strength of a nation (the nursing profession) is its people and the degree of their (personal and professional) integrity."* Kotzé (1984:17-22) stel dit dat professionele vorming 'n voortdurende proses is en dat dit oorgedra word van een geslag verpleegkundiges tot 'n volgende geslag. Die grondliggende belang van professionalisme en professionele vorming van verpleegpersoneel is een van die kritiese aspekte wat aangespreek behoort te word in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging (Smith *et al.*, 1999:5-7).

Die volgende samevattende stellings word gemaak:

### **(iii) Samevattende stellings**

**Stelling 6:** Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking deur verpleegbestuur behoort verpleegpersoneel te ondersteun om binne 'n professioneel, etiese- en wetlike raamwerk op te tree in hul strewe na uitnemendheid. Hierin word die wette wat die verpleegpraktyk rig en beheer vervat, asook die regte van pasiënte en verpleegpersoneel.

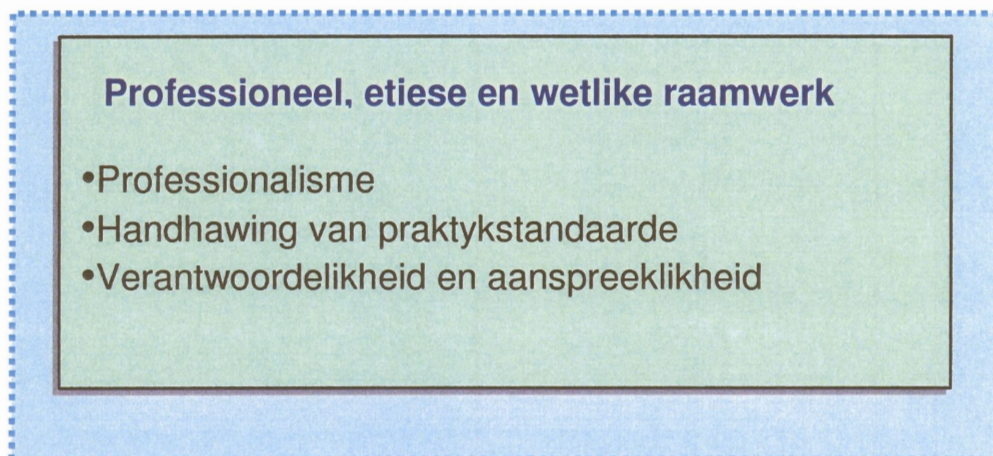
**Stelling 7:** Dit is die verantwoordelikheid met gepaardgaande aanspreeklikheid van die verpleegpersoneel om aan die

vereistes van wetgewing en die kode van professionele praktykvoering wat handeling vir praktykvoering binne hospitaalkonteks rig, te voldoen. Verpleegpersoneelverryking behoort leemtes aan te spreek binne die veeldimensionele konteks van die hospitaal.

**Stelling 8:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort daar gefokus te word op die ontwikkeling van die professionele beeld en optrede van die verpleegkundige.

**Stelling 9:** Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort gerig te wees op die ontwikkeling en ondersteuning van verpleegpersoneel as onafhanklike praktisyns met die doel om gesondheid te handhaaf en te bevorder en te herstel wanneer nodig.

(iv) **Skematiese voorstelling van hoofkonsepte**



**Figuur 3.2: Skematiese voorstelling van hoofkonsepte van kategorie 2**

### **3.4 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is twee kategorieë beskryf naamlik die behoefte van die deelnemers aan die doelbewuste skep van 'n waarde gedrewe milieu wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en die behoefte aan professionele optrede binne 'n eties en wetlike raamwerk.

Verwant aan die doelbewuste skep van 'n waarde gedrewe milieu is die behoefte aan effektiewe spanfunksionering en vaardigheidsontwikkeling wat die verpleegpersoneel instaat stel om hulle verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul en word vervolgens in hoofstuk vier voorgehou.



**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**HOOFSTUK VIER**

**EMPIRIESE BEVINDINGE,  
TEORETIESE BEGRONDING EN  
SAMEVATTENDE STELLINGS VAN  
FASE 1 (vervolg)**

**4.1 INLEIDING**

In hoofstuk vier word die volgende kategorieë verbandhoudend voorgelê tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging: Die behoefte aan effektiewe spanfunksionering (kategorie 3), vaardigheidsontwikkeling (kategorie 4) en 'n ondersteunende kommunikasieklimaat (kategorie 5); wat ondersteunend is tot verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging.

**4.2 BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE VAN FASE 1.**

*Kategorie 3: Effektiewe spanfunksionering*

Kategorie 3 handel oor die effektiewe funksionering van verpleegpersoneel binne multidissiplinêre gesondheidsorgspanverband. Die konsep multidissiplinêre span verwys na al die lede van die gesondheidsorgspan binne die konteks van die hospitaal en sluit die pasiënt binne gesins- en gemeenskapsverband in.

Die span sluit individue van ander dissiplines in wat saamwerk sodat die pasiënt die voordeel van hul unieke spesialis kennis en vaardighede ontvang. Spanlede sluit ook lede van die gesondheidspan in wat 'n ondersteunende diens lewer in die bestuur van pasiëntsorg. Vir effektiewe spanfunksionering om plaas te vind behoort aandag gegee te word aan die uitbou van vennootskappe binne en buite die hospitaalkonteks met die fokus op die verbetering van gesondheidsorg.

Die handeling van die spanlede is gerig om die behoeftes en probleme van die pasiënte en gemeenskap aan te spreek. Elke lid van die multidissiplinêre span betree die hospitaal met sekere persepsies, eise en verwagtinge. Die persepsies, eise en verwagtinge beïnvloed die wyse waarop die lede van die span teenoor mekaar optree. Spanverbande word op alle vlakke van funksionering binne die hospitaal aangetref hetsy op eenheids-, middel- of topbestuursvlak.

#### **(i) Empiriese bevindinge**

##### *Subkategorie 3.1: Effektiewe en doeltreffende spanwerk*

Spanwerk verwys na die harmonieuse samewerking van die gesondheidsorgspan wat ondersteuning en die nastreef van gesamentlike doelwitte insluit. Dit word egter nie deur die personeel bevind nie [*...no spirit of mutual cooperation...*]. Elke spanlid lewer 'n unieke bydrae tot die suksesvolle funksionering van die span. Vir die span om effektief te funksioneer moet daar roluitklaring plaasvind en behoort elke spanlid aktief betrokke te wees in ondermeer besluitneming en probleemoplossing.

Reflektiewe denke binne die span behoort gestimuleer en ondersteun te word.

Die behoefte aan effektiewe en doeltreffende spanwerk is deur die deelnemers in al die fokusgroeponderhoude uitgespreek en is bevestig in die opvolg fokusgroeponderhoude. 'n Werksomgewing wat spanwerk koester behoort daargestel te word. Lede in die span behoort mekaar aan te vul en behoort sensitief te wees vir ander lede van die span se sterk punte en/of leemtes [*...create a work environment that foster team spirit...*]; [*.. if everybody work in a team...*]; [*...they (nursing staff) must be included in the team with doctors...*]; [*..we (team) have (X amount) of guys on the team.. we know each other ..we know each other fairly well.. we know each other's weaknesses .. strenghts ..we know what gets on our nerves....what pleases this one ..we learned it the hard way....we work together....out of that will come trust....(perception of some staff members).. I am the doctor therefore I am truly God....*].

'n Gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek, asook effektiewe interpersoonlike vaardighede word as 'n noodsaaklik basis vir die effektiewe spanwerk geag. Die behoefte aan 'n gemeenskaplike waardesisteem is reeds in kategorie 1 aangespreek.

#### *(a) Roluitklaring*

Binne die span behoort elke spanlid bewus te wees van sy/haar rol. Roluitklaring verwys na elke spanlid se verantwoordelikheid om die doelwitte van die eenheid en hospitaal na te streef, en sluit die optimale benutting van menslike hulpbronne binne

spanverband in. Roluitklaring binne die span is nodig sodat elke persoon sy of haar rol op 'n verantwoordelike en verantwoordbare wyse kan vervul binne die persoon se bestek van praktyk. Die identifisering van potensiaal binne die span behoort te lei tot motivering, werksbevrediging en die optimale benutting van menslike hulpbronne. Ware toegewydheid van spanlede word verseker indien hulle betrek word in die proses van roluitklaring en taaktoewysing. Dit verseker verder dat die verpleegpersoneellid presies weet wat binne die span van hom of haar verwag word, en wat sy/ haar sleutel verantwoordelikhede is. Die uitklaring en begrip van verantwoordelikhede mag bydra tot verhoogde of verbetering van groepskohesie.

Binne die hospitaal bestaan daar verskeie probleme rondom die aspek van roluitklaring, en 'n persepsie dat sekere lede van die span as ondergeskik beskou word [*...(some) doctors see nurses as subserviant..*]; [*... we are all professionals ...and each one has a place in the team...*]. Dit lei tot persepsies van belangeloosheid en passiwiteit by lede van die span. Sekere spanlede ervaar 'n gevoel van magteloosheid omdat hulle voel dat verpleegpersoneel nie belangstel in die verantwoordelikhede wat van 'n verpleegkundige verwag word nie [*...no one takes charge...*]; [*...no discipline..no control...do not take responsibility (nurses)..*]; [*...I get the impression that most of the staff here whether you are a (X) ..or a (X) .. have no sense of belonging ..they come to work ..they go home...pick up a pay check at the end of the month..*]; [*...nursing staff is disinterested...*]; [*...lack in the fundamental understanding of why we are here...*] As gevolg van die gebrek aan roluitklaring binne die span kom dit voor asof verpleegpersoneel nie sekere verantwoordelikhede nakom nie,

en onbetrokke of passief is [...they (nurses) are disinterested...know what to do...don't do it...]; [...it is tiring to get them (nurses) to do their job...]. Roluitklaring binne die span vereis interaksie en gesprekvoering tussen al die lede van die span [...people just say it is not their job...]; [...interaction between medical and nursing staff needed...].

*(b) Aktiewe betrokkenheid van spanlede*

Die konsep *aktiewe betrokkenheid* van spanlede verwys na elke spanlid se deelname in spanaktiwiteite ten einde doelwitte te bereik, deelname in rasonale besluitneming en probleemoplossing, en die deel van inligting om groei en ontwikkeling van die span en spanlede te verseker. Die mate van betrokkenheid van spanlede dra by tot 'n gevoel van samehorigheid. Aktiewe betrokkenheid van spanlede is 'n vereiste vir effektiewe funksionering van die span en sluit selfregulasie of selfbeheer in. Spanlede behoort ondermeer aktief betrokke te wees in die spansamesprekings/ -vergaderings. Spanlede behoort die vrymoedigheid te hê om op 'n oop en eerlik wyse deel te neem aan aktiwiteite binne die span.

Probleme bestaan binne die span weens die feit dat verpleegpersoneel nie aktief binne die span deelneem nie en nie betrokke is by die besluitnemingsproses [...lack in active participation and participative decisionmaking..]. Van die deelnemers het ge verbaliseer dat hulle verpleegpersoneel as stil en onderdanig ervaar. Deelnemers het ook ge verbaliseer dat hulle nie die vrymoedigheid het om gedagtes oop en eerlik te deel binne spanverband nie omdat hulle bang is dat daar teen

hulle geviktimizeer sal word [*.. don't participate.. don't talk or say their say..because they are afraid of victimization or stigmatised...submissive attitude...*]. Sommige spanlede kom passief voor en dit lyk of hulle nie die dryfkrag of energie het om doeltreffend te funksioneer nie [*...people (staff) are passive....*]; [*...they sit and have tea the whole day... when you (staff member) enter the ward they (nurses) do not come and assist you..*]. Daar is ook 'n gebrek aan selfregulasie of selfbeheer en hierdie aspek word onder professionalisme aangespreek. Alhoewel sommige van die verpleegpersoneel hoogs gekwalifiseerd is of besig is met voortgesette studies word inligting, kennis en vaardighede nie altyd binne spanverband gedeel nie [*...people (nurses) are chasing the bars...*]; [*..need to share knowledge and skills...*]. Vanuit die deelnemende observasie is dit duidelik dat die verpleegpersoneel nie altyd binne die span aktief deelneem in die besluite rondom die pasiënte se behandeling nie en dat sommige van die verpleegpersoneel passief mag voorkom.

Deel van die verpleegpersoneel se behoeftes is deelnemende besluitneming en probleemoplossing en word as volg beskryf.

### *(c) Deelnemende besluitneming en probleemoplossing*

Die konsep *deelnemende besluitneming* en *probleemoplossing* verwys na die doelbewuste proses wat deur die span benut word om op 'n gepaste alternatief te besluit om 'n probleem op te los, die besluit te implementeer en die uitkomst te evalueer. Spanwerk word bevorder indien elke spanlid aktief betrokke is in rasionele besluitneming en probleemoplossing. Deelname bevorder eienaarskap en verseker dat die spanlede betrokke is by die proses van implementering, en dra ook by tot motivering.

Die gebrek aan deelname in besluitneming en probleemoplossing gee aanleiding tot misverstande en frustrasie van die spanlede.

Verskeie probleme bestaan weens die feit dat verpleegpersoneel voel dat hulle nie betrokke is in die besluitneming en probleemoplossing nie [*.. nurses to contribute to the management of patient care on rounds..*]; [*.. nurses opinions are not taken into consideration...*]. Verpleegpersoneel ervaar dat besluite oor hulle gemaak word sonder dat hulle die geleentheid kry om insette te gee, of dat hulle insette of opinies nie altyd oorweeg word nie [*...decisionmaking is a problem...decisions is made without them (nurses) ...about them (nurses)...*]. Daar word soms besluite geneem en deurgevoer na die verpleegpersoneel en word dan weer verander en dit word ervaar as inkonsekwentheid [*...there is no consistency...they (nursing staff) is told to do this and that...then they (doctors ) change it...*]. Spanlede behoort die geleentheid gebied te word om bydraes te lewer in die span, en die bydraes behoort rasioneel oorweeg te word [*...rational in desicionmaking...*].

#### *(d) Reflektiewe denke en praktykvoering*

Stimulering van kreatiewe en innoverende denke verwys na die generering van nuwe idees in die span om aktiwiteite binne die span te hanteer en die ondersteuning van spanlede om te eksperimenteer in 'n poging om veranderinge en hernuwing in die verpleegpraktyk op grondvloervlak teweeg te bring. Kreatiwiteit en innoverende denke binne die span behoort ondersteun en aangemoedig te word.

Verskeie probleme bestaan in die hospitaal wat verband hou met die onderdrukking van kreatiewe en innoverende denke. Deelnemers voel dat die verpleegbestuurders en eenheidsbestuurders nie altyd ruimte laat vir kreatiewe en innoverende denke op grondvloervlak nie [*...nurses must ask (management) for permission first...*]. Deels is die probleem toe te skryf aan 'n hiërargiese en burokratiese stelsel [*...misuse of authority by management...they pressurise nurses...*]. Die deelnemers verbaliseer ook dat sommige verpleeg- en eenheidsbestuurders weerstand bied teen kreatiewe innoverende denke wat verandering teweeg mag bring, en sommige deelnemers ervaar dit as onderdrukking en misbruik van die gesag van verpleegdiensbestuurders. Sommige idees of voorstelle vir verandering word nie deurgevoer na die topbestuurder direkte toesighouers nie [*...superiors do not present information (idees) to top management...*]. Van die deelnemers ervaar dit as onaanvaarbare optrede wat deur sommige van die verpleegdiensbestuurders geopenbaar word [*...unacceptable the way our supervisors communicate with us (nurses)...*]

Deel van die verpleegpersoneel se behoefte is harmonieuse samewerking en word as volg beskryf.

*(e) Harmonieuse samewerking binne die span te bewerkstellig*

Die konsep *harmonieuse samewerking binne die span* verwys na die positiewe interaksie binne die span ter ondersteuning van effektiewe en doeltreffende bereiking van spandoelwitte, en sluit 'n positiewe houding en effektiewe konflikthantering in. Die eenheidsbestuurder vervul 'n belangrike rol in die handhawing van harmonie binne die span.



Die empiriese data weerspieël die behoefte aan harmonieuse samewerking binne die span. Die aspek van funksionering van die verpleegspan met die nodige ondersteuning van die eenheidsbestuurder om harmonie binne die span te bewerkstellig, is ook aangespreek. Die spanlede is afhanklik van mekaar om hul rol binne die gesondheidsorgspan te vervul en vir bereiking van die doelwitte.

Verskeie probleme is deur deelnemers rondom die aspek van harmonie geïdentifiseer. Harmonieuse funksionering van die span is nodig om uitnemendheid in verpleging teweeg te bring [*...harmonious functioning needed....*]; [*..we depend on each other to bring about high nursing care...*]. Openlike vyandiggesindheid, konflik en viktimisasie vind soms tussen spanlede plaas, wat harmonieuse samewerking in die span teenwerk [*...conflict...hostility between team members... victimization takes place...*].

Die gebrek aan 'n gedeelde visie, missie en doelwitte binne spanverband sluit hierby aan.

*(f) Gedeelde visie, missie en doelwitte*

'n Gedeelde visie, missie en doelwitte verwys na die strategiese intensie (visie en missie), en meer gefokusde doel (doel en doelwitte) van die hospitaal en die span. 'n Gedeelde visie, missie en doelwitte dra ook by om die parameters te stel vir die vorming van waardes en handeling en behoort by te dra tot die rigtinggewendheid en uitnemendheid van die span.

Probleme ontstaan rondom die gebrek aan 'n gedeelde visie, missie en doelwitte binne spanverband. Dit lei daartoe dat sommige spanne nie rigtinggewend is nie en nie saamwerk om 'n gedeelte visie, missie en doelwitte na te streef nie [*...have a commitment towards a common goal...;* [*...set a vision, mission and objective for the team..*]. Die behoefte aan 'n gemeenskaplike waardesisteem word onder die vorige kategorie beskryf.

Deel van die span se funksie is om vennootskappe te ontgin in hul strewe na uitnemendheid in verpleging en word as volg voorgehou.

#### *(g)Vennootskappe*

*Vennootskappe* verwys na verbintenisse wat die verpleegpersoneel sluit om die visie, missie, en doelwitte van die eenheid en die hospitaal te bereik en kan vennootskappe binne of buite die hospitaal insluit. Die deelnemers het 'n behoefte uitgespreek vir die sluit van vennootskappe in hul strewe na uitnemendheid [*...nurses need to enter into partnerships... inside and outside the hospital.....that includes the multidisciplinary team....health care professionals..community in order to achieve the mission statement of service excellence ...*]

## **(ii) Teoretiese begronding**

Die literatuur bevestig dat die verpleegkundige 'n plig het om harmonieus met ander lede van die gesondheidsorgspan saam te werk en gesondeidsorg te koördineer.

Vanuit die literatuur word bevestig dat 'n multidissiplinêre spanbenadering voordelig is om ondermeer sleutelaspekte soos verantwoordelikheid en verantwoordbaarheid aan te spreek, met gevolglike verbeterde uitkomst. Deur 'n multidissiplinêre spanbenadering te volg word nuwe en verbeterde verhoudinge en kommunikasiepatrone gesmee, en dit lei tot uitnemendheid in verpleging. Verder lei 'n spanbenadering tot ontwikkeling van kennis en vaardighede veral met betrekking tot leierskapsontwikkeling (McHugh, West, Assatly, Duprat, Howard, Niloff, Waldo, Wandel & Clifford, 1996:21-27).

### *(a) Effektiewe spanfunksionering*

*Effektiewe spanfunksionering* ondersteun die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en verseker uitnemendheid in verpleging. Om uitnemendheid te bereik behoort daar in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking die volgende elemente in die gesondheidsorgspan teenwoordig te wees: kongruente optrede tussen die individue, 'n gemeenskaplike waardesisteem, deelnemende probleemoplossing en besluitneming, roluitklaring, openheid, opregtheid, vertrouwe, toegewydheid, oop kommunikasie, en wedersydse waardering en respek (Hawks, 1999:67; Hawks, 1992:609-618; Gibson, 1991:354-356; Chavasse, 1992:1-2; Catalano, 1994:182-187; Randolph, 1995:19-31). 'n Gemeenskaplike waardesisteem in

die gesondheidsorgspanne is essensieel vir die fasilitering van verpleegpersoneel-verrykking en uitnemendheid in verpleging (Thomas, Ward, Chorba & Kumiega, 1990:17).

*(b) Aktiewe betrokkenheid*

Die aktiewe deelname in besluitneming en probleemoplossing dra verder by tot motivering, stimulering van denke en die gevoel van eiewaarde (Booyens, 1998:697).

*(c) Deelnemende besluitneming en probleemoplossing*

Volgens Cioffi en Markham (1997:265) is vaardigheid in besluitneming die minste wat van verpleegpersoneel binne haar professionele-etiese en wetlike raamwerk verwag kan word. Dit is 'n vereiste dat verpleegpersoneel hul voortdurend op die hoogte hou van ontwikkeling binne die verpleegpraktyk om rasoneel besluite rakende verpleging te kan neem. Die uitkomst van besluitneming hou verband met uitnemendheid in verpleging (Cioffi & Markham, 1997:265-271). Dit is van kritiese belang dat verpleegpersoneel oor reflektiewe denke beskik om probleme binne die span effektief op te los (Jacobs, Ott, Sullivan, Ulrich & Short, 1997:19-22; de Villiers, 1992:30-32).

*(d) Reflektiewe denke en praktykvoering*

Volgens Videbeck (1997:310-312) is daar toenemend 'n beklemtoning van kritiese denke in verpleging. Spanfunksionering mag verder bydra tot stimulering van kreatiewe denke, debatte en diskoers, uitklaring van probleme

binne spanverband, deelname aan besluitneming en die koestering van 'n spannees (Marriner-Tomey, 1996:233-234).

*(e) Harmonieuse samewerking*

Verpleegpersoneel behoort 'n kollegiale verhouding te hê met ander lede van die gesondheidspan en het 'n verbintenis om harmonieus in 'n span saam te werk (Searle & Pera, 1993:234). Marriner-Tomey (1996:233) stel dit dat die waarde van spanwerk daarin geleë is dat doelstellings bereik word deur die groep se aksies. Spanlede dra by tot voorstelle en deel idees. Wanneer spanlede die implementering van hul voorstelle sien, lei dit tot werksbevrediging wat as verdere motivering dien vir uitnemendheid in verpleging. Volgens Weitekamp, Luanne, Thorndyk & Evarts (1996:310) sal toekomstige gesondheidsorg instansies floreer indien daar 'n kultuur van interdisiplinêre samewerkende spanbenadering gekoester word, wat energie op alle vlakke van funksionering en in alle sferes van verpleegnavorsing, -bestuur, -onderrig en verpleegsorg kan verskaf. Verder bied die sluit van vennootskappe met die gemeenskap die geleentheid om dienste op 'n koste-effektiewe basis te voorsien, asook om dienste uit te brei wat andersins nie aan die gemeenskap beskikbaar so gewees het nie. Die wegbeweeg van 'n hiërargiese struktuur na 'n spanbenadering met 'n platter hiërargiese lyn, kan kreatiwiteit stimuleer deur entrepreneurskap binne die spanne aan te moedig en te koester. Spanne met 'n visie, missie, waardesisteen en doelwitte wat relevant is tot die gemeenskap se behoeftes en wat aanvaarding van verantwoordelikheid en aanspreeklikheid weerspieël, sal in die toekoms groei en floreer (Weitekamp, *et al.* 1996:309-315).

Hibbert, Storoz en Andrews (1992:15) voer aan dat daar vir deelnemende besluitneming op kliniese vlak binne spanverband aandag behoort gegee te word aan die ontwikkeling van ondermeer leierskaps-, interpersoonlike-, en onderhandelingsvaardighede. Baker, Messmer, Gyurko, Domagala, Conly, Eads, Harshman en Layne (2000:227) stel dit dat indien spanne eienaarskap binne die hospitaal aanvaar, dit 'n invloed het op die wyse waarop verpleging geskied. Dit lei verder tot motivering en verbeterde uitkomstes. Dit verbeter ook die verhouding tussen die verskillende vlakke van bestuur in die hospitaal.

*(f) Gedeelde visie, missie en doelwitte*

Booyens (1998:313,411) beklemtoon die belang om binne spanverband te fokus op die ontwikkeling van 'n waardestelsel, missie, doelwitte en prioriteite, uitklaring van rolle en verantwoordelikhede, identifisering van probleme en konflik om sodoende kommunikasie, samewerking en probleem-oplossing binne te spanverband te bevorder. Die proses van die ontwikkeling van 'n waardestelsel, visie, missie, doelstellings en doelwitte is 'n kritiese stap vir enige span en die fondasie vir enige verpleegeenheid, en dra by tot harmonieuse samewerking in die span. Volgens Abuzzese (1996:59) is dit die *lewende* dokumente wat verpleeghandelinge rig en wat as basis dien vir eksperimentering en innovasie in 'n vinnig veranderende wêreld.

*(g) Vennootskappe*

*Vennootskappe* is volgens Manion, Sieg en Watson (1998:47) 'n hedendaagse tendens en word op alle vlakke binne die hospitaal gevind - van bestuur tot op grondvloervlak. Vennootskappe

verwys na verhoudinge tussen portuurgroeplede en ook tussen individue op verskillende vlakke. Vennootskappe ontstaan dikwels in spanverband. Soos wat verantwoordelikhede meer kompleks raak is dit onmoontlik vir spanne of individue om alleen doelwitte te bereik en om aan die verwagtinge van die gemeenskap te voldoen. Vennootskappe bied die geleentheid tot diversiteit en voeg waarde by 'n organisasie. Die aard van die verhouding bepaal word bepaal deur die spesifieke doelwitte wat gestel is. Verskeie vereistes is nodig vir 'n vennootskap om te slaag. Dit benodig die vermoë en begeerte om saam te werk asook die aanvulling van vaardighede. Binne 'n waarde gedrewe milieu behoort aspekte soos wedersydse vertrouwe, respek, ondersteuning, kommunikasie voordelig te wees vir die bereiking van doelwitte (Manion, *et al.* 1998:47-55).

### **(iii) Samevattende stellings**

**Stelling 10:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan roluitklaring binne die gesondheidsorgspanne met gepaardgaande verantwoordelikheid en aanspreeklikheid as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging.

**Stelling 11:** Bevordering van die aktiewe betrokkenheid van verpleegpersoneel binne die gesondheidsorgspan behoort in die fasilitering van uitnemendheid in verpleegsorg aangespreek te word.

**Stelling 12:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag geskenk te word aan deelname van verpleegpersoneel aan besluitneming en probleemoplossing in

die lewering van verpleegsorg sowel as die bestuur daarvan op alle vlakke van dienslewering.

**Stelling 13:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort die verpleegpersoneel gestimuleer en ondersteun te word in die ontwikkeling van reflektiewe denke, die generering van nuwe idees en verantwoordelike eksperimentering om verandering en vernuwing in die verpleegprakryk teweeg te bring.

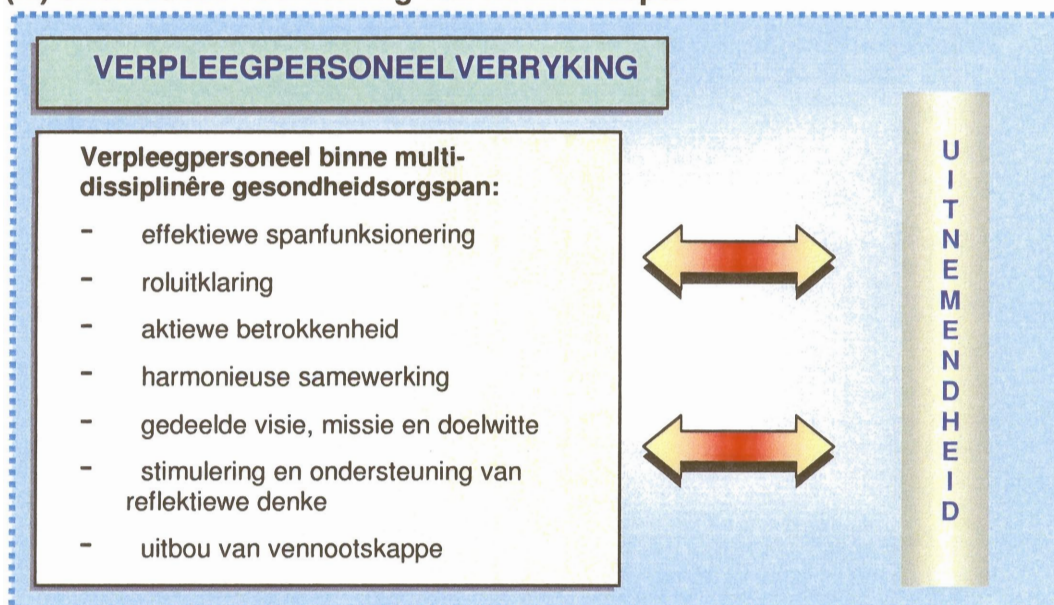
**Stelling 14:** Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort te lei tot harmonieuse samewerking binne spanverband vir die effektiewe en doeltreffende bereiking van spandoelwitte.

**Stelling 15:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort daar aandag gegee te word aan die skep van strukture en sisteme vir effektiewe en doeltreffende spanfunksionering met die klem op roluitklaring, aktiewe deelname, en deelnemende besluitneming om 'n harmonieuse werksomgewing daar te stel.

**Stelling 16:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort die sluit van vennootskappe ter bevordering van uitnemendheid in verpleging aangemoedig te word.



(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte



**Figuur 4.1: Skematiese voorstelling van hoofkonsepte van kategorie 3**

Kategorie 4: Vaardigheidsontwikkeling

Vaardigheidontwikkeling verwys na verpleegpersoneelopleiding en -ontwikkeling wat noodsaaklik is vir verpleegpersoneel om hulle professionele rol en verantwoordelikhede binne die hospitaalkonteks te vervul. Dit behels algemene en spesifieke vaardigheidsontwikkeling. Die konsep *vaardigheidsontwikkeling* sluit die ontwikkeling van kognitiewe, affektiewe en psigomotories vaardighede in. Reflektiewe denkvaardighede vorm 'n integrale deel van kognitiewe vaardighede.

(i) **Empiriese bevindinge**

In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word vaardigheidsontwikkeling van kritiese belang geag. Aandag

behoort geskenk te word aan die ontwikkeling van spesifieke verpleegvaardighede. Dit sluit onderrig-, leierskaps- en bestuurs-, en navorsingsvaardighede in. Leierskaps- en bestuursvaardighede stel verpleegkundiges in staat om verpleging effektief te bestuur [*...no one takes charge in the ward...no one available when you do wardrounds...*] en sodoende word tred gehou met ontwikkelinge in die huidige dinamiese konteks van die gesondheidsorgdienste.

#### Subkategorie 4.1: Vermoëns

Die subkategorie word verdeel in die ontwikkeling van (a) verpleegvaardighede, (b) bestuur en leierskap, (c) bestuur van verandering en (d) vennootskappe.

##### (a) Vaardighede

##### □ **Verpleegvaardighede**

Deelnemers ervaar 'n gevoel van onvergenoegdheid met die standarde in verpleging. Hulle verbaliseer dat die standaard van verpleging laag is, en dat daar 'n gebrek is aan 'n wetenskaplike benadering tot verpleging. Daar is herhaaldelik negatiewe kritiek uitgespreek oor die kwaliteit van pasiëntsorg. 'n Ernstige leemte bestaan in die wyse waarop verpleegsorg gerekordeer word. Die persepsie van sommige deelnemers is dat van die verpleegpersoneel nie toegewyd is nie, en dat verpleegpersoneel onprofessionele gedrag openbaar [*...dissatisfaction with the situation.....patient care.. the standard have dropped...I don't know how to say that....(nursing staff) not committed...most of them ...(could not find) work.....therefor took up*

*nursing....attitudes towards patients ..... mishandled.....(there are ) complaints ... (nursing staff) not doing their work... ]*.

Deels kan die probleem toegedig word aan die feit dat die standaard van verpleging wat deur die verpleegpersoneel gelewer word nie effektief bestuur word nie. Verder voel sommige van die verpleegpersoneel dat hulle te moeg is om normale take te verrig, en dat dit tot onproduktiwiteit lei [*...they ask us (staff) to come on duty...then you are tired.. lets say you have done two 7-7 and a half day and a 7-7 they (management) ask you to work till 7 o' clock and you yourself....you are going to do the overtime then the next day....on a Friday.. ..you are dog-tired.... and then you come...you are expected...]; to perform....you are going to perform but ..you are not productive....*]. Kwaliteitsversekeringprogramme behoort daar gestel te word om uitnemendheid te verseker in kliniese praktykvoering as geheel [*...standards down....quality needed... programmes needed..*].

#### □ **Onderrigvaardighede**

Deel van die verpleegkundige se verantwoordelikheid is pasiënt- en gemeenskapsopleiding/ -onderrig, studentbegeleiding, asook opleiding van ander lede van die gesondheidsorgspan en die verantwoordelikheid vir eie lewenslange leer. Dit blyk dat daar leemtes bestaan in hoe hierdie taak volvoer word. Studente ervaar dat hulle nie effektief begelei word nie [*...they (registered nurses) remain in the duty room...if they do administration...or it is to run away from the patients..*]. As gevolg van oneffektiewe begeleiding ervaar die studente dat die verpleegkundiges *laissez-faire* houding inneem in hul praktykvoering, en dit bring

mee dat hulle swak rolmodelle navolg [*...the way they teach us is what we are going to become....and that because they practice laissez-faire management...*]. Die deelnemers beleef dit dat die studente aan praktyke onderwerp word wat nie op standaard is nie en dat hierdie praktyke dan die norm word [*...maybe when I complete is that I want revenge ....I practice that... working without love...*]. Hierdie negatiewe praktykvoering word dan as die norm aanvaar. Verpleegpersoneel se persepsie van hul kollegas is dat alhoewel sommige hoogs opgelei is, hulle nie hulle kennis deel in die span nie [*...they (nursing staff) have skills...they have the bars but do not apply it (skills)...*].

#### □ **Navorsingsvaardighede**

Die verpleegkundige se navorsingsvaardigheid word nie genoegsaam ontwikkel nie. Weinig verpleegkundiges wat werksaam in hospitale is onderneem enige navorsingsaktiwiteite of word blootgestel aan die voordrag van praktykgerigte navorsing op nasionale of internasionale vlak, of publikasie van bevindinge. Verpleegnavorsing word hoofsaaklik gesien as die verantwoordelikheid van akademiese personeel verbonde aan Universiteite en Verpleegkolleges [*...must be supported to publish..*]; [*..we (nurses) don't present (at conferences)...*].

#### (b) Bestuursvaardighede

#### □ **Die behoefte aan bestuurs en leierskapsontwikkeling**

Bestuurs-en leierskapsvaardighede sluit ook bestuurstyl in wat geopenbaar word deur die verpleegkundiges, asook die rol wat die verpleegbestuurder speel in die fasilitering van

verpleegpersoneelverryking. Hierdie kategorie is verweef met kategorie 6, maar omdat die deelnemers verskeie behoeftes rakende bestuurs- en leierskapsvaardighede uitgespreek het is dit nodig om dit aan te spreek as deel van vaardigheidsontwikkeling op alle vlakke: eenheids-, middelvlak- en topbestuur.

Verskeie probleme is uitgelig ten opsigte van die bestuur van menslike, materiële hulpbronne en finansiële hulpbronne. Daar is 'n duidelike behoefte uitgespreek vir die ontwikkeling van bestuursvaardigheid wat in pas is met die huidige dinamiese behoeftes, eise en verwagtinge van die gesondheidsberoep en gemeenskap asook die bestuur van vernuwing. Menslike-, materiële- en finansiële hulpbron bestuur word in kategorie 6 beskryf. Dit blyk dat die verpleegpersoneel 'n behoefte het aan bestuurders wat die hospitaal en verpleging effektief kan bestuur. Deelnemers beleef dit as uiters frustrerend dat hul behoeftes en probleme nie doeltreffend aangespreek word nie [*..we (staff) complain to them(managers).. but at the end of the day nothing gets done..*]; [*.....nobody (management) is doing anything.....we (nursing staff) don't get replies..no feedback...*].

Alle aspekte van vaardigheidsontwikkeling in bestuur asook verpleegpersoneelbestuur moet aangespreek word [*....management is lacking in administration skills.. or may have them but these skills is not applied...*]. Deelnemers ervaar 'n onvermoë by die verpleegbestuur om verpleegpersoneel effektief te bestuur. Een van die kritiese aspekte wat beskryf is, is personeelbeheer [*...matrons in charge of the wards have no control over staff...*]; [*...no control nothing is done...*]; [*...no sisters wants to take charge....*]. Deelnemers verbaliseer die onvermoë van sommige van die verpleegbestuurders om dissiplinêre

maatreëls te implementeer of te handhaaf [*... there is a lack in discipline.... they (managers) apply disciplinary measures.....not successful..*]. Daar is 'n persepsie dat verpleegpersoneel toegelaat word om te maak soos hulle wil en dat geen beheer uitgeoefen word soos laatkom aan diens, afwesigheid van diens, "moonlighting" by 'n ander organisasie wat werksverrigtinge beïnvloed. [*... people get away with everything..*]; [*... problem exist with late coming.. absenteeism... while the same person then works in the private sector.....*]; [*...no discipline, or ineffective discipline is exercised...*]. Daar is ook 'n persepsie dat verpleegpersoneel die verpleegbestuurders viktimizeer en intimideer indien dissipline uitgeoefen word.

Sommige van die verpleegbestuurders beskik nie oor voldoende vaardighede om arbeidsverhoudinge, insluitend die betrokkenheid van vakbonde, effektief te bestuur nie. Sommige van die verpleegdiensbestuurders is "bang" vir die vakbonde of om verpleegpersoneel te dissiplineer [*..but to be honest with you we are having a serious problem in respect of discipline .. because of the history of this institution.. some unions .. they ..when the managers try and discipline.. they are intimidated.. now people are a bit scared to discipline.. always you will find somebody is trying...but they are afraid of the unions..... very few are assertive and initiate disciplinary action...*]; [*...people send to relieve other wards that is short staffed..same people send time and again...same people then do not turn up for work...*]; [*...it comes down to supervision..control..and discipline..*].

Verskeie probleme is uitgelig rakende die bestuurstyl en die misbruik van gesag wat deur bestuurders op alle vlakke gedemonstreer word [*...new style of management is needed..*];

*[...lead by example...]*. Die invloed wat die histories-kulturele konteks op die verpleegpersoneel gehad het is in kategorie 1 reeds bespreek . Die verpleegpersoneel ervaar dat sekere van die bestuurders 'n burokratiese en outokratiese bestuurstyl toepas, terwyl ander 'n *laissez-faire* styl openbaar wat tot groot frustrasie in die verpleegspan lei *[... part of the history of nurses..the management structure ...you are not going to upgrade nurses if you have this hierarchial and burocratic structure...]*; *[...there is a hierarchial structure...]*; *[...I think the problem with the registered nurses is that ..the sisters are practicing laissez-faire...]*.

Die behoefte is deur die deelnemers uitgespreek vir deelnemende bestuur en deelnemende besluitneming *[...the (group of people)..will come with their marching team..that is non-negotiable....not involved....]*. Die behoefte is uitgespreek dat verpleegbestuurders meer sigbaar in die verpleegeenhede moet wees *[... (some) management cannot come down to the wards... ]*. Aspekte wat reeds in die vorige kategorieë beskryf is, is as krities beskou in die interaksie met verpleegpersoneel en is ondermeer openheid, respek, deursigtigheid, gelyke behandeling en die skep van 'n vertrouensverhouding *[..supervisor hide information ...supervisor not presenting information to the top....]*.

Verpleegbestuurders word as rolmodelle gesien en behoort 'n voorbeeld te stel in hulle leiding aan verpleegpersoneel *[...(sister) lead by example...]*; *[...the role model that we (students) had we will become that role model...]*.

*(c) Vaardighede om verandering te bestuur*

Infasering van verandering, polities of aangebring deur Staatsdepartemente word nie effektief bestuur nie [*...bestuur van verandering nodig...*]. Die deelnemende observasie bevestig dat daar leemtes is om vernuwing te bestuur. Hierdie vernuwing sluit ondermeer aspekte soos die wegbeweeg van 'n patriargale sisteem, multikulturele omgewing, herstrukturering van gesondheidsdienste en pasiënt regte in. Verpleegbestuur moet oor die vermoë beskik om hierdie verandering te bestuur.

*Subkategorie 4.2: Effektiewe streshantering*

Dit blyk uit die empiriese data dat stres in die werksituasie ervaar word weens verskeie eise wat aan die verpleegpersoneel gestel word asook oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge [*...we are really feeling it ..very...very much.. emotionally ..stressful there is a lot of aggression ..they are pointing fingers...*]. Persoonlike omstandighede soos sosio-ekonomiese omstandighede dra verder by tot spanning [*.....we are working under stressful situations.. no money too..... we feel we are hopeless..*]. Oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge is reeds bespreek. Die verpleegpersoneel ervaar 'n gevoel van hopeloosheid, en voel getraumatiseerd en uitgelewer aan die sisteem [*...but those (nursing staff)that were really mentally traumatized..*]; [*....because of the shortage of staff.... and materials it causes nurses to be at high risk and that you are feeling certain emotions towards management and that you are angry with management whoever the management may be.....that they are not looking after you as nurses.....you feel very exposed..*].



Ander eise wat aan verpleegpersoneel gestel word en bydra tot stres wat deur hulle ervaar word: hoë werkslading as gevolg van verpleegpersoneel tekorte, hantering van MIV/VIGS pasiënte sonder die nodige infrastruktuur en hulpbronne; gebrek aan ondersteuningsisteme en materiële hulpbronne [*.....(it makes me feel) very..very bad...point number one ...you can't leave a patient like that ..you are going to do that ..at the end .. after five years ..you find that you have HIV....and that (at) times there is no glove(s)....we have been so careless.....because the ....they did not want us to wear gloves....we have been working bare hand....we don't know now if.. we are still safe...at the end what do you get..nothing..*]; [*...It is painful....we work under pressure, hart broken....and you feel you can't just leave the patient..*]; [*...you think you are going to be ill one day you just carry on..*]; [*...but in the end you contract HIV....there are no benefits...*]. Die oneffektiewe hantering van stres lei tot 'n hoë afwesigheidsprofiel en uitbrandingsindroom. [*...it is like that... ..we stay away from work..*]; [*...so you are absent....yourself....*].

#### Subkategorie 4.3: Benutting van kliniese verpleegspesialiste

Die konsep kliniese verpleegspesialiste verwys na verpleegkundiges wat in 'n spesifieke kliniese veld gespesialiseer het. Verpleegpersoneel het 'n behoefte aan kliniese verpleegspesialiste wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking deur 'n begeleidingsrol te vervul en as verpleegkonsultante op te tree vir meer onervare verpleegkundiges . Deelnemers voel dat dit sal bydra tot erkenning van hul kennis en vaardigheid en die wetenskaplike ontwikkeling van die verpleegprofessie [*...feel that specialist nurses must be used in the clinical field...*].

## **(ii) Teoretiese begronding**

Vanuit die literatuur word die belang van vaardigheidontwikkeling bevestig. Die Nasionale Regering besef die belang van ontwikkeling van vaardighede en maak voorsiening daarvoor in wetgewing 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.

Die Wette het ten doel om vaardighede van die werkskrag aan te spreek, onder andere:

- Die bevordering van die lewenskwaliteit van werkers,
- Verhoging van produktiwiteit in die werkplek, en
- Verhoging van sosiale dienste.

Die "*Skills Development Act*" (South Africa, Skills Development Act No. 97 of 1998) spreek spesifiek die ontwikkeling van vaardighede in die werkplek en derhalwe ook die gesondheidsorgsituasie aan. Alhoewel die hospitaal 'n provinsiale hospitaal is, maak die wet voorsiening dat Staatsdepartemente 1% van hul totale verpleegpersoneel koste vir die ontwikkeling van vaardighede moet begroot. Organisasies het 'n groter verantwoordelikheid ten opsigte van opleiding en ontwikkeling van verpleegpersoneel (South Africa, Skills Development Act No. 97 of 1998; South Africa, Skills Development Levies Act No. 9 of 1999).

Uitnemendheid in verpleging hang af van die verpleegpersoneel se kennis, vaardigheid, houding en verplegingsinteraksies. Vaardigheidsontwikkeling in die konteks van die studie hang af van

van die volgehoue insette van verpleegbestuur en spanlede om by te dra tot die ontwikkeling van individue binne spanverband as deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging. Vaardigheidsontwikkeling kan op beide formele en informele wyses geskied deur gebruik te maak van hulpbronne binne en buite die hospitaal. Dit is verder die reg van die verpleegpersoneel om voldoende oriëntering en doelgerigte indiensopleiding te ontvang ten opsigte van behandelingsmetodes en -prosedures wat betrekking het op verpleging binne die hospitaalkonteks. Verpleegpersoneel mag weier om 'n taak uit te voer waarvoor daar nie voldoende opleiding voorsien is nie of in die geval waar daar nie oor voldoende kennis of vaardigheid beskik word nie.

In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is effektiewe kommunikasie en samewerking met die verpleegpersoneel nodig om hul behoefte vir opleiding en ontwikkeling te bepaal, en deur te fokus op die kennis en vaardighede wat verpleegpersoneel nodig het om hul rol en verantwoordelikhede te vervul dra dit by tot uitnemendheid in verpleging (Thomas, Ma'aith & Malinowski 2000:138-139).

*(a) Vermoëns*

Die literatuur beskryf ontwikkeling van verpleegverpleegpersoneel binne hospitaalkonteks in vier areas: **kliniese verpleging, verpleegbestuur, -navorsing en -onderrig**. Doelmatige en effektiewe ontwikkelingsprogramme dra by tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging (Booyens, 1998:394). Die verpleegpersoneel binne die konteks van die hospitaal is een van die mees waardevolle bates en die

kwaliteit van sorg hou direk verband met hulle kennis en vaardigheid (Booyens, 1998:381; Williamson, 1981:55). Indien verpleegpersoneel voortdurend voldoende opgelei en ontwikkel word om wetenskaplike verpleegsorg te lewer sal dit hulle in staat stel tot uitnemendheid in verpleging (Williamson, 1981:55-56). Dit verg toegewydheid van die verpleegbestuur van die hospital om te belê in ontwikkeling van die verpleegpersoneel se kennis, vaardighede en vermoëns wat tot hulle persoonlike en professionele groei en ontwikkeling bydra. Hierdie toegewydheid dra by tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging (Coetsee, 1996:37-42; Booyens, 1998:381).

Volgens Abruzzese (1996) is vaardigheidsontwikkeling die sleutel tot verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging. Deur vaardigheidsontwikkeling word toekoms van die verpleegprofessie en die hospitaal verseker. Deur effektiewe en doelmatige vaardigheidsontwikkeling behoort toekomstige verpleging aan die standarde vir verpleging, navorsing en tegnologie te voldoen en in te pas met behoeftes en eise wat aan die verpleegpersoneel binne die hospitaalkonteks gestel word (Abruzzese, 1996:3-13). Vaardigheidsontwikkeling behoort die verder gerig te wees op die volwassene-leerder en die beginsels van volwassene-leer te onderskraag. 'n Deel van die vaardigheidsontwikkeling behoort die verpleegpersoneel te ondersteun om hul kennis en vaardighede wat in die teorie begrond is, in die praktyk te laat realiseer. Volgens Abruzzese is dit nodig om verpleegpersoneel met hul kennis en vaardighede in die praktyk te ondersteun omdat kliniese situasies verskil. Dit is nodig om in die ontwikkeling van vaardighede ook individualiteit

in ag te neem, om so die verpleegpersoneel te ondersteun in hul unieke behoeftes.

Die verpleegpersoneel se bevoegdheid binne die praktyk word volgens Searle en Pera (1993:100) bepaal deur die omvattendheid van kennis en die vermoë om vaardighede op 'n bekwame en doeltreffende wyse in die praktyk toe te pas. Die bevoegdheid van verpleegpersoneel beïnvloed die verhouding met ander lede van die gesondheidsorgspan. Daar word van die verpleegkundige verwag om voortdurend op die hoogte te bly ten opsigte van kennis en vaardighede aangesien dergelike kennis en vaardigheid in die wyse van verpleging wat gelewer word weerspieël word. Dit is die verantwoordelikheid van die verpleegpersoneel om voortdurend te strew na uitnemendheid omdat vaardigheid alleen nie genoeg is nie.

*(b) Bestuursvaardighede*

Die mate van geslaagdheid van verpleging insluitend pasiëntsorg en die welsyn van pasiënte word bepaal deur die gehalte van die bestuur se fasilitering van verpleegpersoneelverryking op elke vlak, hetsy eenheids-, middelvak-, of hoëvlak verplegingsbestuur. 'n Verbintenis tot doeltreffende bestuur is noodsaaklik vir uitnemendheid in verpleging. Volgens Searle en Pera (1993:74) kan bepaalde verantwoordelikhede slegs vervul word indien daar 'n verbintenis is tot doeltreffende en effektiewe bestuur, dit sluit in:

- Die bepaling en handhawing van standarde in verpleging.
- Die versekering van werkstevredenheid by verplegingsverpleegpersoneel, doeltreffende verpleegpersoneel-

bestuur, voorkoming van uitbranding, deelname aan besluitneming op alle vlakke, opleiding en ontwikkeling, beroepsbevordering en sorg vir die versorgers.

- Die versekering van kostebeheer en koste-effektiewe bestuur wat onafskeidbaar verbonde is aan uitnemendheid in verpleging en, die oordeelkundige benutting van hulpbronne wat optimale beskikbaarheid van gesondheidsorg waarborg.
- Om 'n sorgsame agent vir verandering te wees om so voorsiening te maak vir verandering in die sosiale, politieke, ekonomiese en organisatoriese klimaat.

Volgens Marriner-Tomey (1996:222) is die ontwikkeling van vaardighede 'n voortgesette proses om verpleegpersoneel te ondersteun om hulle volle potensiaal te ontwikkel. Verpleegbestuur is wetlik verplig tot uitnemendheid in verpleging en die ontwikkeling van verpleegpersoneel hou direk hiermee verband. Wysies waarop bygedra kan word tot verpleegpersoneelontwikkeling sluit in: oriëntering, induksie opleiding, internskappe, indiensopleidingsprogramme, kursusse, seminare, konferensies, joernale, program leer, organisatoriese ontwikkeling, bestuursopleiding, loopbaanbeplanning, onafhanklike studie of voortgesette onderwys (Booyens, 1998:381).

### *(c) Vaardighede in die bestuur van verandering*

Verpleegbestuurders behoort vaardighede te ontwikkel om verandering te bestuur. Verskeie faktore beïnvloed verandering in 'n organisasie en benodig vaardighede vir effektiewe beplanning en implementering daarvan. Verandering is 'n normale proses en verpleegbestuur moet oor die vaardighede beskik om hierdie verandering te bestuur. 'n Onvermoë om in

pas te kom met verandering of om verandering te bestuur kan lei tot negatiewe gedrag by beide verpleegpersoneel en verpleegbestuur (Marriner-Tomey, 1996:181).

Volgens Muller (1997:27) verwys veranderingsbestuur na die dinamiese herposisionering van 'n instansie of sisteem op operasionele en of strategiese vlakke. Dit word gedryf deur interne of eksterne faktore en is gebaseer op die behoeftes van die mense in die organisasie. Muller voer verder aan dat vanweë die huidige veranderinge op politieke, sosiale en ekonomiese gebied daar nie voldoende aandag aan die bestuur van verandering gegee word om aan die eise van die huidige gesondheidsorg situasie te voldoen nie. Hierdie veranderinge bring verder 'n verdere uitdaging mee om hierdie faktore en veranderinge binne die verplegingsberoep se waardes en etiek te akkommodeer. Die effektiewe bestuur van verandering speel 'n belangrike rol in die fasilitering van verpleegpersoneel-verryking binne die hospitaalkonteks.

#### *(d) Benutting van kliniese verpleegspesialiste*

Die ondersteuning en effektiewe aanwending van kliniese verpleegspesialiste kan bydra om tot verpleegpersoneel-ontwikkeling, sowel as die ondersteuning en retensie van verpleegpersoneel. Die kliniese verpleegspesialiste kan as rolmodelle en mentors dien vir verpleegpersoneel in 'n spesifieke kliniese veld en ander verpleegkundiges ondersteun, beraad, motiveer, onderrig en begelei. Kliniese verpleegspesialiste kan 'n belangrike rol vervul in die ontwikkeling van professionele waardes en standaarde. Die benutting van kliniese verpleegspesialiste kan bydra tot groei en ontwikkeling op

persoonlike en professionele vlak van verpleegpersoneel soos verhoging van die selfbeeld, eiewaarde en persoonlike bevrediging (Marriner-Tomey, 1996:222).

Die volgende samevattende stellings word gemaak:

### **(iii) Samevattende stellings**

**Stelling 17:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort vaardigheidsontwikkeling aangespreek te word om verpleegpersoneel te ondersteun om op die hoogte te bly met die ontwikkeling in kliniese Verpleegkunde.

**Stelling 18:** Verpleegpersoneelverryking behoort te fokus op die ondersteuning van verpleegpersoneel in die ontwikkeling van bestuurs- en leierskapvaardighede binne 'n wetenskaplike benadering tot verpleging. Dit sluit kliniese verpleging, verplegingsbestuur-, -navorsing, en verpleegonderwys in.

**Stelling 19:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort verpleegpersoneel in staat gestel te word om die nodige vaardighede te ontwikkel in deelnemende bestuur.

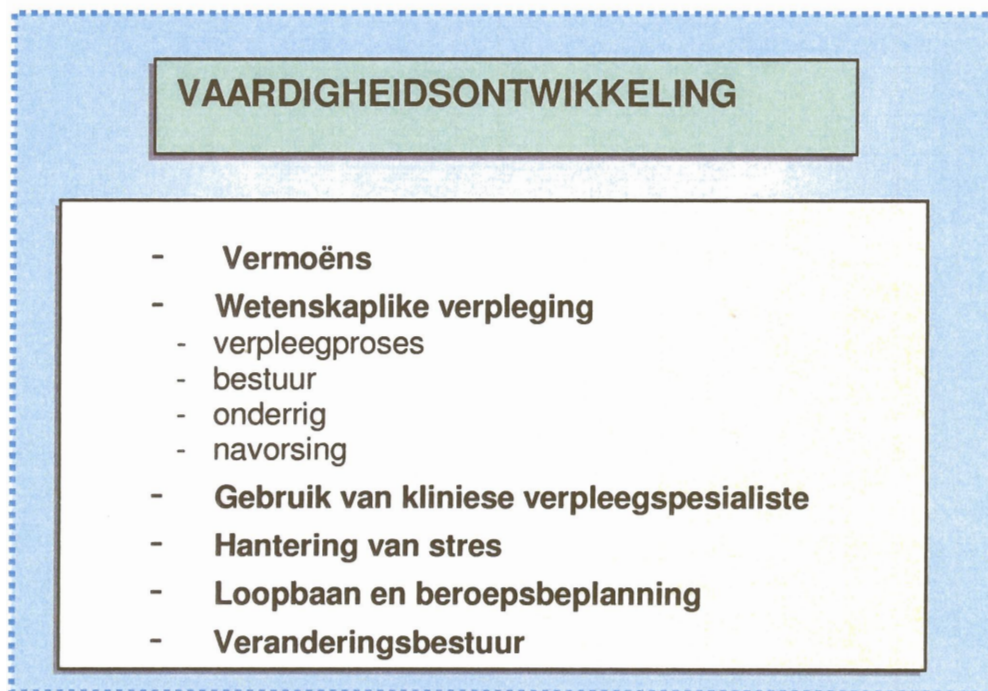
**Stelling 20:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan vaardigheidsontwikkeling in veranderingsbestuur.

**Stelling 21:** Verpleegpersoneel behoort oor die nodige vaardighede te beskik om stres effektief binne die hospitaalkonteks te hanteer en om sodoende interpersoonlike verhoudinge te bevorder terwyl uitbranding voorkom word, en stres hantering bevorder word.



**Stelling 22:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan die ontwikkeling en effektiewe benutting van kliniese verpleegspesialiste om verpleegpersoneel se potensiaal en vaardighede te ontwikkel vir uitnemendheid in verpleging.

**(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte**



**Figuur 4.2: Skematiese voorstelling van hoofkonsepte van kategorie 4**

*Kategorie 5: Ondersteunende kommunikasieklimaat*

Die kategorie ondersteunende kommunikasieklimaat handel oor die vermoë van die span om 'n klimaat te fasiliteer wat verpleegpersoneel ondersteun om op 'n oop en vrymoedige wyse te kommunikeer om sodoende die doelwitte van die

hospitaal en span te bereik. Die ondersteunende kommunikasieklimaat sluit die gebruik van effektiewe terapeutiese en fasiliterende kommunikasievaardighede asook interpersoonlike vaardighede in. Dit handel oor die vermoë van individue om effektief met ander persone in die span te kommunikeer en dra by tot harmonieuse samewerking. Die ondersteunende kommunikasieklimaat dra by tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

**(i) Empiriese bevindings**

Vanuit die empiriese data blyk dit dat daar verskeie behoeftes en probleme ervaar word met kommunikasie- en interpersoonlike verhoudings. Die proses van kommunikasie is siklies en die wyse waarop 'n persoon kommunikeer lok 'n reaksie by ander persone uit, waarop die eerste persoon reageer. Die lede van die gesondheidsorgspan behoort oor sekere vaardighede te beskik om op 'n effektiewe wyse te kommunikeer. 'n Duidelike behoefte is uitgespreek vir die aanleer van effektiewe interpersoonlike vaardighede met die klem op handhawing van menseregte, respek, openheid, deursigtigheid en 'n wedersydse begrip van, en vertroue in verskillende ander kulture. Aspekte wat as belangrik geag is deur deelnemers sluit in: die taal waarin die spanlede kommunikeer, selfhandhawende gedrag, en interpersoonlike eienskappe en houdings, wat bydra tot die effektiwiteit van die kommunikasieproses.

Om die waarheidswaarde te bevestig van die data wat ingesamel is deur fokusgroep- en individuele onderhoude met gesondheids- en verpleegpersoneel, is individuele onderhoude met pasiënte gehou. Uit die individuele onderhoude met pasiënte blyk dit dat

daar leemtes bestaan in die interpersoonlike vaardighede wat die verpleegpersoneel tydens verpleging van pasiënte demonstreer. Die empiriese data verkry vanuit die individuele onderhoude stem ooreen en bevestig dit wat die gesondheidswerkers geverbaliseer het. Die empiriese data is bevestig tydens die saalrondes waar deelnemende observasie plaasgevind het.

Om die hoofprobleme te beskryf wat die behoeftes en probleme beskryf, word die kategorie in die volgende subkategorieë verdeel wat handel oor eienskappe en houdings en sluit die behoefte in aan: (a) effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede, (b) die skep van 'n vertrouensverhouding, (c) waardering van die persoon in eie reg, (d) sosialisering, en (e) taal vir kommunikasie. Elkeen van die aspekte word afsonderlik voorgehou en beskryf aan die hand van die empiriese data, waarna daar met 'n stelling afgesluit word. Dit is nie moontlik om al die data te gebruik om steun aan die interpretasies te verleen nie. Slegs enkele van die data word benut om voldoende steun te verleen.

#### Subkategorie 5.1: Eienskappe en houdinge

##### *(a) Effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede*

Die konsep effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede verwys na al die verbale of nie-verbale aktiwiteite wat elke lid van die span gebruik om effektief met andere in interaksie te tree, hetsy direk of indirek. Effektiewe kommunikasievaardighede dra by tot 'n harmonieuse werksmilieu en gemeenskaplike doelwitbereiking. Die effektiwiteit

van die spanlede se aktiwiteite hang grootliks af van die vermoë van die gesondheidswerker om met ander te kommunikeer. Hierdie vermoë verwys na interpersoonlike vaardighede en sluit die eienskappe en houdinge van individue asook die waardering vir elke persoon in sy of haar eie reg in [*... the value of verbal and non- verbal communication cannot be underestimated...*].

Leemtes bestaan in kommunikasie- en interpersoonlike vaardighede wat deur spanlede gedemonstreer word [*... interpersonal skills a problem..*]; [*...the supervisor.... unacceptable the way they communicate with us.....doctors they also are a problem....* ]; [*...kommunikasie ...vaardighede skiet te kort....*]; [*...the communication is zero...*]; [*...poor communication between the doctors and nurses...*]. Dit blyk dat oneffektiewe interpersoonlike vaardighede tot aggressie en konflik binne die werksituasie lei en dat dit ook oorgedra word na die gemeenskap waar die verpleegpersoneel woon en dat dit weer terugspoel na die werksituasie [*...the relationships (in team) is strained...a lot of aggression...we feel misused...live in (same community)...*].

’n Groot hoeveelheid van die verpleegpersoneel woon in die gemeenskap waarin die hospitaal geleë is en ken mekaar dus ook buite die hospitaalverband in ’n sosiale konteks [*...I go home ....do not talk to anybody...come to work the next day...*]; [*...nurses take the problems home....this has an influence on the social environment..*]. Die gebrek aan effektiewe interpersoonlike vaardighede beïnvloed die wyse waarop die span gemeenskaplike doelwitte bereik asook die kwaliteit van sorg wat gelewer word [*...a lot of friction in team...situation stressful...no effective relationship....no consistency.....there must be standards...*].

Eienskappe en houdinge wat deur spanlede geopenbaar word dra by tot uitnemendheid in die span. Vanuit verskeie van die fokusgroeponderhoude blyk dit dat daar stremming is in die interpersoonlike verhoudinge tussen sommige lede van die multi-dissiplinerê span wat verband hou met houdinge en eienskappe van spanlede [*... relationships in multidisciplinary team...poor and bad...;* [*...we can pretend that every thing is all right ....we need from the top (management).....to build relationships...;*]. Dit beïnvloed ook die wyse waarop die span funksioneer [*...nurses refuse to talk to each other...;*].

Sommige van die spanlede het jare lank al 'n vete met mekaar en dit het 'n ernstige invloed op die verhoudinge binne die span [*.....nurses involved in the conflict involve other team members....team members take sides...;*]. Vanuit hierdie fokusgroeponderhoude is ernstige leemtes in kommunikasie en interpersoonlike verhoudinge geïdentifiseer. Konflik en aggressiewe gedrag wat deur sekere spanlede geopenbaar word het 'n ernstige effek op die funksionering van ander spanlede en lei tot stresvolle situasies binne die span [*...team members are disturbed and cannot function effectively..... this lead to mistakes and litigation...;*]. Spanlede ervaar die konflik as stremmend op hul eie emosionele en psigiese gesondheid, voel verdeeld en ervaar soms 'n gevoel van haat teenoor mekaar [*..mentally it disturbs us...we feel rivalled.. and burn out.....hatred for each other....spiteful...hurtfull remarks...feel confused...;* [*....conflict leads to absenteeism and stres related illness...;*]. As gevolg van 'n voordurende magstryd tussen spanlede lei dit tot gedrag waar hulle mekaar se reaksie doelbewus uitlok asook doelbewuste emosionele teistering [*...set traps for each other... provoke each*

*other...]. Spanlede word gemanipuleer om kant te kies, en voel soms verward [...power struggle between nurses.....team members are confused.....have to take sides....].*

Verder lei dit tot oneffektiewe wyses van konflikhantering en onprofessionele gedrag wat die beeld van die span en die hospitaal benadeel. Gevalle is deur deelnemers geverbaliseer waar verpleegpersoneel aggressief was en voor pasiënte op mekaar geskree het [...rude (to each other)....unethical behaviour....community loses respect and confidence...negative image in the community....].

Kommunikasie vind plaas op formele en informele wyse. Formele kommunikasie is noodsaaklik vir die skep van 'n struktuur en die bereiking van doelwitte op 'n vaartbelynde wyse. Informele kommunikasie of die riemtelegram ("grapevine") is 'n inherente deel van enige organisasie en behoort op so 'n wyse gestruktureer te word dat dit tot 'n ondersteunende bydra klimaat en nie tot destruktiewe of stresvolle situasies nie [...there is a division between team members...relationships worsen...(nurses) take sides...]. Probleme word ervaar met riemtelegramme wat lei tot negatiewe ervarings en stres by verpleegpersoneel [...live in a world of compromise....not productive...(experience) feelings of hurt ...].

Geen kommunikasie kan effektief plaasvind sonder terugvoer nie. Verskeie probleme word ervaar weens 'n gebrek aan effektiewe verbale en geskrewe terugvoer nie [...nurses refuse to talk to each other...(nurses) need to talk to each other.. debate.. and reach consensus...accept each others shortcomings...]. Die struktuur en sisteem van kommunikasie

binne die hospitaal skep probleme en word onder die kategorie strukture en sisteme beskryf.

Deel van effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede is die demonstrasie van effektiewe persoonlike en professionele eienskappe en word as volg beskryf.

*(b) Effektiewe persoonlike en professionele eienskappe en houdinge*

Effektiewe persoonlike en professionele eienskappe en houdinge hou verband met die spanlid se eienskappe en houdinge om sodoende sy/haar of sy rol op 'n verantwoordelike en aanspreeklike wyse binne spanverband te vervul en, tot watter mate daar geslaag is in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. Dit sluit ook die vermoë van die spanlid in om eie leemtes te identifiseer en aan te spreek vir uitnemendheid.

'n Houding kan beskou word as 'n positiewe of negatiewe gevoel of evaluasie (sleg of goed) wat 'n persoon hou oor die self, ander persone of objekte. Aspekte soos persepsie speel 'n rol en sluit onder meer faktore soos die aannames wat 'n persoon maak op grond van vorige ervarings, verwagtinge, houdinge en vooroordele in. Verskeie kultuur en sosiale faktore soos waardes speel 'n rol in persepsies van individue wat bepaal wat as aanvaarbaar geïnterpreteer kan word [*...people (staff) have been disadvantaged... that is bound to colour their attitudes ..practices...actions...and reactions...and you are not going to change those things after five years..*]. Byvoorbeeld: As iemand te hard praat in 'n persoonlike geprek of luide gesprekvoering

tussen kollegas kan dit as onprofessioneel beskou word [...(*staff members*)..are harsh and shout..(at nurses)...].

Vanuit die empiriese data blyk dit dat daar verskeie behoeftes en probleme rondom persoonlike en professionele eienskappe en houdinge van verpleegpersoneel voorkom en dat hierdie eienskappe en houdinge 'n invloed het op ander lede van die gesondheidsorgspan se funksionering, ondermeer die vorming van positiewe of negatiewe groepe. Hierdie eienskappe wat geopenbaar word hou verband met die beeld wat deur die verpleegpersoneel uitgedra word en het 'n negatiewe impak op die beeld van die hospitaal asook die verplegings- en gesondheidsberoep.

Gedurende die fokusgroeponderhoude het die deelnemers geverbaliseer dat die houdinge van die multidissiplinêre spanlede nie altyd effektief is nie en dat positiewe houdinge 'n prioriteit is [...(*first priority*) *improved attitudes*...]. Houdinge soos aggressie dra by tot die ervaring van stres binne die werksituasie en spanlede se emosionele welsyn [... *we are really feeling it ..very...very much.. emotionally ..stressful there is a lot of aggression....*]. Sommige deelnemers ervaar 'n negatiewe houding as disrespekvol, en die onvermoë van spanlede om gekorrigeer te word. Daar bestaan ook positiewe en negatiewe groepe *cliques* wat spanfunksionering beïnvloed, individue moet konformeer tot die groep se waardes vir "oorlewing" [...*attitudes...disrespect of authority..don't want to be corrected... clicks..(there is a) positive and negative group..strong negative group...*]; [...*very much influenced by the group....if you want to survive ...you have to adjust to the group....where you have one ...nurse.. placed in a very efficient*



*team .. she will adjust herself to the (team).... she was influenced by the rest of the team.. you can change your attitude ..it is not just for the nurses ..for the doctors.. nurses everybody....if somebody work in a team with a higher demand.. want's to survive in that environment...].*

Sekere eienskappe hou verband met kultuur-historiese invloede soos 'n onderdanige houding en die gebrek aan self-handhawende gedrag binne die span [*.. white patients do not want to wait for treatment...]; [.. some patients become irritable..]; [.. attitudes of patients must change...].*

Probleme word ervaar binne die multidissiplinêre span weens persepsies wat verband hou met politieke, historiese en kulturele faktore en 'n invloed het op die wyse van interaksie binne die multikulturele hospitaalkonteks. Sommige van die verpleeg-personeel word as onderdanig beskou met 'n gebrek aan selfhandhawende gedrag [*.....(nursing staff have a ) submissive attitude..]; [....(nursing staff) lack in assertiveness...].* Dit word toegeskryf aan die gevolg van die apartheidsjare waar verpleegpersoneel in 'n blanke manlike patriargale omgewing gefunksioneer het.

Deelnemers verbaliseer dat daar met nuweling in die praktyk 'n verandering gesien kan word in kennis en houding, en beleef dit as verblydend [*... it is a cultural background.. economical changes as well as political changes.. historical back ground ...we complain about the efficiency of nurses...shortage (of nurses)...they have been living in apartheid... they have been oppressed.. I can already see the improvement in certain nurses who are coming now.. they (nurses) did not have a proper*

training .. they were really very slow... had to do with what happened in the past .. now I can see the new young person .. who are coming.. I can certainly see an improvement.. especially in (unit) ..their attitude is certainly changing... very much to do with culture.. the economical changes .. it is a reflection of that .. I think you can't just blame them for.... Sometimes you ask a sister to do something in the ward and it takes ages...]; [.....they call you to put up a drip...then they are having lunch.. very often they do not come towards you.. you just do it on your own... private sector.. the sister is immediately available for you...she helps.. very active... ]; [....I think it is very much cultural attitude..... things can't change overnight ..I think it is going to be a very slow change .....I think the whole issue is culture..... economic and political factors....; [... it is refreshing ...when you have a young nurse talking to you... they (hospital) need to change the whole culture.....]; [....if you go to Canada..... in the hospital you have Chinese ..you have black nurses...all colors you can imagine...it is so mixed .....eight years is not enough...].

*(c) Die skep van 'n vertrouensverhouding*

Die konsep *vertrouensverhouding* verwys na die band tussen spanlede om op 'n oop, eerlike, opregte en deursigtige wyse inligting met mekaar te deel. Die mate van vertroue asook handeling van spanlede, kan spansamewerking bevorder of benadeel.

Probleme ontstaan omdat lede van die multidissiplinêre span nie met mekaar oop, opreg en eerlik is nie, wat die vertrouensverhouding skaad [*...more straight forward...and*

*honest..]. Sommige deelnemers het gevoel dat hulle nie vry is om menings te lug of om met voorstelle te kom om praktyke te verbeter nie [...lack in trust.. ...openness...staff who complains become targeted.....that openness and trust....]; [...we (nurses)...don't trust each other (in x unit)...]; [...open communication ( is needed)...]. Die aspek van intimidasie en viktimisasie [...you in that bracket (are) being victimized.....] in die hospitaal is deur deelnemers genoem en bevestig met opvolg fokusgroeponderhoud.*

*(d) Waardering van die persoon in eie reg*

*Waardering van die persoon in eie reg hou verband met die erkenning van elke spanlid se menseregte en regte as verpleegkundige, erkenning van potensiaal en vermoëns en ook die gelyke behandeling en respek binne spanverband. Waardering vir die bydrae van elke spanlid binne spanverband behoort gekoester te word, en dit behoort by te dra tot die aanvaarding van verantwoordelikhede.*

*Verskeie probleme heers rondom die aspek van die openbaring van respek vir mekaar en om as gelykes binne die multi-dissiplinêre span hanteer te word, elk met sy eie vermoëns, en die deelnemers het herhaaldelik daarna verwys [...some of the (staff members) are silly...they can talk to you as if you are at home ..or their aunties...which is not right....]; [ ...you find the sister is afraid of the doctor..]; [...unacceptable the way they (community) communicate with us...]; [... (there is) discrimination...favoritism.....]; [...and that you (nurse) don't always get the respect from them (other staff members)...].*

Waardering van die persoon in eie reg hou ook verband met persepsies vanuit die kultuur-historiese konteks van die hospitaal [*..people (nurses) are well trained but not given the opportunity to implement..*]; [*... the sister's professional judgment not always taken into account...*]; [*...tradisioneel het verpleegkundiges 'n minderwaardigheids kompleks... hulle is nog vis nog vlees..*].

(e) *Taalsensitiwiteit*

Die konsep *taalgebruik* verwys na 'n gemeenskaplike vorm van menslike sosiale gedrag wat die span in staat stel om betekenisvol verbaal met mekaar te kommunikeer asook die vermoë van die spanlede om mekaar te verstaan. Weens die multi-kultuur konteks van die hospitaal, en die diversiteit van tale, word Engels as die algemene taal waarin gekommunikeer word benut.

Probleme bestaan rondom rassisme en taal vooroordele binne die hospitaalkonteks soos geopenbaar deur die gesondheids-verpleegpersoneel, pasiënte en familie [*...the language between the white and the black is a problem..*]. Die taalmedium wat deur sommige van die spanlede gebruik word, word as 'n struikelblok gesien en verhoed sommige van die spanlede om effektief te kommunikeer [*...language as a stumbling block in rounds...language prevents nurses to take rounds....or to fully understand...student are from different backgrounds...do not always understand..*]. Sommige spanlede is nie bekend met die taal waarin gekommunikeer word nie en dit bring mee 'n onvermoë om 'n bydrae te lewer in pasiëntsorg, of spanaktiwiteite soos saalrondtes en vergadering: [*...nurses from multicultural society - English to be used..*]; [*...they (nursing*

*staff) do not understand Afrikaans ..(at Kalafong) it does not make sense to them...everything has two sides to the coin.. it is easy to blame somebody for something ... I asked this because the nurses say that they don't go on the ward round because they don't understand.. ]. Dit bring mee dat die taalmedium gesien word as 'n vorm van rassisme end diskriminasie. Die gebrek aan die vermoë om die taal te verstaan bring misverstande mee wat soms tot nadeel van pasiëntsorg strek met ondermeer verlenging van hospitaalverblyf [...meetings in Afrikaans- valuable information lost... because do not understand ...]; [...dilemma when doctors from other countries prescribe certain treatment....when explained it is not done in such a manner...doctors get upset.....at the end the patient stay is prolonged...].*

*(f) Spanbou deur sosialisering*

Die konsep *socialisering* verwys na professionele sosialisering binne hospitaal en spanverband, tussen al die lede van die multidissiplinêre span en, op alle vlakke van funksionering. Professionele sosialisering hou ook verband met die motivering van verpleegpersoneel.

Dit blyk dat deelnemers sekere persepsies het oor die rede waarom daar nie binne spanverband gesosialiseer word nie en hou verband met kultuur-historiese persepsies. Deelnemers ervaar dat daar by sommige spanlede 'n gebrek aan belangstelling is om binne die span te sosialiseer [...farewells... they (nurses) invite the doctors to come and take part...]; [...they don't socialize like that...]; [...they (doctors) don't invite the nursing staff...].

Daar bestaan 'n behoefte by die deelnemers om ondermeer opedae te hou waarby die gemeenskap betrokke is [*...I think it is also our fault ..we don't organize something...I think they (community) will come ...lots of them will come...]; [.....they (hospital) don't have a sports day ..or something like that...].*

## **(ii) Teoretiese gronding**

Die literatuur bevestig die belang van 'n ondersteunende kommunikasieklimaat waar effektiewe terapeutiese en fasiliterende kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede deur lede van die span geopenbaar word; en waar 'n effektiewe wyse om interaktief op te tree bydra tot harmonieuse samewerking wat op sy beurt bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. Verpleegpersoneelverryking is 'n interaktiewe proses en beide die verpleegpersoneel en verpleegbestuur behoort sekere kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsenskappe te besit. (Gibson, 1991:355-360; Chavasse, 1992:1-2; Hawks, 1992:609-618; Catalano, 1994:182-187).

Dit is van kritiese belang om 'n ondersteunende kommunikasieklimaat te koester wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer. Dié klimaat word gekenmerk deur goeie interpersoonlike verhoudinge en effektiewe kommunikasie, en is gebaseer op beginsels soos wedersydse respek, vertrouwe, eerlikheid, bedagsaamheid, waardering vir ander, en opregtheid. Verpleegpersoneelverryking word gedemonstreer deur probleemoplossende vermoëns, effektiewe interpersoonlike verhoudinge en kommunikasie, werksbevrediging,

verantwoordelike en verantwoordbare optrede, self-vertroue, reflektiewe denke, lewenslange leer en uitnemendheid in verpleging binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie (Hawks, 1992:611; Rappaport, Swift, Hess, 1984:3-33; Catalano, 1994:182-187; Randolph, 1995:19-31)

*(a) Effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede*

Volgens Booyens (1998:267) skep die tradisionele verpleegbestuurder wat in 'n burokratiese sisteem funksioneer 'n verdedigende klimaat vir kommunikasie, waar die klimaat ondersteun word deur 'n hiërargiese struktuur en lyne van beheer. In teenstelling hiermee is 'n ondersteunende kommunikasieklimaat wat die idees van verpleegpersoneellede koester, en die verpleegpersoneel aanmoedig om met idees vorendag te kom, vrae te vra en probleme op te los. In 'n ondersteunde klimaat word verpleegpersoneel toegelaat om met enige persoon op enige vlak van bestuur te kommunikeer, sonder om te vrees vir optrede teen hulle. Verder is daar 'n spontane atmosfeer binne die hospitaal en eksperimentering word aangemoedig, en doelwitbestuur is die aanvaarde praktyk.

In enige organisasie is daar 'n riemtelegram wat deel uitmaak van die organisasie se informele kommunikasienetwerk. Die netwerk is deel van hoe die verpleegpersoneel sin maak van die wêreld waarin hulle is, en is 'n wyse waarop verpleegpersoneel stres hanteer. As die riemtelegram effektief hanteer en bestuur word kan dit produktiwiteit verhoog en werksbevrediging bevorder. As die riemtelegram nie effektief bestuur word nie kan dit lei tot die hospitaal se grootste vyand (Booyens, 1998:268).

Effektiewe kommunikasie is een van die belangrikste elemente om produktiwiteit te verhoog en dien verder as 'n maatstaf om uitsette te meet. Volgens Booyens (1998:274) belemmer eenrigting kommunikasie insette, terugvoer en interaksie. Die vermoë om effektief te kommunikeer is een van die verpleegpersoneel se belangrikste vaardighede waaroor hulle kan beskik. Dit is meestal die persepsies van die ontvanger van 'n boodskap wat die effektiwiteit van kommunikasie bepaal. Die vermoë om effektief te luister speel 'n belangrike rol in kommunikasie en sluit die prosesse van gehoor in (hoor van die boodskap), interpretasie van die boodskap (verstaan van die boodskap), evaluering van die boodskap (waarde-oordeel van die boodskap), 'n reaksie op die boodskap (respons op die boodskap), en retensie of stoor van die boodskap. Verpleegpersoneel behoort oor goeie luistervaardighede te beskik om spanlede beter te kan verstaan en om in staat te wees om betekenisvol met ander te kommunikeer (Booyens, 1998:274-286; Carrel, Elbert, Hatfield, Grobler, Marx, & Van Der Schyf, 1998:438-444).

Begrip en insig moet getoon word vir die rol wat nie-verbale kommunikasie binne hospitaalkonteks speel. Volgens Booyens (1998:280) het nie-verbale kommunikasie 'n groter impak omdat mense meer geneig is om te glo wat hulle sien eerder as wat hulle hoor. Nie-verbale kommunikasie behoort die betekenis van woorde te ondersteun in stede van om afbreuk daaraan te doen (Booyens, 1998:286; Carrel, *et al.* 1998: 438-444).

Volgens Mellish & Paton (2000: 166) is kommunikasie nie net verbaal nie maar ook nie-verbaal. Verskille tussen kulture bestaan waarvan die verpleegkundige bewus moet wees soos



liggaamstaal (body language). Die mees algemene verskil is die spreek daarvan wat kan lei tot verskillende interpretasies en wat 'n invloed kan hê binne spanverband. Dit word van die verpleegpersoneel verwag om kommunikasie met pasiënte te fasiliteer en om 'n omgewing te skep wat fisiese en psigiese gesondheid bevorder binne gesins-, groeps en gemeenskapsverband.

Marriner-Tomey (1996:353) stel dit dat terugvoer deur wedersydse uitruiling die kanse op misverstande verminder. Kommunikasie word verder verbeter deur 'n klimaat te skep wat mense die vrymoedigheid gee om hul mening te opper. Omdat dade duideliker spreek as woorde behoort kommunikasie en optrede kongruent met mekaar te wees. Vertroue is 'n voorvereiste vir effektiewe kommunikasie. Kommunikasie word verder verbeter wanneer daar 'n gevoel is dat daar respek vir regte is, dat inligting konfidensieël gehou sal word, en dat daar nie bevooroordeeldheid is nie. Kommunikasie is krities vir die effektiewe en doelmatige funksionering van enige organisasie. Verpleegpersoneel behoort bekend te wees met kommunikasieprosesse en kommunikasiesisteme. Volgens Marriner-Tomey behoort die ontwikkeling van die effektiewe kommunikasievaardighede spesiale aandag te kry ten einde sekere tipes persoonlikhede en gedrag te hanteer soos ondermeer aggressiewe gedrag, negatiewe gedrag, mishandelende gedrag en intimidering. Hierdie tipes gedrag beïnvloed die vertrouensverhouding binne die span en beïnvloed ook verplegingshandelinge (Marriner-Tomey, 1996:353-155; Carrel, *et al.* 1998: 438-444).

Een van die verantwoordelikhede, volgens die bestek van die praktyk van verpleegkundiges, is om kommunikasie binne spanverband te fasiliteer. Searle (1988:36) stel dit dat vir effektiewe interpersoonlike verhoudinge om plaas te vind dit nodig is om 'n beraming te maak van waardesisteme wat waardes, houdinge, en aannames van die gesondheidsorgspanlede insluit. Volgens Searle en Pera (1993:271) is 'n kommunikasiestelsel in die gesondheidsorgsituasie 'n beslissende faktor in die voorsiening van 'n veilige omgewing vir verpleging, en is dit van kritiese belang in die horisontale en vertikale oordrag van:

- Die beleid van die hospitaal aan alle gesondheidsorgspanlede.
- Inligting tussen spanlede, asook met gemeenskap.
- Inligting tussen stelsels.

Carrel, *et al.* (1998:17,336,438) verwys na die ontwikkeling van ondersteunende verhoudinge wat insluit kommunikasie, empatie, luister en spanbou. Volgens Carrel, *et al.* (1998:17) is kommunikasie die gom wat alle elemente vashou, dit laat mense toe om saam te werk, dit koördineer aktiwiteite en produseer sekere uitkomst. Die belang van effektiewe kommunikasie kan saamgevat word in die woorde van Roy Stata soos aangehaal in Carrel, *et al.* (1998:438) "...only in recent years have I began to fully understand how profoundly the words that come out of my mouth and pen affect organizational performance for better or worse. When you think about it, the only thing that a manager does that is visible to the organization is listen and speak. We can change each other by what we say and how we listen.....". Verder stel Carrel, *et al.* (1998:454) dit dat effektiewe leierskap afhang van effektiewe kommunikasie en, effektiewe kommunikasie

van effektiewe luister. Om ander lede van die span te beïnvloed en met hulle saam te werk moet die ander spanlede eers verstaan word.

*(b) Persoonlike en professionele eienskappe en houdinge*

Deel van die verantwoordelikheid van die verpleegkundige is as professionele praktisyn is die handhawing van 'n verhouding gegrond op wedersydse respek en vertrouwe. Volgens Searle (1988:127) behoort probleme met waardigheid en integriteit hanteer te word. Farley en Hendry (1992:36-37) vra die vraag: *Wat is verkeerd dat verpleegkundiges opgelei word om te voldoen aan die veranderinge in die praktyk en om verandering teweeg te bring, maar sodra hulle in die praktyk geplaas word aanvaar hulle 'n onderdanige houding en konformeer met die status quo.*

Carrel, *et al.* (1998:55) dui aan dat binne 'n kultureel diverse konteks dit nodig is dat spanlede 'n waardering en sensiwiteit vir diverse tale moet openbaar en dat die daarstelling van riglyne verpleegpersoneel binne 'n diverse span ondersteun om hul verantwoordelikhede te vervul.

Searle en Pera (1998:104-05) stel dit dat respek binne spanverband ondermeer na die respek vir outonomie van 'n persoon verwys. Hierdie respek wat lede van gesondheids-span teenoor mekaar openbaar beïnvloed verhoudinge binne die span. Outonomie verwys na die reg van 'n persoon om besluite te neem, maar impliseer terselfdertyd 'n beperking ten opsigte van die reg. Hierdie outonomie van die verpleegpersoneel hou

verband met die regte wat hulle instaat stel om doeltreffender in die belang van die pasiënt op te tree (Searle & Pera, 1998:105).

Die beroep erken die feit dat optredes en verhoudinge van verpleegpersoneel deur persoonlike waardes, lewensbeskouinge en oortuigings beïnvloed word. Binne die hospitaalkonteks word daar van verpleegpersoneel verwag om tradisionele standaarde van verpleging na te kom, binne handelingsriglyne wat vir die verpleegpraktyk daar gestel is. Volgens Searle en Pera (1998:94) sal die waardes en verbintenis tot dienslewering, en keuses van verpleegpersoneel die toekoms van verpleging bepaal. Indien die moreel-gesonde waardes in verpleging ontbreek, sal terapeutiese optrede geen doel dien nie, en ontbreek die visie en waardes wat verplegingshandelinge moet rig. Dan word verpleging net nog 'n werk en verder verlaag tot net 'n opeenvolging van take en prosedures. Tradisioneel word die kenmerkende eienskap van sorgsaamheid met professionele gedrag in verpleging geassosieer, en is die sentrale plek wat die versorgingsparadigma beklee. Dit sluit toewyding of verbintenis, deernis, gewete, vertrouwe, en vaardigheid in (Searle & Pera, 1998:94-96).

Die volgende samevattende stellings word gestel:

### **(iii) Samevattende stellings**

**Stelling 23:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is die skep van effektiewe kommunikasie van kritiese belang en ondersteun dit die verpleegpersoneel om op 'n oop en vrymoedige wyse te kommunikeer. Effektiewe kommunikasie sluit terapeutiese en fasiliterende kommunikasie- en

ondersteunende interpersoonlike vaardighede van al die lede van die span in.

**Stelling 24:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan die ontwikkeling van wedersydse begrip en entoesiasme vir spanwerk sowel as die uitlewing van 'n positiewe selfbeeld en selfhandhawende gedrag.

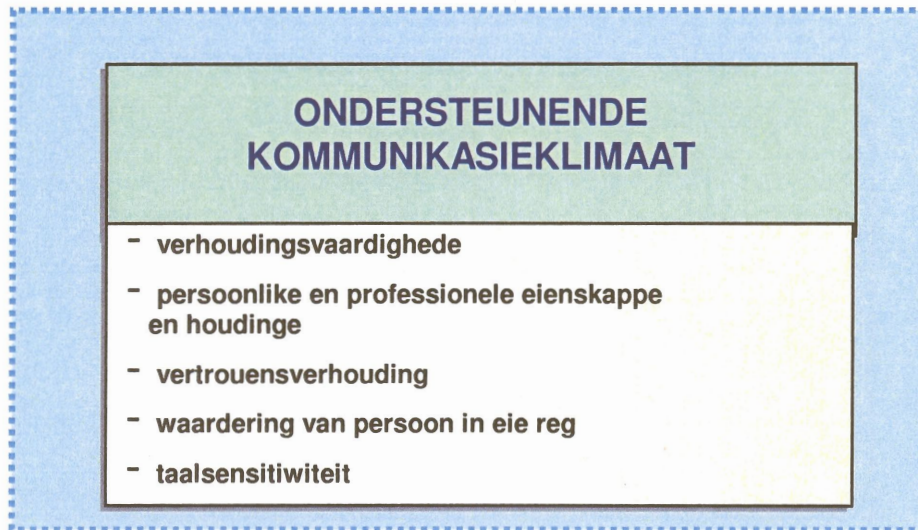
**Stelling 25:** Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort by te dra tot die skep van 'n vertrouensverhouding binne spanverband.

**Stelling 26:** Die erkenning van spanlede as individue in eie reg verseker effektiewe deelname binne die multidissiplinêre span, en is deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

**Stelling 27:** Verpleegpersoneelverryking behoort die erkenning van verskillende tale in 'n hospitaal konteks in te sluit en sodoende by te dra tot harmonieuse samewerking en gemeenskaplike doelbereiking.

**Stelling 28:** Professionele sosialisering van verpleegpersoneel op alle vlakke dra by tot die uitbou van interpersoonlike verhoudinge, die skep van 'n motiverende omgewing en gemeenskaplike doelwitbereiking, en is deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte



**Figuur 4.3: Skematiese voorstelling van hoofkonsepte van kategorie 5**

#### **4.3 SAMEVATTEND**

In hoofstuk vier is drie kategorieë beskryf naamlik; die behoefte aan effektiewe spanfunksionering (kategorie 3); vaardigheidsontwikkeling (kategorie 4) en 'n ondersteunende kommunikasie-klimaat (kategorie 5), wat ondersteunend is tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging.

Verwant aan die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is die behoefte aan die fasilitering vir 'n uitnemende werkslewe wat verpleegpersoneelverryking ondersteun en word vervolgens in hoofstuk vyf voorgehou.

**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**HOOFSTUK VYF**

**EMPIRIESE BEVINDINGE,  
TEORETIESE BEGRONDING EN  
SAMEVATTENDE STELLINGS VAN  
FASE 1 (vervolg)**

**5.1 INLEIDING**

In hoofstuk vyf word die kategorie wat handel oor die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe verbandhoudend tot verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging voorgehou.

**5.2 BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE VAN FASE 1.**

*Kategorie 6: Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe*

In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word die konsep *fasilitering van uitnemende werkslewe* ingesluit wat handel oor die professionele rol en verantwoordelikheid van die hospitaalbestuur in die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike en materiële hulpbronne, die skep van organisatoriese strukture, sisteme en prosesse as steunstelsel vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

Die beskikbaarheid en die wyse waarop die hulpbronne bestuur word bepaal tot watter mate die verpleegpersoneel dit as steunstelsel in verpleegpersoneelverryking kan benut vir uitnemendheid in verpleging. Die effektiewe en doeltreffende bestuur van hulpbronne word vir die doel van die studie voorgedhou as noodsaaklik vir verpleegpersoneelverryking om hul rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse binne die konteks van die hospitaal te vervul.

### **(i) Empiriese bevindings**

Die kategorie word verdeel in strategiese hulpbronbestuur, bestuur van menslike hulpbronne, en die bestuur van materieële hulpbronne sowel as strukture en sisteme wat as subkategorieë voorgedhou word. Standaarde en prosesse word in die subkategorieë aangespreek.

#### **Subkategorie 6.1: Strategiese hulpbronbestuur**

Strategiese hulpbronbestuur integreer verskeie funksies vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging. Funksionele uitnemendheid wat deur die verpleegpersoneel bereik word is noodsaaklik vir sukses, maar dit alleen is nie voldoende om uitnemendheid te bereik nie. Daar moet binne die hospitaal oorhoofse integrasie en bestuur plaasvind, wat as 'n rigtinggewende krag dien wat al die aktiwiteite integreer om op die funksionele vaardighede te kapitaliseer, en om verpleegkundiges in staat te stel om hulle funksionering in die groter plan in te pas.



Deelnemers het die behoefte uitgespreek vir herstruktureering [*...restructuring ....needed...*] en 'n vernuwing binne die konteks van die hospitaal [*...new style of management needed...*]; [*...die hele administratiewe stelsel moet verander...*]. Sommige deelnemers het verwys na 'n strategiese plan wat alle vlakke van bestuur insluit. Vir die doel van hierdie studie word 'n strategiese plan as deel van strategiese bestuur gesien en verwys na 'n visie, missie, en doelwitte wat op alle vlakke omskryf is, die mees effektiewe benutting van die hulpbronne, die implementering van strategieë om die gewenste uitkomst te bereik, en die evaluering van die vordering van die implementering daarvan [*...nurses need a multidisciplinary team that has direction....value and understand each other ....with a common vision...aims ...goals and objectives...*]; [*...there is a need to restructure and to develop a new vision...mission...and goals in order to meet the needs of the community and render quality patient care...*]. Bestuur moet oor die vermoë beskik om hierdie vernuwing te bestuur [*...nurses need managers to change their traditional style of management...*]; [*...we need our managers to restructure the way they manage the institution...*].

#### Subkategorie 6.2: Die skep van effektiewe en doeltreffende organisatoriese strukture en sisteme

Effektiewe organisatoriese strukture verwys in hierdie studie na die organogram van die hospitaal, die indeling van werksaamhede asook die integrasie daarvan en na sisteme wat die vloei van daaglikse aktiwiteite in die hospitaal verseker. Die skep van effektiewe organisatoriese strukture en sisteme binne die span en hospitaal, tussen individue, eenhede, afdelings en

departemente is 'n voorvereiste vir verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging.

Die struktuur behoort voorsiening te maak vir deelnemende besluitneming en deelnemende bestuur. Die struktuur behoort verder reflektiewe denke aan te moeding en te lei tot groter verantwoordelike en verantwoordbare optrede deur verpleegpersoneel. Hierdie strukture en sisteme sluit die totale wyse in waarop die hospitaal bestuur word om die hospitaal se visie, missie en doelwitte te bereik. Die organisatoriese struktuur fasiliteer 'n uitnemende werkslewe vir verpleegpersoneel wat noodsaaklik is vir verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging.

Dit is noodsaaklik om die probleme en behoeftes rondom strukture en sisteme te beskryf omdat die deelnemers geverbaliseer het dat dit 'n invloed het op die wyse waarop die verpleegpersoneel hul verantwoordelikhede vervul. Die klem lê egter op die effektiewe en doeltreffende skep en bestuur van organisatoriese strukture en sisteme wat 'n uitnemende werkslewe vir verpleegpersoneel fasiliteer wat noodsaaklik is vir verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging [*...system needs changing...the whole structure how management is functioning ....*]; [*...dit gaan oor die sisteem.....*]; [*....change needed.....*]; [*.. it start with the basic structure and systems of the hospital...*]; [*....there is a hierarchical structure....*].

*(a) Die skep van 'n struktuur en sisteem vir effektiewe en doeltreffende spanwerk*

Die konsep *struktuur* verwys na die wyse waarop die span georden is, die taak-toedeling en integrasie asook hoe terugvoer geskied. Die sisteem handel oor die vloei van daaglikse aktiwiteite en kernprosesse. Die skep van 'n struktuur en sisteem vir funksionering van die span is nodig vir effektiewe span-funksionering en fasiliteer verpleegpersoneelverryking. Hierdie struktuur en sisteem bied die raamwerk vir die funksionering van die span en sluit die struktuur vir effektiewe kommunikasie soos die identifisering van die rolspelers wat op 'n gereelde wyse met mekaar vergader in. Gereelde vergaderings is noodsaaklik om inligting met mekaar te ruil, probleme te identifiseer en oplossings te vind om probleme aan te spreek. Vordering binne die span behoort ook op 'n gereelde basis ge-evalueer te word. Verskeie probleme bestaan omdat daar nie altyd binne spanverband stukture vir effektiewe spanfunksionering bestaan nie. Verwys ook kategorie 3.

Daar is ook 'n behoefte aan die skep van 'n struktuur vir effektiewe spanfunksionering geverbaliseer. Al die rolspelers behoort die vergaderings by te woon om sodoende probleme te bespreek en oplossings te vind [*...(need) frequent meeting with doctors ...(other team members)... to identify ....solve problems...*].

### Subkategorie 6.3: Die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike hulpbronne

Die subkategorie *menslike hulpbronbestuur* verwys na die effektiewe en doelmatige wyse waarop die verpleegpersoneel as menslike hulpbronne binne die hospitaalkonteks bestuur word, en in hoe 'n mate hierdie bestuur tot verpleegpersoneelverryking bydra. Die subkategorie word verdeel in: (a) verpleegpersoneelbestuur en (b) ondersteuningsisteme.

Verskeie behoeftes en probleme is deur die deelnemers geverbaliseer oor die wyse waarop verpleegpersoneel binne die hoptaal konteks bestuur word. Van die aspekte is in die vorige kategorieë beskryf en word nie weer voorgehou nie. Die aspekte is ondermeer: waardesisteme en werksetiek, kommunikasie- en interpersoonlike vaardighede, professionalisme binne 'n professioneel-etiese en wetlik raamwerk, spanbestuur en vaardigheidsontwikkeling.

#### *(a) Verpleegpersoneelbestuur*

Probleme en behoeftes word ervaar in alle aspekte van verpleegpersoneelbestuur en word dus in 'n geheel voorgehou. Dit sluit in: verpleegpersoneelvoorsiening, verpleegpersoneelplasing, induksie, indiensopleiding en oriëntering, verpleegpersoneelevaluering, verpleegpersoneelprestasie en erkenning, gesonde arbeidsverhoudinge, beroepsveiligheid, vakbonde en griewehantering, afwesighedsprofile, diensvoorwaardes, roluitklaring, diversiteitsbestuur, beroepsbeplanning, gesonde leefwyse en voorsiening in spesiale behoeftes soos 'n 24-uur sorgteenheid vir die verpleegpersoneel se kinders. Vir die doel

van hierdie studie word die effektiewe en doeltreffende bestuur van verpleegpersoneel beskou as 'n voorvereiste vir verpleegpersoneelverryking. Slegs enkele aspekte wat verbandhoudend tot die studie is word uitgelig.

#### □ **Verpleegpersoneelvoorsiening**

Verpleegpersoneelvoorsiening verwys na al die funksies om genoegsame en vaardige verpleegpersoneel te voorsien aan die hand van gestelde norme of standaarde. Deelnemers voel dat die wyse van verpleegpersoneeltoekenning vir sorglewering onvoldoende is en ook nie op wetenskaplike norme of standaarde gegrond is nie. Die vraag word deur deelnemers gevra oor *Wat is die norms en standaarde wat die hospitaalbestuur benut vir verpleegpersoneelvoorsiening?* [...what norms are used for allocation of staff...]; [*..how does management determine the number of staff..*]; [*..hoe word verpleegpersoneel toegeken...*]; [*...Staat het 'n ...plig teenoor werknemer...*]; [*...what are the norms and standards for allocation of staff.... scientific?....*]. Deelnemers voel dat die werkgewer 'n plig teenoor die verpleegpersoneel het om voldoende verpleegpersoneel toe te ken vir uitnemendheid [*...problem with the hospital... shortage ( of staff)...and then we are overworked..*]; [*....Hospitale gerasionaliseer..vakante poste ....gesny....verpleegpersoneel teenoor pasiëntvlakke.....om Staat te pas...om te regverdig... neem nie in ag ..pasiënte wat hoë sorg nodig het nie....*]. Die gebrek aan voldoende verpleegpersoneel bring 'n lading mee wat veroorsaak dat verpleegpersoneel oorwerk is met gevolglike hoë afwesighedsprofile [*...short staffed...we end up being tired...causes absenteeism..*]; [*...(there is a) problem absenteeism...*]. Die

afwesigheid van verpleegpersoneel lei tot demotivering by ander verpleegpersoneel, en 'n verlies in produktiwiteit [*...nurses are demotivated if no incentives. does not have to be money...effect is demotivation...loss in productivity because of absenteeism...*]. As gevolg van 'n tekort aan verpleegpersoneel lei pasiëntsorg daaronder en word sekere aktiwiteite nie uitgevoer of basiese sorg nie gelewer nie. Hierdie aspekte is reeds onder die vorige kategorie beskryf [*...die probleem is kort staf... die saal is nie skoon genoeg nie ..... daar probleme met nagstaf.....dan een van die klagtes was dat pasiënte.... kry nie hulle medisyne nie .....daar is 'n deel van die probleem....*].

#### □ **Verpleegpersoneelplasing**

Verpleegpersoneelplasing verwys na die plasing van verpleegpersoneel volgens kundigheid, vaardigheid en belangstelling. Verpleegpersoneelplasing word op 'n onwetenskaplike wyse hanteer en sonder om hul behoeftes, vaardighede en vermoëns in ag te neem [*...the way they allocate us...draw a card...; [...told midwifery is not a speciality...can't stay...]; [...years of experience...rotation....now working in (X)....demotivated...].* Verder gaan verpleegpersoneelplasing nie altyd gepaard met induksie, oriëntering en indiensopleiding nie [*...need orientation programme...; [...no practice related inservice programmes ...specific skills needed...]; [...no inservice in the wards.. we are just working...since the shortage...].*

□ **Verpleegpersoneevaluering, verpleegpersoneel-prestasie en -erkenning**

*Verpleegpersoneevaluering* verwys na die beraming van verpleegpersoneel se werksverrigting aan die hand van gestelde norme en standaarde en sluit 'n werksbeskrywing in asook sisteme vir beloning van prestasie, remediëring en ontwikkeling.

Verpleegpersoneevaluering, met gepaardgaande terugvoer, remediëring, ontwikkeling, prestasiebeloning en erkenning is duidelik 'n probleem [*...evaluation that was done..still no feedback after two years...*]. Deelnemers voel dat daar nie erkenning aan hulle gegee word. Terugvoer, remediëring en ontwikkeling blyk onbevredigend te wees [*...no incentives.. moonlight to meet financial needs...*]; [*...we (nurses) want compensation...for overtime worked....*]; [*.....het erkenning nodig ..hoef nie geld te wees...*]; [*..lack of incentives...*]; [*...what is there for us (lower category nurses)... no development...*]; [*...better career ladder needed...*]; [*...I want an increment...*].

□ **Gesonde arbeidsverhoudinge**

Gesonde arbeidsverhoudinge is nodig vir die verpleegpersoneel om 'n positiewe ervaring van hul werksomgewing te beleef. Deel van die arbeidsverhoudinge sluit die bestuur van klagtes en griewe, dissiplinerig en remediëring in.

Verskeie probleme kom voor rondom arbeidsverhoudinge. Daar vind met tye intimidasie, viktimisasie en afdreiging van verpleegdiensbestuurders of eenheidsbestuurders plaas indien

hulle poog om verpleegpersoneel te dissiplineer. Gevalle is vermeld waar fisieke aanranding van bestuur op die hospitaal perseel plaasgevind het [ ... *they ..when the managers try and discipline.. they are intimidated..(incidents described where managers were physically abused or threatened by workers or family members on the hospital premises)..*]; [*.. very few are assertive and initiate disciplinary action..*]. Sommige van die verpleegdiensbestuurders het baie psigiese trauma ondervind gedurende die jare voor en na die verkiesing van 'n Regering van Nasionale Eenheid in 1994. Sommige van die bestuurders is aangehou deur verpleegpersoneel en hierdie trauma bly hulle by [*..come from a history where people were taken hostage...trauma* ]; [*...(managers need to learn how to deal with)... conflict.... blackmail from....disciplinary and grievance procedures..*].

Dit gebeur ook dat indien 'n werknemer 'n hoër status in die gemeenskap as in die hospitaal het dit 'n invloed kan uitoefen in die hospitaal. Die werknemer skryf dan vir die bestuurder voor hoe sekere take verrig moet word. Dit beïnvloed dissiplinering binne die hospitaal. Insidente is in van die fokusgroep-onderhoude en opvolg-fokusgroeponderhoude beskryf en dit is bevestig in opvolg-fokusgroeponderhoude dat sulke insidente wel voorkom.

#### □ **Diensvoorwaardes**

Deel van effektiewe bestuur is die besoldiging van dienste verrig. Verskeie aspekte is uitgelig wat handel oor diensvoorwaardes. Deelnemers voel dat hulle misbruik word en uitgelewer word aan die sisteem. Die verpleegpersoneeltekorte veroorsaak dat daar



van die verpleegpersoneel verwag word om oortyd te werk, maar dan baie lank moet wag vir die besoldiging daarvoor. Die hoeveelheid tyd wat hulle dan per week werk veroorsaak dat hulle moeg is en dat dit hulle funksionering en produktiwiteit beïnvloed. Die deelnemers voel ook dat hulle salaris nie in pas is met die huidige ekonomiese toestand nie en dat hulle finansieel nie meer die mas kan opkom nie. Dit kan ook wees dat sekere individue nie hul finansies effektief bestuur nie. *[...Sometimes we (nurses) work more than the 40 hours.. they (management) ask us to come on duty...then you are tired.. lets say you have done two 7-7 and a half day and a 7-7 they ask you to work till 7 o' clock and you yourself..you are going to do the overtime then the next day....on a Friday ..you are dog tired.. and then you come....you are expected to perform....you are going to perform but ..you are not productive..]; [...they (hospital) are supposed to give us money....there are some nurses they have done some overtime in (month) .....up to this time they have not received anything....if you have forgotten the date you have done your overtime.. then you are not going to get anything..]*

Dit blyk dat verpleegpersoneel voel dat daar diskriminasie is tussen die wyse waarop administratiewe en verpleegpersoneel gekompenseer word vir hul dienste *[....compensation between administration and nursing staff not equal..discrimination....]*

#### □ **Beroepsbeplanning**

*Beroepsbeplanning* verwys na die rol wat verpleegbestuur het in die ondersteuning en beplanning van verpleegkundiges se beroep. Deelnemers voel dat daar nie 'n diens beskikbaar is waarvan verpleegpersoneel gebruik kan maak om hulle te help

om hul loopbane te beplan nie [*...we need help with careerplanning...*]; [*...supervisors concerned with ward coverage and not the needs of individuals...career development.....*].

□ **Voorsiening in spesiale behoeftes soos 'n**

**24-uur sorgeneheid vir verpleegpersoneel se kinders**

Om 'n gelukkige en tevrede verpleegpersoneelkorps daar te stel behoort daar na hulle spesiale behoeftes omgesien te word. Sommige van die verpleegpersoneel is enkelouers of het geen hulp tuis met die versorging van hul kinders nie. Verpleegpersoneel se dienslewering geskied oor vier en twintig uur, maar daar is geen vier en twintig uur versorgingsfasiliteit beskikbaar vir hul kinders nie. Dit beteken dat hulle na vieruur in die middag hul kinders by die huis moet besorg. Sommige verpleegpersoneel neem dan hul kinders na die sale as hul tot sewe-uur aandiens is. Sommige verpleegpersoneel is enkelouers en het geen versorging vir hul kinders tuis as hulle nagdiens moet werk nie. Sommige verpleegpersoneel kan weens ekonomiese en sosiale omstandighede nie bekostig om hul kinders in 'n privaat kleuterskool of versorgingseenheid te plaas nie. Dit bring mee dat verpleegpersoneel bekommerd is oor hulle kinders terwyl hulle aan diens is [*... we need a crèche facility twentyfour hours a day..*]; [*...no crèche for night duty nurses... worry about children alone at home...*]

*(b) 'n Psigo-sosiale en emosionele ondersteuningsstelsel*

*Ondersteuningsstelsels* verwys na stelsels wat bestaan om die verpleegpersoneel van die hospitaal by te staan in die uitvoering van hulle professionele verantwoordelikheid, met die klem op 'n

emosionele, geestelike en psigiese ondersteuningsstelsel. Hierdie ondersteuningsstelsel behoort die verpleegpersoneel as holistiese individue te ondersteun, met die klem op bevordering van psigiese, geestelike en emosionele gesondheid.

Die deelnemers het duidelik 'n behoefte uitgespreek vir 'n ondersteuningsstelsel wat daarop gerig is om in die verpleegpersoneel se emosionele, geestelike en psigiese behoeftes te voorsien [*... nurses need support... emotional.. spiritual...physical ..social-economic..they ( nurses)... are holistic human beings..*]; [*...no support for nurses that has been exposed to trauma...*]. Die deelnemers het in verskeie van die fokusgroep- en individuele onderhoude geverbaliseer dat hulle trauma in die werksituasie beleef en dat daar geen formele ondersteuningsstelsels vir hulle bestaan nie [*...emosionele ondersteuning nodig....verpleegpersoneelondersteuning om trauma te hanteer.. niemand kom na jou om ondersteuning te gee.. jou mense (verpleegpersoneel) raak depressief...na 'n dag se ellendes ...jy wil nie oor jou werk praat nie... later haal dit jou in...*]. Die behoefte is uitgespreek dat die ondersteuningsstelsel van so 'n aard moet wees dat dit konfidensialiteit sal verseker.

Daar word van die verpleegpersoneel verwag om geestesgesond te wees maar hulle word gekonfronteer met ondermeer pasiënte wat terminaal siek is en sterf, of onverwagte gebeurtenisse in die eenhede wat as stresvol ervaar word, veral in die lig van die eise met MIV/ VIGS [*...is daar vir die verpleegpersoneel.. medies en verpleeg ...'n steunstelsel om die trauma te hanteer..die hoë werksdruk ..die HIV pasiënte ...mense kan makliker afgestomp raak ..veral die tekort aan verpleegpersoneel ..die werkdruk..ek moet sê ek dink daar kan meer gedoen word..*]. Daar is geen

berader om hulle in hierdie opsig te ondersteun nie. Dit gebeur ook dat verpleegpersoneel in hulle eie sosiale omstandighede probleme ervaar en dan nie die nodige ondersteuning kry om die probleme te hanteer nie. Dit bring mee dat individue soms later in hul professionele lewe probleme in hul professionele of persoonlike lewe ondervind [*...niemand kom na jou toe en gee jou ondersteuning nie...mag nie wys hoe jy voel nie...;* [*...hoe ver kring die ding uit...ek kom by die huis..na 'n dag se ellendes ...wil nie oor jou werk praat nie.. jou mense (familie) raak depressief...ek het nie daai tyd besef nie...ek weet nou na sewe jaar ....*].

#### Subkategorie 6.4: Risikobestuur

Die subkategorie risikobestuur verwys na die identifisering van risikos vir pasiëntveiligheid en werknemerveiligheid asook die doeltreffende en effektiewe bestuur daarvan. Doetreffende en effektiewe strukture en sisteme vir die bestuur van risikos is nodig en dit behoort by te dra tot die skep en instandhouding van 'n veilige omgewing vir beide die verpleegpersoneel, pasiënte en gemeenskap.

Die bestuur van risikos vir beide verpleegpersoneel en pasiënte word as 'n probleem binne die hospitaalkonteks ervaar. Vanuit die empiriese data is dit duidelik dat deelnemers se emosie oor die omstandighede waarin hulle hul bevind wissel van aggressie, onvergenoegdheid, frustrasie en moedeloosheid [*.....because of the shortage of staff.... and materials it causes nurses to be at high risk and that you are feeling certain emotions towards management and that you are angry with management whoever*

*the management may be....that they are not looking after you as nurses.....you feel very exposed..]*

Risikos wat voorkom het te make met die ontbreking van standarde en beleide in die hospitaal [*....no protocols, policies, standards in ward ...were set up in 1991.. nothing that sets a framework to govern them (nurses) in the institution...*]. Verskeie aspekte rakende 'n veilige omgewing vir pasiënte is ook geverbaliseer, ondermeer oor die fisiese omgewing en voorrade. Daar is ook nie 'n roepstelsel vir pasiënte in die sale nie [*.... dit gaan oor die sisteem .... daar is nie klokkies vir pasiënte nie...*]; [*.....some of the wards are very dirty....*]; [*...equipment (examples given) is a problem... sometimes .. don't work...some stock of a poor quality (examples given of where it led to medico-legal hazards/ death of patients)...*]; [*...how can you observe 40 patients with just two thermometers...)*]; [*...life saving machines needed....to monitor (patients condition.....frustrating.... nurses are blamed...]*].

Die sekuriteit van die hospitaal is oneffektief en verpleegkundiges voel onveilig veral in die nag. Diefstal, veral motordiefstalle op die hospitaalperseel laat die verpleegpersoneel onveilig voel [*..the security.. if a nurses has a problem...phone the matron ..matron does not come ..we lock ourselves into the office....I also want to be safe...this is a serious problem especially on night duty....]*.

Die ontbreking van effektiewe beroepsveiligheid is uitgelig [*....need to seriously look at occupational health for health care workers...]*. Dit sluit in aspekte soos die effek van swaar fisiese versorging op die verpleegkundige, oordraagbare siektes soos

MIV/VIGS, en veiligheid in die werksplek. Sommige verpleegkundiges is al blootgestel aan geweld in die hospitaal en voel dat die werkgewer nie sy verpligting nakom om 'n veilige werkplek te verseker nie [*...he (doctor) is saying that the sisters in the ward ...the physical impact on the bodies is starting to show...they (sisters) too now have a spinal problem...and they are always tired....because they turn the patients every two hours... [(HIV)...nurses themselves are at risk..]; [ ..prisoners in ward a problem .. incidences have taken place where prisoners have been helped to escape at gunpoint...security staff not trained to deal with such matters....theft takes place weekly...car theft...sometimes the wardens would braai or drink outside the ward .. and turn their radios on...no security for nurses..... exposed to violence....no security for mental patients who become violent...]; [..high rate of violence and crime in society...].*

#### Subkategorie 6.5: Effektiewe en doeltreffende bestuur van materiële hulpbronne

Die konsep materiële hulpbron bestuur sluit in die (a) finansiële bestuur en (b) administratiewe ondersteuningsdienste wat nodig is om 'n gesondheidsdiens te lewer.

##### *(a) Uitnemende finansiële bestuursvaardighede*

Effektiewe en doeltreffende bestuur van finansiële hulbronne is nodig vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking om die verpleegpersoneel te ondersteun in hulle strewe na uitnemendheid in verpleging. Dit sluit voorrade, toerusting en infrastruktuur in. Die deelnemende observasies het bevestig dat daar 'n leemte in finansiële bestuur is [*.....good financial*

*management skills needed.....]* en dit dra by tot die belewenis van swak pasiëntsorg in sekere van die verpleegeenhede [*...(equipment) shortages is frustrating...;* [*...no linen to cover our patients.....;* [*...shortage of material and staff.....the truth is maybe that you cannot help the patient as expected...;* [*...no toilet rolls...you only get (x) amount...not enough for the patients.....;* [*... the bathrooms...and toilets...disgraceful.....*].

*(b) Effektiewe en doeltreffende administratiewe ondersteuningsdienste*

Effektiewe en doeltreffende administratiewe ondersteuningsdienste verwys na die voorsiening en instandhouding van administratiewe ondersteuningsdienste om verpleegpersoneelverryking te fasiliteer en verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid in verpleging [*...government.. it is their responsibilities ...they allocate certain money...it is their responsibility to budget accordingly... they (management ) must plan..;* [*...nursing care cannot be effective if there is no stock...;* [*...patients don't trust nurses ...they think nurses are to blame for the lack of stock or equipment....*].

Daar behoort effektiewe en doeltreffende administratiewe strukture en sisteme te wees wat gerig is op die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe, en wat die verpleegpersoneel ondersteun in die uitvoering van hul verantwoordelikhede. Dit sluit in alle administratiewe ondersteuningsdienste soos skoonmaakdienste, voorraad- en toerustingdienste, apteekdienste, portierdienste, kommunikasiesisteme en 'n noodstelsel [*... dit gaan oor die sisteem... daar is nie 'n portierdiens nie ..* *...daar is nie klokkies vir pasiënte nie...;* [*...no call system for*

*patients ...no bells in wards...]; [...I have never seen a bell in this place...]; [...sister call doctor (phones do not work)...patient (may) die...].*

Verskeie probleme bestaan met hierdie administratiewe ondersteuningsdienste binne die hospitaalkonteks. Deels is die probleme toe te skryf aan 'n oneffektiewe stuktuur en sisteem vir die voorsiening van toerusting, voorrade en medikasie [*...because of the shortage of staff. there is a lack of materials..it is affecting our (nurses) attitudes....]; [...medications...not on stock...(patient) stay is prolonged...]; [...(lack) linen...clothing ...cleaning material...then the nurses gets blamed.....nurses blamed for poor conditions...the standards drops...poor... conditions..]; [...something must be done about the material resources...we don't have any toilet paper...10 rolls...that is what we have for the week ..for 40 patients.....basic things ...that is basic...needs...]; [...shortage of equipment.....theatre...linen.. instruments...stretchers.....shortage..]; [...patients transferred without a mattress/sponge to lay on ...]; [...repairs a problem...long waiting period...sometimes six months or longer....]; [... no water next to the beds of patients..material resources are lacking... or dilapidated...some are falling apart...no call system for patients.....curtains are in a state....]. Die verpleegpersoneel beskou dit as noodsaaklike ondersteuning om hul verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul [*...administrative inefficiencies inhibit the nurses to perform their duty...].**

Verder blyk dit dat die sisteem wat benut word vir die aanwending van skoonmakers nie effektief funksioneer nie. Dit bring frustrasie mee en 'n gevoel dat persone nie



verantwoordelikheid neem vir hul pligte soos die skoonmaak van sale nie. Omdat die ondersteuningsdienste nie effektief bestuur word nie, word daar van die verpleegkundige verwag om nie-verpleegkundige take te verrig wat hulle wegneem van hul primêre verantwoordelikheid naamlik pasiëntsorg [...cleaners should be allocated to ward...]; [ ...problem is non-nursing duties.....porters...no discipline.....each person in the hospital must take responsibility to deliver quality care...] [...cleaners only come to the ward once a day....]; [...cleaners refuse to clean the staff tearoom...says it is not their responsibility...]; [... dat pasiënte... kry nie hulle medisyne nie ...daar is 'n deel van die probleem.... dit lê nie by die susters nie...die apteek reik dit nie uit nie ...nie genoeg voorraad nie...as 'n pasiënt huis toe gaan ..dan moet die voorskrif voor 10:00 in wees....anders gaan hy eers die volgende dag huis toe..vertragings in onslagte...gebeur dit dan dat die medisyne wat nie in voorraad is die pasiënt se verblyf in die hospitaal verleng..... die goed is nie beskikbaar nie ..en dit beïnvloed die herstel van die pasiënt...dit is 'n hervoorskrif...vroeër dae was dit so gewees dat as die dokter dit vir vyf dae voorgeskryf het...as daar medikasie oor is word dit teruggestuur na die apteek..daar is vreeslike duplisering ..en herhaling van voorskrifte...as die pasiënt op antibiotika is en ..die pasiënt...die derde dag is nou verby...en dit is na tien....die medisyne word nie betyds uigereik nie ..nou kry die pasiënt nie sy antibiotika vir die dag nie....dit is die hele administratiewe stelsel...medisyne raak op...uit voorraad...dan word daar eers weer bestel...salle het nie meer 'n noodvoorraad nie...].

## **(ii) Teoretiese begronding**

Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer vir uitnemendheid in verpleging handel oor die rol en verantwoordelikheid van die hospitaalbestuur in die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike en materiële hulbronne, insluitend die skep van organisatoriese strukture en sisteme wat tot die verpleegpersoneel se beskikking is. Die beskikbaarheid en die wyse waarop die hulbronne bestuur word bepaal tot watter mate die verpleegpersoneel dit ondersteunend tot eie vermoëns gebruik vir uitnemendheid in verpleging. Die effektiewe en doeltreffende bestuur van hulpbronne word vir die doel van die studie voorgehou as noodsaaklik vir verpleegpersoneel om hul verantwoordelikhede en rol op 'n uitnemende wyse te vervul binne die konteks van die hospitaal.

### *(a) Strategiese hulpbronbestuur*

Smith & Friedland (1998:22) stel dit dat die huidige gesondheidsorgomgewing innovasie vereis. Verpleegbestuurders is strategies geïmplementeer om kreatief verandering in verpleging teweeg te bring ten einde uitnemendheid te verseker. Om standaarde te behou terwyl herstrukturering van sisteme vir verpleging binne die hospitaal plaasvind verg 'n groot mate van uitdaging en eksperimentering van verpleegbestuurders met gepaardgaande verantwoordelikheid en aanspreeklikheid. Vir verpleegbestuur is dit noodsaaklik om die dinamiese eise in die gesondheidsorg-omgewing die hoof te bied en benodig 'n radikale verandering van strukture, sisteme en prosesse om

nuwer en verskillende wyses te ontgin in verpleging (Ingersoll, Kirsch, Ehrlich & Lightfoot, 2000: 11-20).

Volgens Porter-O'Grady (1999:3741) word die impak van verandering en nuwe realiteite op bestuur-leierskap nou eers gedefinieer, en as verpleegbestuur in die nuwe era wil tred hou en groei moet 'n hele nuwe denkrigting ingeslaan word en dit vereis verskillende vaardighede van verpleegbestuur. Nuwe sisteme moet ontwikkel word om werk in spanverband te organiseer. Verpleegbestuurders speel 'n belangrike rol in die verandering van strukture en sisteme, fasiliteer die konteks en ondersteun verpleegpersoneel om hulle rol en verantwoordlikhede binne spanverband op 'n uitnemende wyse te vervul.

Griner en Blumenthal (1998:818) bespreek verskeie suksesfaktore wat hul waargeneem het in die herstrukturering en bestuur van suksesvolle instansies. Hierdie sluit ondermeer in die ontwikkeling van nuwe sisteme vir bestuur, luister na die behoeftes van die span, eksperimentering om die veranderende behoeftes aan te spreek en die kweek van 'n gevoel van dringendheid om te verander wat nodig is. Studies toon dat waar verpleegpersoneel verandering in 'n organisasie beleef as 'n positiewe kenmerk van die werksomgewing en, verpleegpersoneel ondersteun word in pogings om verandering teweeg te bring, dit waarskynlik sal lei tot groter toewyding binne spanverband (Ingersoll, *et al.* 2000: 11-20).

Deel van die verpleegbestuur se verantwoordelikheid is om verpleegpersoneelverryking te fasiliteer. Verder behoort die verpleegbestuur terdeë bewus te wees van watter toestande of

aspekte lei tot bevordering of belemmering van onder andere bevoegdhe, betekenisvolle doelwitbereiking en ondersteunende sisteme. Hierdie verandering in die rol van verpleegbestuur kan lei tot 'n gevoel van bedreiging, veral as 'n verpleegbestuurder ervaar dat sy/haar rol en verantwoordelike hede in gedrang is. Die rol van die bestuur in die fasilitering van 'n uitnemende wersklewe vir die verpleegpersoneel sluit die beplanning, organisering, leidinggewing en beheer van materiële en menslike hulpbronne in, asook sisteme wat die verpleegpersoneel in staat sal stel tot uitnemendheid in verpleging (Myers, 1970:65,97).

*(b) Effektiewe en doeltreffende strukture, sisteme en prosesse*

'n Studie wat deur Wilson en Laschiger (1994:39-47) uitgevoer is, het getoon dat indien strukture en sisteme binne die organisasie aangepas word om verpleegpersoneel toe te laat om groter beheer en kontrole uit te oefen oor verpleging op grondvlak, hulle toegewydheid tot uitnemendheid verhoog word. Verder is die uitbouing van vennootskappe en netwerke binne die organisasie deel van verpleegpersoneelverryking en nodig vir uitnemendheid in verpleging. Die lewering van hoë kwaliteit verpleegsorg is noodsaaklik in verpleging en vir verpleegpersoneel. Om uitnemendheid te bereik verg verpleegpersoneel wat effektief kan funksioneer in hulle onderskeie rolle.

Wilson en Laschiger (1994) stel dit dat uitnemendheid in verpleging dikwels té ver tekort skiet van die ideaal. Verpleegpersoneel word dikwels beskryf as passief en magteloos, met min gesag, beheer of invloed om verandering in

die hospitaal teweeg te bring. Hierdie gevoel van magteloosheid lei tot werksontevredenheid, uitbranding, lae toegewydheid, en oneffektiewe houdinge wat 'n hoë afwesighedsprofiel en diensverlating tot gevolg het. Die herstrukturering van strukture en sisteme asook 'n fokus om gedrag en houdinge te verander behoort verpleegpersoneelverryking te ondersteun. Indien daar in die skep van 'n konteks wat bevorderlik vir verpleegpersoneelverryking aandag gegee word aan spanbestuur, deelnemende besluitneming en buigbare bestuur-leierskap ondersteun dit verpleegpersoneelverryking.

Volgens Brock (1996:62) behoort verpleegbestuur voortdurend die sisteme, strukture, prosedures te her-evalueer teenoor ontwikkelinge in die gemeenskap en die hospitaal sodat aanpassings gemaak kan word om nuwe ontwikkelinge te akkommodeer vir die uitnemende verpleging. Om suksesvol te wees in die hedendaagse verpleegpraktyk benodig verskuiwing van denkpatrone en die ontwikkeling van nuwe vaardighede. Hierdie vaardighede sluit volgens Brock (1996) ondermeer in: herposisioneringsvaardighede, netwerkvaardighede, kritiese-denke vaardighede, risiko-neem vaardighede en vaardighede om behoeftes van die gemeenskap te antisipeer. Herposisioneringsvaardighede verwys ondermeer na die klemverskuiwing na spanbestuur. Netwerkvaardighede sluit ondermeer in om nie die wiel te herontdek nie, maar om met ander lede van die span te skakel om nuwe praktyke te leer. Die vermoë om krities-analities te dink oor bestaande strukture, sisteme, prosesse is noodsaaklik om vernuwing teweeg te bring. Soms is dit nodig om risikos te neem in vernuwing. Dit verg waagmoed en durf om innoverend te dink en nuwe strategieë te implementeer. Die evaluering van dit wat in die gemeenskap

plaasvind, en hoe ander instansies uitnemendheid verseker help om tred te hou met dit wat die gemeenskap van die hospitaal en gesondheidspan verwag (Brock 1996:62).

Binne die skep van die konteks behoort daar 'n hoë mate van toegang tot inligting, ondersteuning en hulpbronne en geleenthede te wees. Effektiewe kommunikasie, interpersoonlike verhoudinge en beradingsvaardighede in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is van kritiese belang (Gibson, 1991:355-360; Klakovich, 1996:29-35; Hawks, 1999:67-73; Hawks, 1992:609-618; Randolph, 1995:19-31). Hibberd, *et al.* (1992:16) stel dit dat waar daar gedeelde bestuur en deelnemende besluitneming plaasvind die rol van die bestuurder na een van fasiliteerder, integrasie en koördinerer verander.

Volgens Webb, Price en Coeling (1996:28) geskied die lewering van pasiëntsorg in spanverband en vennootskap met ander dissiplines. Vir 'n span om effektief te funksioneer behoort die spanlede oor verskillende vaardighede te beskik om hulpbronne maksimaal te benut (verwys kategorie 3). Dit verg herstrukturering van strukture en sisteme binne die hospitaal en deeglike beplanning voor implementering. Om 'n spanbenadering effektief te implementeer is dit noodsaaklik om die behoeftes en waardes binne die span te bepaal. Die waardesisteme binne die spanne rig die spanlede se houdinge, optredes en gedrag (verwys kategorie 1)(Hansten & Washburn, 1996:24-28).

Disch (2000:75) meen dat dit 'n gesonde werksomgewing noodsaaklik is vir verpleegpersoneel om hulle verantwoordelikhede te vervul. Disch is van mening dat in die daarstel van beleid, standaarde, prosedures, strukture en sisteme, vaardig-

heidsontwikkeling en effektiewe kommunikasie deel is van 'n gesonde werksomgewing en dat bestuur rolmodelle is vir effektiewe houdinge en gedrag.

Volgens Cahill (1997:5) dui die verpleegbestuur se rol daarop om die energie van verpleegpersoneel te fokus in 'n positiewe rigting. Cahill verwys na organisasies wat hulle verpleegpersoneel se energie eerder tap, en verpleegpersoneel glo dat hulle geen of min beheer het oor hulle werkverrigtinge, dat hulle moet doen wat vir hulle gesê word, en dat hulle moet wag vir die bestuur se besluite. Vanuit die verpleegpersoneel se kennis, ervaring en motivering neem hulle reeds besluite oor pasiëntsorg op eenheidsvlak. Verpleegbestuur, volgens Cahill, moet hulle weerhou om hierdie gesag wat verpleegkundiges nodig het om effektief besluite te neem en te implementeer, te onderdruk of te verminder binne hiërargiese besluitnemingsprosesse.

Cahill stel drie sleutel aspekte voor vir verpleegpersoneelverryking: Deel van inligting, stel van grense en selfgerigte spanne. Persone wat toegang het tot inligting kan verantwoordelik optree. As alle aspekte van inligting behoort binne 'n organisasie gedeel te word, en nie net selektiewe dele nie. Eers dan word 'n vertrouensverhouding in die hospitaal geskep. Die stel van grense of oorhoofse riglyne voorsien die rigting waarin verpleegpersoneel hulle energie fokus. Hierdie grense sluit in die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegpraktyk, waardesisteme binne die hospitaal, asook die visie, missie, doelwitte en standaarde. Die derde sleutel aspek is die vervanging van die ou hiërargiese struktuur met selfgerigte spanne. Die spanne behoort verantwoordelik te wees om alle prosesse van begin tot einde te bestuur. Ontwikkeling van

vaardighede is belangrik vir die span om effektief te funksioneer. Dit is van kritiese belang dat die verpleegbestuur die rol van fasiliteerders vertolk en die spanne ondersteun en vaardighede ontwikkel.

Terry (1999:33) is van mening dat die rol van verpleegbestuur verander in die herstrukturering van hospitale, en dat verpleegbestuurders al meer prosesbestuurders word met gevolglike vermindering in beheer en verhoogde delegasie na spanne.

Die verpleegbestuurder moet oor verskeie vaardighede beskik en dit sluit ondermeer in: ontwikkeling van verhoudinge deur samewerking as 'n span, netwerke, vennootskappe, mentorskap, en die fasilitering van 'n gesonde werksomgewing. Die verpleegbestuurder moet verder waardegedrewe wees, glo in die potensiaal van verpleegpersoneel, asook 'n visioenêr, lewenslange leerder en onderriggewer te wees (Swanson, 2000:29-33; Fagin, 1996:30-37).

Sleutel (2000:56) verwys na verskillende outeurs en som die faktore op wat belangrik is in die skep van 'n organisatoriese klimaat wat uitnemendheid fasiliteer:

- Betrokkenheid in besluitneming met 'n gevoel van beheer oor hulle werksituasie.
- Status, belangrikheid en waarde wat op verpleegpersoneel geplaas word.
- Ondersteunende verhoudinge binne die multidissiplinêre span op alle vlakke gekenmerk deur wedersydse respek (Blount & Nahigian, 1998:27; Antai-Otong, 1997:48-51).



Blount en Nahigian (1998:27-29) is van mening dat uitnemendheid in verpleging afhang van die vermoë van verpleegbestuur om 'n effektiewe, buigbare en multidissiplinêre toegewyde span saam te stel. Verder verander die rol van bestuur na fasilitering van ontwikkeling van vaardighede binne die spanne asook leierskap. Leierskap op alle vlakke koester openheid, kreatiwiteit en groei. Voorts is Blount en Nahigian van mening dat suksesvolle spanne behoort te beskik oor gemeenskaplike waardesisteme, 'n visie, missie en doelwitte asook strategieë of aksieplanne vir die bereiking van uitnemendheid in verpleging. Ontwikkeling in die spanne behoort te fokus op leierskapsprogramme om strategieë te ondersteun, konflikbestuur, komiteestrukture, bestuur van verandering, spanbou en probleemoplossingstegnieke (Blount & Nahigian, 1998:27; Antai-Otong, 1997:48-51).

Een van hedendaagse uitdagings vir bestuur is die verandering van hulle rol en die wegbeweeg van 'n hiërargiese beheersisteme na nuwe modelle van bestuur en leierskap met die klem op interpersoonlike verbintenis, selfbestuur spanne, nuwe klimaatskepping, en die bou van gemeenskapsnetwerke en vennootskappe. Die rol van die verpleegbestuurder is om die konteks, strukture, sisteme en hulpbronne te voorsien wat nodig is vir uitnemendheid in verpleging. Volgens Fosbinder, Parsons, Dwore, Murray, Gustufson, Dalley en Vorderer (1999:52-62) behoort die verpleegbestuur die volgende eienskappe te openbaar:

- Klinies-gesentreerd met 'n passie vir uitnemendheid in verpleging.
- Vaardig.
- Kredietwaardig.

- Sterk integriteit.
- Koesterend.
- Kreatief.
- Katalisator.
- Sin vir humor.
- Moet toekoms kan antisipeer om in behoeftes van verpleegpersoneel te voorsien.
- Selfvertroue.

*(c) Effektiewe menslike hulpbronbestuur*

Potgieter en Muller (1998:14) stel dit dat die verpleegdiensbestuurder verantwoordelik en aanspreeklik is vir effektiewe verpleegpersoneelbestuur. Dit behoort een van die verpleegbestuurders se primêre verantwoordelikhede te wees om 'n gesonde werkslewe vir verpleegpersoneel te fasiliteer (Sofie, 2000:129). Verpleegbestuurders moet groei en ontwikkel en oor die vaardighede beskik om strukture, sisteme, prosesse, en verpleegpersoneel in die nuwe millennium te bestuur (Kerfoot, 1999:341). Volgens Zwingman-Bragley (1999:29-34) speel die bestuur-leierskap vermoëns 'n belangrike rol om stres by verpleegpersoneel te verminder en ook om positiewe resultate te bereik. Deur die beginsels van gelykheid, verantwoordelikheid, verantwoordbaarheid, eienaarskap te gebruik skep verpleegbestuur 'n interaktiewe milieu waar verpleegpersoneel binne spanverband groei en ontwikkel en doelwitte op 'n effektiewe wyse bereik. Leierskap-bestuur styl het 'n direkte verhouding tot bereiking van positiewe finansiële uitkomst. Deur te fokus op die verborge talente van verpleegpersoneel en hulle ervaring en kreatiwiteit, word verpleegpersoneel se samewerking verseker om finansiële doelwitte te bereik.

Volgens Booyens (1998: 695-697) hang die mate van die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe af van die mate waartoe verpleegpersoneel instaat is om eie persoonlike behoeftes te bevredig. Ten einde kwaliteit werkslewe vir verpleegpersoneel te bevorder, behoort die bestuur van die hospitaal die behoeftes en waardes in ag te neem, asook die mate waartoe die behoeftes bevredig word. Die hospitaal behoort in die toekoms meer gerig te wees op bevrediging van die behoeftes wat die verpleegpersoneel as noodsaaklik en belangrik ag. Verskeie voorvereistes is noodsaaklik in die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe soos ondermeer:

- Voldoende en regverdige besoldiging van verpleegpersoneel vir die vervulling van hul rol en verantwoordelikhede binne die hospitaalkonteks. Hierby ingesluit is diensvoorwaardes wat verpleegpersoneel instaat stel om 'n sekere lewenstandaard te handhaaf.
- 'n Veilige en gesonde werksomgewing wat beide die psigiese en fisiese omgewings insluit waarin die verpleegpersoneel funksioneer.
- Die geleentheid om vermoëns te benut en te ontwikkel wat verwys na die geleentheid wat verpleegpersoneel gebied word om verantwoordelikhede te vervul met soveel moontlik outonomie. Dit verwys verder na die stimulering van verpleegpersoneel deur ondermeer betrokkenheid in projekte vanaf die beplanningsfase, delegering van take in geheel, delegering van take wat verskeie vaardighede behels, verskaffing van voldoende inligting en vaardighede vir verpleegpersoneel om hul waarde en bydrae tot die bereiking van die hospitaal se doelwitte te waardeer.

- Die bied van geleenthede vir voortgesette groei en ontwikkeling van vaardighede, asook om die vaardighede toe te pas.
- Sosiale integrasie verwys na die skep van geleenthede vir sosiale interaksie tussen spanlede.
- Die reg tot vryheid van spraak en privaatheid, deur nakoming van die regte van die spanlede.
- Die versekering van 'n gebalanseerde werk- en leefspasie, tussen die verpleegpersoneel se tyd wat by die werk en huis deurgebring word.
- Sosiale relevansie van werk.
- Regverdige en gelyke behandeling van verpleegpersoneel.
- Ondersteunende optrede teenoor verpleegpersoneel.
- Kommunikasie gebaseer op 'n openlike vertrouensverhouding.
- Die geleentheid vir verpleegpersoneel om aktief betrokke te wees in besluite wat hul werksaamhede raak.

Die fasilitering van 'n kwaliteit werkslewe sluit alle aspekte van die verpleegpersoneel se rol en verantwoordelikhede binne die hospitaalkonteks in. Die optimale benutting van die verpleegpersoneel en ervaring van werksbevrediging is essensieel vir die bereiking van uitnemendheid in verpleging. Strategieë vir die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort die volgende aspekte in te sluit (Booyens, 1998:697-700):

- Deelnemende bestuur
- Doelwitbestuur
- Effektiewe bestuur-leierskap
- Bestuur van uitnemendheid
- Werksverrykingprogramme

- Beroepsontwikkeling
- Vaardigheidsontwikkeling
- Alternatiewe werkskedules
- Ondersteuningsstelsel (omvattende diens wat fokus op die heelheid van verpleegpersoneel)
  
- **Loopbaanontwikkeling en beroepsbeplanning**

Deel van vaardigheidsontwikkeling is die ondersteuning van verpleegpersoneel in die beplanning van hul beroep. Hierdie kan geskied deur ondermeer beroepsberading, die beskikbaarstelling van hulpbronne vir voortgesette onderwys, ondersteuning met publikasies en beursaansoeke (Abruzzese,1996:25). Beroepsbeplanning bied rigting vir verpleegpersoneel vir formele opleiding en ontwikkeling, ervaring en netwerke. Verpleegpersoneel behoort hulle eie waardes en veld van belangstelling te bepaal, doelwitte te stel, en strategieë beplan om die doelwitte te bereik. Verpleegbestuur behoort personeel te ondersteun om sukses te behaal binne 'n hospitaalkonteks as deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

Volgens Joel (1999:2) behoort aandag gegee te word aan ontwikkeling van verpleegpersoneel wat fokus op verryking. Joel sien verryking as *die wind onder onder jou vlerke*. Dit voorkom die *doeie hout sindroom* wat maklik kan geskied as daar nie voldoende beplanning is om verpleegpersoneel te ontwikkel en vernuwing mee te bring nie. Seleksie van verryking word dikwels aan die individu oorgelaat. Vandag se gesondheidsverbruikers eis 'n visuele demonstrasie van vaardigheid asook uitnemendheid in verpleging. Deels is verpleegpersoneelverryking die bestuur se verantwoordelikheid,

maar ook die verantwoordelikheid van individue om eie behoeftes te bepaal en daadwerklik strategieë toe te pas om te voldoen aan die vereistes van die verpleegpraktyk om uitnemende verpleging te lewer.

Joel (1992) stel ondermeer die volgende strategieë vir self-verryking voor:

- **Versorg of koester jouself.**  
Ontwikkel 'n sterk waardestelsel en praktiseer verantwoordelik binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie. Ontwikkel respek vir eie behoeftes en skep 'n koesterende omgewing vir die self.
- **Ontwikkel eiewaarde.**  
Deur konsekwente optrede word 'n sin vir eiewaarde ontwikkel wat 'n persoon instaat stel om uitnemend te lewe.
- **Stel grense.**  
Gesonde grense of perke help om 'n innerlike sekuriteit te ontwikkel en stel 'n persoon instaat uitdagings aan te durf. Verwag meer van die self en vervang negatiewe gedagtes met positiewe gedagtes. Ontwikkel 'n sin van selfvertroue en trots.
- **Sprei van vlerke.**  
Die individu moet sy vlerke spreid en die self bevry van beperkende gedagtes en oortuiginge oor eie vermoëns. Die individu se potensiaal moet ten volle ontwikkel word.
- **Selfkennis.**  
Ken die self. Talent, passie om te slaag, en energie kan lei tot sukses. Geleentheid moet gegun word om die self te leer ken en te beraam wat nodig is om te slaag.
- **Verwagtinge moet bygewerk word.**

Alhoewel 'n persoon 'n taak vervul en vergoeding daarvoor ontvang word ook verwag dat die werk betekenisvol moet wees. Vir verpleegpersoneel om te vervulling en bevrediging te smaak is dit nodig dat hul missie in ooreenstemming is met die missie van die hospitaal. Indien verpleegpersoneel se missie en waardes nie met die instansie se missie en waardes ooreenstem bring dit ontevredenheid, frustrasie en negatiewe houdinge en gedrag mee.

*(d) Psigo-sosiale en emosionele ondersteuning*

Booyens (1998: 697) verwys na die navorsing deur Chris Argyris wat 'n diepgaande studie gemaak het oor die emosionele aspekte van werknemers. Hy beredeneer die feit dat volwassenes, as werknemers, behoeftes vir onafhanklikheid, breër belangstellingsvelde, en die mag om 'n eie toekoms te beheer, ontwikkel. Waar instansies gekenmerk word deur 'n burokratiese stelsel en outokratiese leierskap, gebrek aan spanwerk, gebrek aan 'n vertrouensverhouding, gebrek aan toewyding, diskriminasie, en onprofessionele gedrag, kan dit nie lei tot die bevordering van 'n uitnemende werkslewe nie. Daarteenoor kan goeie kommunikasie, spanfunksionering, uitdaging, regverdige en gelyke behandeling lei tot die fasilitering van uitnemende werkslewe.

Volgens Myers (1970: 69-74) is die betrokkenheid van bestuur in die verrykingsproses noodsaaklik. Eerstens omdat die bestuurder bekend is met die werksaamhede van alle verpleegpersoneel, en tweedens omdat dit lei tot die herdefiniëring van die rol en verantwoordelikhede van bestuur en selfgeïnisieerde veranderinge in bestuurstyl. Verpleegpersoneel-

verryking is 'n proses wat nooit eindig nie en soos wat verryking van verpleegpersoneel plaasvind behoort dit ook te lei na verandering in die rol en verantwoordelikheid van verpleegbestuur.

Volgens August-Brady (2000:5-12) word 'n positiewe waarde geheg aan die konsep van buigbaarheid ("flexibility"). Buigbaarheid verwys na die geïntegreerde, ontplooiing, en volgehoue respons op voortdurende verandering en berus op 'n openheid en bereidwilligheid om te verander wat lei tot 'n groter mate van keuses en effektiewe en doelmatige uitkomstes. Binne die kontemporêre werksmilieu word voorsiening gemaak vir individuele keuses wat responsief tot die behoeftes van verpleegpersoneel is. Deur buigbaar te wees word ruimte gelaat vir individuele behoeftes wat 'n impak kan hê op uitnemendheid in verpleging.

#### *(e) Risikobestuur*

Baron (1996: 337) stel dit dat indien geweld in die werkplek voorkom dit die instansie beïnvloed en lei tot koste implikasies en soms katastrofiese verlies van lewe, besering en menslike swaarkry. Dit bring ook emosionele en psigiese gevolge vir die verpleegpersoneel mee en kan gevolge soos verhoging in die afwesighedsprofiel, troumatisering, depressie, verlies aan produktiwiteit, die verlies van verpleegpersoneel weens diensverlating en vroeë aftrede hê. Dit is die verantwoordelikheid van die verpleegbestuur om die werksklimaat so te bestuur dat 'n veilige werksomgewing geskep word deur ondermeer beleide en prosedures wat verpleegpersoneel instaat stel om veilige praktyke te handhaaf.



Die voorkoms van fisiese en psigiese geweld in die samelewing het ook 'n impak op die verpleegpersoneel. Nie net kan hulle die slagoffers wees van geweld nie maar is soms in die hospitaal blootgestel aan geweld of kan hulle getuies wees van geweld wat mag voorkom. Dit is die verantwoordelikheid van bestuur om nie net 'n veilige werksomgewing daar te stel nie, maar ook beleid en standaarde in plek te hê om insidensies van geweld, intimidasie of seksuele teistering te voorkom of te hanteer (American Association of Colleges of Nursing, 2000:63).

*(f) Finansiële bestuur*

Die verpleegbestuurder bestuur verpleging binne die hospitaal en is verantwoordelik om uitnemendheid in verpleging te verseker deur ondermeer die koste-effektiewe bestuur van hulpbronne, finansiële bestuur en gehalte verpleegpersoneelbestuur. Die verpleegbestuurder is verantwoordelik om 'n klimaat te skep waar verpleegpersoneel hul verantwoordelikhede kan vervul. Indien die verpleegbestuurder in gebreke bly om 'n klimaat te skep wat voldoen aan die behoeftes van die verpleegpersoneel om hul verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul kan dit lei tot ontevredenheid, griewe en arbeidsonrus (Potgieter & Muller, 1997:33-39; Ingersoll, Kirsch, Ehrlich & Lightfoot, 2000: 11-20).

Koloroutis en Thorstenson (1999:10) stel dit dat daar van bestuur verwag word om hulpbronne koste-effektief te bestuur om die hospitaal se strategiese doelwitte te bereik. Terwyl daar 'n dringende behoefte bestaan om finansiële hulpbronne te beskerm, is daar ook 'n ooreenstemmende behoefte om te voldoen aan die groeiende eise vir dienslewering. Die

verpleegpersoneel en gesondheidsplan is vasgevang in die middel, en dit lei tot etiese vraagstukke en morele kwessies.

*(g) Ondersteuningsdienste*

In 'n studie wat deur Fosbinder Fosbinder, Parsons, Dwore, Murray, Gustufson, Dalley en Vorderer (1999:52) gedoen is, het verpleegpersoneel aangedui dat uitnemendheid in verpleging die belangrikste faktor was in die vervulling van hulle verantwoordelikhede maar dat 'n leemte in die administratiewe ondersteuning die grootste nadeel was om dit te bereik (Diers; Torre; Heard; Bozzo & O'Brien, 2000:137-143).

Vanuit die literatuur word bevestig dat die verpleegbestuurder oor bestuur-leierskap vermoëns moet beskik wat verpleegpersoneel kan inspireer en ondersteun in hulle pogings om die visie te bereik. Dit word van die verpleegbestuur verwag om verpleegpersoneel te motiveer in onstabiele tye waar groot veranderinge in die gesondheidsorgsisteem plaasvind. Deel van die verpleegbestuur se verantwoordelikheid is om deur hulle bestuur-leierskap verpleegpersoneel só te motiveer en te ontwikkel dat hulle bo hulle eie verwagtinge sal presteer in die bereiking van hulle strewe na uitnemendheid in verpleging. Die verpleegpersoneel behoort as leiers te ontwikkel. Hulle behoort ook 'n kultuur te ontwikkel wat die visie van die hospitaal ondersteun. Interpersoonlike verhoudinge is belangrik en eienskappe van integriteit, respek, vertrouwe, waardigheid en konsekwentheid word as sleutel eienskappe beskou in die kommunikasie met verpleegpersoneel. Die verpleegbestuurder behoort op 'n vaardige wyse die strukture, sisteme, prosesse en strategieë te bestuur wat die visie van die gesondheidsplanne en die hospitaal ondersteun. Deur geleenthede te skep vir

innovering bied dit die brandhout om die verpleegpersoneel te motiveer tot 'n nuwe vlak van effektiwiteit en behoort dit by te dra tot uitnemendheid in verpleging. Die verpleegbestuurder behoort intellektuele stimulering van verpleegpersoneel as 'n prioriteit te ag, waar kritiese denke en bevraging aangemoedig word. Die ondersteuning van verpleegpersoneel om hulle selfvertroue te ontwikkel is van kritiese belang (Dixon, 1999:17-21).

Verpleegpersoneelverryking vereis 'n deeglike kennis van strategiese hulpbronbestuur om strukture, sisteme en prosesse in werking te stel. Die pad is lank en gevul met baie paradokse en nie een wat lig opgeneem moet word nie. Dit vereis volharding van die verpleegbestuur om dit te implementeer en daarmee vol te hou (Randolph, 1995:19).

Die voorafgaande word vervat in die volgende stellings:

### **(iii) Samevattende stellings**

**Stelling 29:** Strategiese hulpbronbestuur verseker 'n steunstelsel vir verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging.

**Stelling 30:** Effektiewe strukture en sisteme wat spanwerk bevorder behoort 'n klimaat te skep vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging.

**Stelling 31:** Wetenskaplike bestuur van menslike hulpbronne wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer vir uitnemendheid in verpleging sluit alle aspekte van menslike hulpbron bestuur in, ondermeer verpleegpersoneelvoorsiening wat voldoen aan wetenskaplike norme en standaarde, doeltreffende

verpleegpersoneelplasing, akkurate verpleegpersoneelevaluering en evaluering van verpleegpersoneelprestasie en -erkenning, ontwikkeling van gesonde arbeidsverhoudinge, versekering van diensvoorwaardes, standarde en beleid gerig op die bevordering van 'n gesonde leefwyse van verpleegpersoneel.

**Stelling 32:** In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan die skep van ondersteuningsisteme met die klem op emosionele, geestelike en psigiese ondersteuning van die verpleegpersoneel.

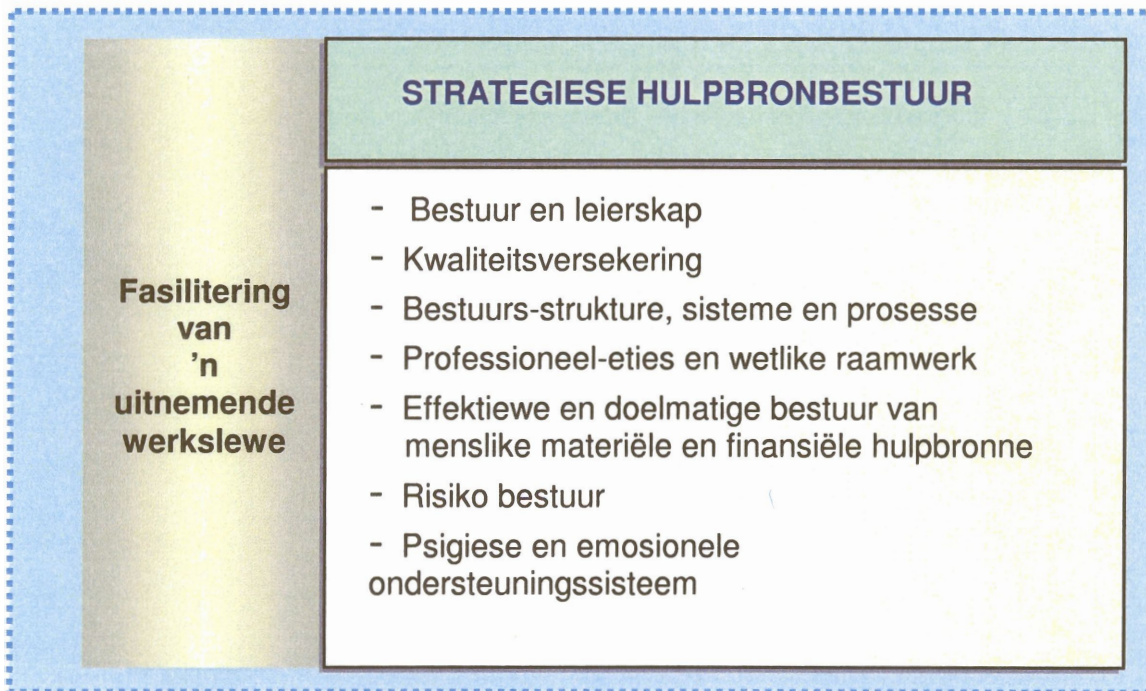
**Stelling 33:** In die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort aandag gegee te word aan effektiewe risikobestuur vir die werknemer en pasiënte.

**Stelling 34:** In die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort aandag gegee te word aan die doeltreffende en effektiewe finansiële bestuur.

**Stelling 35:** In die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort aandag geskenk te word aan die effektiewe en doeltreffende bestuur van administratiewe strukture en sisteme, insluitend ondersteuningsdienste soos skoonmaakdienste, voorraad- en toerustingdienste, apteekdienste, portierdienste, 'n kommunikasiesisteem en 'n noodstelsel.

In tabel 5.1 word 'n opsomming gegee oor die kategorieë, subkategorieë, samevattende stellings asook hoofkonsepte.

(iv) Skematiese voorstelling van hoofkonsepte



**Figuur 5.1: Skematiese voorstelling van hoofkonsepte van kategorie 6**

Tabel 5.1: Opsomming gegee van die kategorieë, subkategorieë, samevattende stellings asook hoofkonsepte van die navorsingsbevindinge.

Hoofkategorieë	Subkategorieë	Stellings	Konsepte
<p><b>Kategorie 1:</b> Die skep van 'n milieu wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.</p>	<p><b>Subkategorie 1.1:</b>  'n Waarde gedrewe milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer met begrip vir die tyd-ruimtelike en kultuur-historiese konteks.  (a) 'n Gedeelde waardesisteem en werksetiek.  (b) 'n Koesterende etos.</p>	<p><b>Stelling 1:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort die skep van 'n waarde gedrewe milieu spesiale aandag te geniet.  <b>Stelling 2:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek binne gesondheidsorgspanverband noodsaaklik. Hierdie waardesisteem behoort die professionele-, sosiale- en individuele waardes wat verpleeghandelinge, gedrag en optredes rig aan te spreek en sluit ondermeer in: wedersydse respek, die skep van 'n vertrouensverhouding, effektiewe kommunikasie en interpersoonlike verhoudinge, aktiewe deelname aan besluitneming en probleem-plossing, aanmoediging van kreatiewe en innoverende denke, en aanvaarding van verantwoordelikheid en aanspreeklikheid binne spanverband.  <b>Stelling 3:</b> Die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem met die klem op 'n koesterende etos is deel van die doelbewuste skep van 'n milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer.</p>	<p>Skep van 'n konteks</p> <p>Gemeenskaplike waardesisteem</p> <p>Werksetiek</p> <p>Koesterende etos</p> <p>Verhoudinge</p> <p>Kultuur van stilswye</p> <p>Regte</p> <p>Gelyke behandeling</p> <p>Beeld van die verpleegpersoneel- en beroep</p> <p>Respek, openheid, toewyding, verbintenis</p> <p>Professioneel-etiese en wetlike raamwerk</p>

		<p><b>Stelling 4:</b> In die skep van 'n waarde gedrewe milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer behoort die regte van verpleegpersoneel binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging aangespreek te word.</p> <p><b>Stelling 5:</b> Die nastrewing van 'n positiewe beeld van die verpleegkundige as vrou met gelyke regte behoort aandag te kry as deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.</p>	
<p><b>Kategorie 2:</b> Professionele optrede binne etiese en wetlike raamwerk.</p>	<p><b>Subkategorie 2.1:</b> Professionele aanspreeklikheid (a)Professionele aanspreeklikheid met betrekking tot bestek van praktyk. (b) Professionele aanspreeklikheid met betrekking tot wetlike verpligtinge vir die handhawing van pasiëntregte.</p>	<p><b>Stelling 6:</b> Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking deur verpleegbestuur behoort verpleegpersoneel te ondersteun om binne 'n professioneel, etiese- en wetlike raamwerk op te tree in hul strewe na uitnemendheid. Hierin word die wette wat die verpleegpraktyk rig en beheer vervat, asook die regte van pasiënte en verpleegpersoneel.</p> <p><b>Stelling 7:</b> Dit is die verantwoordelikheid met gepaardgaande aanspreeklikheid van die verpleegpersoneel om aan die vereistes van wetgewing en die kode van professionele praktykvoering wat handelinge vir praktykvoering binne hospitaalkonteks rig, te voldoen. Verpleegpersoneelverryking behoort leemtes aan te spreek binne die</p>	<p>Professioneel-etiese en wetlike raamwerk</p> <p>Verrykingsproses</p> <p>Bewuswording -beraming van behoeftes, -die ontwikkeling van 'n gedeelde waardesisteem, -ontwikkeling van strategieë vir verandering, -implemtering van intervensies, asook -evaluering en terugvoer.</p> <p>Reflektiewe verpleegpraktisyns</p> <p>Effektiewe spanfunksionering</p> <p>Roluitklaring</p>

		<p>veeldimensionele konteks van die hospitaal.</p> <p><b>Stelling 8:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort daar gefokus te word op die ontwikkeling van die professionele beeld en optrede van die verpleegkundige.</p> <p><b>Stelling 9:</b> Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort gerig te wees op die ontwikkeling en ondersteuning van verpleegpersoneel as onafhanklike praktisyns met die doel om gesondheid te handhaaf en te bevorder en te herstel wanneer nodig.</p>	<p>Aktiewe betrokkenheid</p> <p>Harmonieuse samewerking</p> <p>Gedeelde visie, missie en doelwitte</p> <p>Reflektiewe denke</p> <p>Vennootskappe</p> <p>Motivering</p> <p>Selfvalueering</p> <p>Professionalisme</p> <p>Deelnemende probleemoplossing en besluitneming</p> <p>Verantwoordelikheid</p> <p>Aanspreeklikheid</p>
<b>Kategorie 3: Effektiewe spanfunksionering.</b>	<p><b>Subkategorie 3.1:</b> Effektiewe en doeltreffende spanwerk.</p> <p>(a) Roluitklaring.</p> <p>(b) Aktiewe betrokkenheid van spaniede.</p> <p>(c) Deelnemende besluitneming en probleemoplossing.</p> <p>(d) Reflektiewe denke en praktykvoering.</p> <p>(e) Harmonieuse samewerking binne die</p>	<p><b>Stelling 10:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan roluitklaring binne die gesondheidsorgspanne met gepaardgaande verantwoordelikheid en aanspreeklikheid as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging.</p> <p><b>Stelling 11:</b> Bevordering van die aktiewe betrokkenheid van verpleegpersoneel binne die gesondheidsorgspan behoort in die fasilitering van uitnemendheid in</p>	<p>Spanne</p> <p>Aktiewe deelname</p> <p>Reflektiewe denke</p> <p>Roluitklaring</p> <p>Harmonieuse samewerking</p>



	<p>span te bewerkstellig.  (f) Gedeelde visie, missie en doelwitte.  (g) Vennootskappe.</p>	<p>verpleegsorg aangespreek te word.  <b>Stelling 12:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag geskenk te word aan deelname van verpleegpersoneel aan besluitneming en probleemoplossing in die lewering van verpleegsorg sowel as die bestuur daarvan op alle vlakke van dienslewering.  <b>Stelling 13:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort die verpleegpersoneel gestimuleer en ondersteun te word in die ontwikkeling van reflektiewe denke, die generering van nuwe idees en verantwoordelike eksperimentering om verandering en vernuwing in die verpleegprakryk teweeg te bring.  <b>Stelling 14:</b> Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort te lei tot harmonieuse samewerking binne spanverband vir die effektiewe en doeltreffende bereiking van spandoelwitte.  <b>Stelling 15:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort daar aandag gegee te word aan die skep van strukture en sisteme vir effektiewe en doeltreffende spanfunksionering met die klem op roluitklaring, aktiewe deelname, en deelnemende besluitneming om 'n harmonieuse werksomgewing daar te stel.  <b>Stelling 16:</b> In die fasilitering van</p>	
--	---	---	--

		verpleegpersoneelverryking behoort die sluit van vennootskappe ter bevordering van uitnemendheid in verpleging aangemoedig te word.	
<b>Kategorie 4:</b> Vaardigheidsontwikkeling.	<p><b>Subkategorie 4.1:</b> Vermoëns. (a) Vaardighede. (b) Bestuursvaardighede. (c) Vaardighede om verandering te bestuur.</p> <p><b>Subkategorie 4.2:</b> Effektiewe stresshantering.</p> <p><b>Subkategorie 4.3:</b> Benutting van kliniese verpleegspesialiste.</p>	<p><b>Stelling 17:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort vaardigheidsontwikkeling aangespreek te word om verpleegpersoneel te ondersteun om op die hoogte te bly met die ontwikkeling in kliniese Verpleegkunde.</p> <p><b>Stelling 18:</b> Verpleegpersoneelverryking behoort te fokus op die ondersteuning van verpleegpersoneel in die ontwikkeling van bestuurs- en leierskapvaardighede binne 'n wetenskaplike benadering tot verpleging. Dit sluit kliniese verpleging, verplegingsbestuur-, -navorsing, en verpleegonderwys in.</p> <p><b>Stelling 19:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort verpleegpersoneel in staat gestel te word om die nodige vaardighede te ontwikkel in deelnemende bestuur.</p> <p><b>Stelling 20:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan vaardigheidsontwikkeling in veranderingsbestuur.</p> <p><b>Stelling 21:</b> Verpleegpersoneel behoort oor die nodige vaardighede te beskik om stres effektief binne die hospitaalkonteks te hanteer en om</p>	<p>Vaardigheidsontwikkeling</p> <p>Vermoëns</p> <p>Bestuursvaardighede</p> <p>Wetenskaplike verpleging</p> <p>Bestuurstyl</p> <p>Deelnemende bestuur</p> <p>Bestuur van verandering</p> <p>Kliniese verpleegspesialiste</p> <p>Vennootskappe</p> <p>Stresshantering</p> <p>Loopbaanbeplanning en beroepsbeplanning</p>

		<p>sodoende interpersoonlike verhoudinge te bevorder terwyl uitbranding voorkom word, en streshantering bevorder word.</p> <p><b>Stelling 22:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan die ontwikkeling en effektiewe benutting van kliniese verpleegspesialiste om verpleegpersoneel se potensiaal en vaardighede te ontwikkel vir uitnemendheid in verpleging.</p>	
<p><b>Kategorie 5:</b> Ondersteunende kommunikasieklimaat.</p>	<p><b>Subkategorie 5.1</b> Eienskappe en houdings. (a) Effektiewe kommunikasie- en interpersoonlike verhoudingsvaardighede. (b) Effektiewe persoonlike en professionele eienskappe en houdinge. (c) Die skep van 'n vertrouensverhouding. (d) Waardering van die persoon in eie reg. (e) Taalsensitiwiteit. (f) Spanbou deur sosialisering.</p>	<p><b>Stelling 23:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is die skep van effektiewe kommunikasie van kritiese belang en ondersteun dit die verpleegpersoneel om op 'n oop en vrymoedige wyse te kommunikeer. Effektiewe kommunikasie sluit terapeutiese en fasiliterende kommunikasie- en ondersteunende interpersoonlike vaardighede van al die lede van die span in.</p> <p><b>Stelling 24:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan die ontwikkeling van wedersydse begrip en entoesiasme vir spanwerk sowel as die uitlewing van 'n positiewe selfbeeld en selfhandhawende gedrag.</p> <p><b>Stelling 25:</b> Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort by te dra tot die skep van 'n</p>	<p>Ondersteunende kommunikasie klimaat</p> <p>Interpersoonlike vaardighede</p> <p>Kommunikasie vaardighede</p> <p>Persoonlike en professionele eienskappe</p> <p>Vertrouensverhouding</p> <p>Erkenning en waardering van persoon in eie reg</p> <p>Taalsensitiwiteit</p> <p>Professionele sosialisering in spanne</p> <p>Doelwitbereiking</p>

		<p>vertrouensverhouding binne spanverband.</p> <p><b>Stelling 26:</b> Die erkenning van spanlede as individue in eie reg verseker effektiewe deelname binne die multidissiplinêre span, en is deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.</p> <p><b>Stelling 27:</b> Verpleegpersoneelverryking behoort die erkenning van verskillende tale in 'n hospitaal konteks in te sluit en sodoende by te dra tot harmonieuse samewerking en gemeenskaplike doelbereiking.</p> <p><b>Stelling 28:</b> Professionele sosialisering van verpleegpersoneel op alle vlakke dra by tot die uitbou van interpersoonlike verhoudinge, die skep van 'n motiverende omgewing en gemeenskaplike doelwitbereiking, en is deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.</p>	
--	--	---	--

<p><b>Kategorie 6:</b> Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe.</p>	<p><b>Subkategorie 6.1:</b> Strategiese hulpbronnbestuur.  <b>Subkategorie 6.2:</b> Die skep van effektiewe en doeltreffende organisatoriese strukture en sisteme.  (a) Die skep van 'n struktuur en sisteem vir effektiewe en doeltreffende spanwerk.  <b>Subkategorie 6.3:</b> Die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike hulpbronne.  (a) Verpleegpersoneelbestuur.  (b) 'n Psigo-sosiale en emosionele ondersteuningsisteem.  <b>Subkategorie 6.4:</b> Risikobestuur.  <b>Subkategorie 6.5:</b> Effektiewe en doeltreffende bestuur van materiële hulpbronne.  (a) Uitnemende finansiële bestuursvaardighede.  (b) Die behoefte aan effektiewe en doeltreffende administratiewe ondersteuningsdienste.</p>	<p><b>Stelling 29:</b> Strategiese hulpbronnbestuur verseker 'n steunstelsel vir verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging.  <b>Stelling 30:</b> Effektiewe strukture en sisteme wat spanwerk bevorder behoort 'n klimaat te skep vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging.  <b>Stelling 31:</b> Wetenskaplike bestuur van menslike hulpbronne wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer vir uitnemendheid in verpleging sluit alle apekte van menslike hulpbronnbestuur in, ondermeer verpleegpersoneelvoorsiening wat voldoen aan wetenskaplike normes en standaarde, doeltreffende verpleegpersoneelplasing, akkurate verpleegpersoneelevaluering en evaluering van verpleegpersoneelprestasie en -erkenning, ontwikkeling van gesonde arbeidsverhoudinge, versekering van diensvoorwaardes, standaarde en beleid gerig op die bevordering van 'n gesonde leefwyse van verpleegpersoneel.  <b>Stelling 32:</b> In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort aandag gegee te word aan die skep van ondersteuningsisteme met die klem op emosionele, geestelike en psigiese ondersteuning van die</p>	<p>Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe</p> <p>Strategiese hulpbronnbestuur</p> <p>Effektiewe strukture en sisteme</p> <p>Bestuur-leierskap</p> <p>Kwaliteitsversekeringsprogramme</p> <p>Rol van die bestuur</p> <p>Wetenskaplike bestuur van menslike hulpbronne</p> <p>Emosionele, geestelike en psigiese ondersteuning van verpleegpersoneel</p> <p>Risikobestuur</p> <p>Finansiële bestuur</p> <p>Doeltreffende bestuur van administratiewe strukture en sisteme</p> <p>Ondersteuningsdienste</p>
--	--	---	--

		<p>verpleegpersoneel.</p> <p><b>Stelling 33:</b> In die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort aandag gegee te word aan effektiewe risikobestuur vir die werknemer en pasiënte.</p> <p><b>Stelling 34:</b> In die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort aandag gegee te word aan die doeltreffende en effektiewe finansiële bestuur.</p> <p><b>Stelling 35:</b> In die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe behoort aandag geskenk te word aan die effektiewe en doeltreffende bestuur van administratiewe strukture en sisteme, insluitend ondersteuningsdienste soos skoonmaakdienste, voorraad- en toerustingdienste, apteekdienste, portierdienste, 'n kommunikasiesisteem en 'n noodstelsel.</p>	
--	--	--	--

### **5.3 SAMEVATTEND**

In hoofstuk vyf is die bevindinge van kategorie 6 wat handel oor die verpleegbestuur se professionele rol en verantwoordelikheid in die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging voorgehou.

In hoofstuk ses word die model beskryf vanuit die bevindinge soos voorgehou in hoofstukke drie, vier en vyf. Die implementering, verfyning en evaluering van die model asook riglyne vir die operasionalisering daarvan word in hoofstuk sewe beskryf.

**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**HOOFSTUK SES**

**DIE BESKRYWING VAN 'N MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**6. 1 INLEIDING**

In hoofstukke drie, vier en vyf is die bevindinge van fase 1 voorgehou, wat handel oor die verkenning en beskrywing van die behoeftes en probleme van verpleegpersoneel binne 'n hospitaalkonteks wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid aangespreek behoort te word. Wetenskaplike begroning van die empiriese bevindinge is gedoen aan die hand van toepaslike literatuur, waarna samevattende stellings en 'n skematiese voorstelling van hoofkonsepte gemaak is. In tabel 5.1 is 'n opsomming gegee van die kategorieë, subkategorieë, samevattende stellings en hoofkonsepte wat geformuleer is.

In hoofstuk ses word die doelwit wat vir fase 2 gestel is bereik, naamlik die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die doel van hierdie model is die fasilitering van verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging binne 'n hospitaalkonteks. Die model word gesintetiseer en geïnferensieer vanuit hoofstukke drie, vier en vyf se bevindinge.

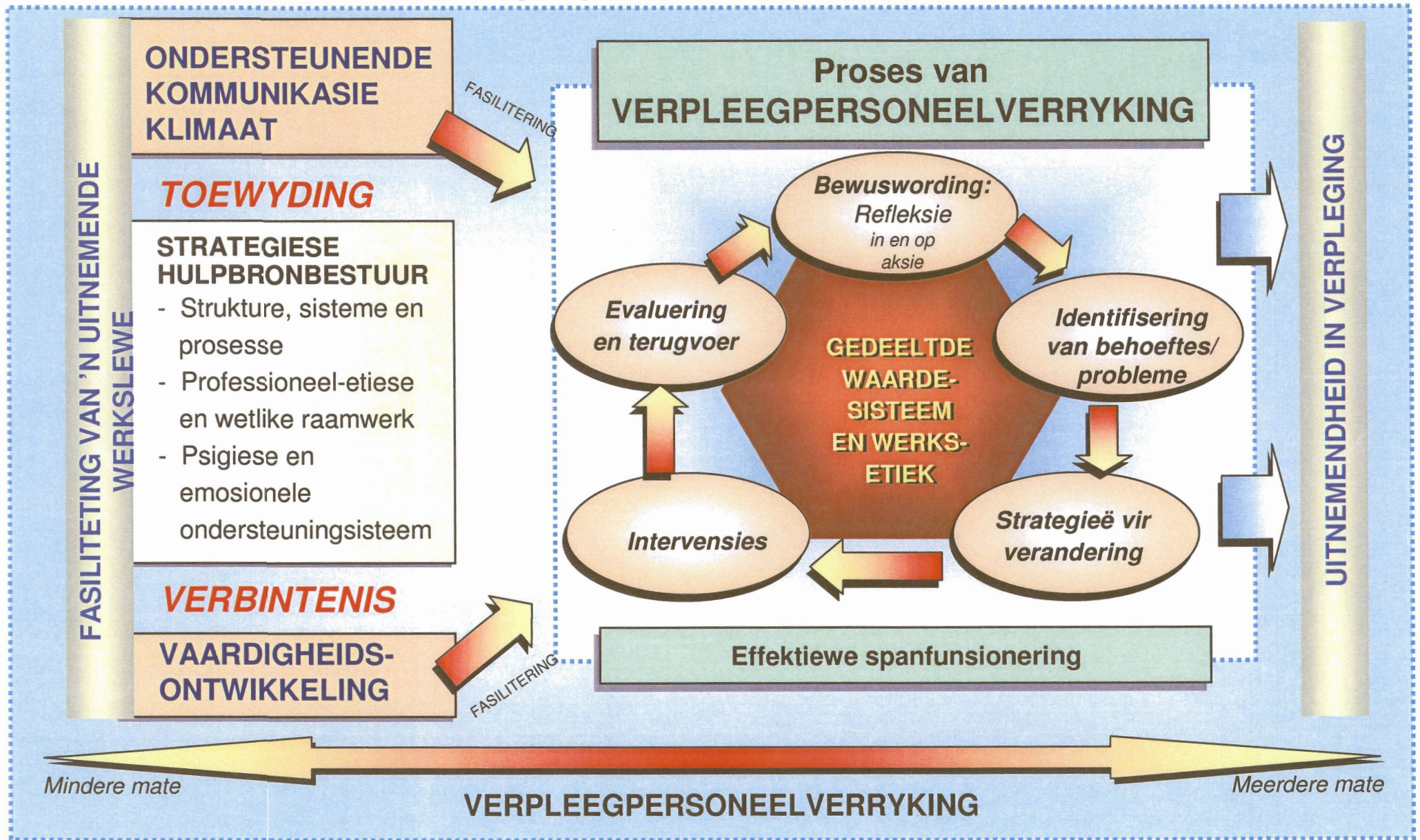


Die doel van fase 2 is om deur konseptualisering die sentrale betekenismente van die konsep *verpleegpersoneelverryking* binne 'n hospitaalkonteks op 'n logiese en sistematiese wyse asook die betekenis-samehange onderliggend aan die verskeidenheid van betekenismente op 'n logiese wyse te spesifiseer en duidelik te maak (Mouton & Marais, 1992:66; Morse & Field, 1996: 37).

Konseptualisering van die model sluit beide die uitklaring van konsepte asook die beskrywing van die verbandhoudendheid binne die konteks van die studie in (Mouton, 1996: 66). Die data wat in fase 1 ingesamel is het die grondslag gevorm vir die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging. In fase 2 van die studie word die konsepte wat in fase 1 na vore gekom het verbandhoudend tot mekaar in 'n raamwerk of model georden.

As bron van data-insameling in die studie is dus gebruik gemaak van 'n verskynselanalise van verpleegpersoneelverryking in die verpleging (konsepanalise) deur middel van empiriese bevindinge. 'n Analise van literatuur is uitgevoer om empiriese bevindinge wetenskaplik te begrond. Deur die verloop van die beskrywing van die bevindinge is ses stelle kategorieë-stellings geformuleer. 'n Totaal van 35 stellings word in tabel 5.1 weergegee. Hierdie stellings is benut om op 'n deduktiewe wyse die model vir verpleegpersoneelverryking in verpleging te ontwikkel. Vervolgens word die aannames waarop die model gegrond is, 'n beskrywing van die model, sowel as die struktuur, konsepte en verhoudinge, prosesse en uitkomstes beskryf.

# VERPLEGING BINNE HOSPITAALKONTEKS



**Figuur 6.1** : Model vir verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging

## 6.2 AANNAMES VAN DIE MODEL

Die navorser het nie enige teorie of modelle as vertrekpunt vir die studie voorgehou nie omrede dit die studie in 'n bepaalde rigting kon stuur en die sukses daarvan kon beïnvloed. Die sosiale aard van die realiteit, verhoudinge, waardes, belewenisse, ervarings en betekenis van die empiriese wêreld word binne die konteks van 'n hospitaal verken.

Die studie vind plaas binne die hospitaal waar die verpleegpersoneel hul professionele rol en verantwoordelikhede vervul binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie in Suid Afrika.

Die aanname wat die navorser voorhou is dat:

- verpleegpraktykvoering binne die regulasies wat die *bestek van praktyk* en die reëls wat *handeling en/of versuime* voorskryf plaasvind;
- verpleegpersoneel verantwoordelik en aanspreeklik is vir eie handeling en/of versuime;
- verpleegpersoneel volgens praktykstandaarde beoordeel word en daarmee ook aanspreeklikheid aanvaar vir eie optrede of handeling, ooreenkomstig die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegberoep; en
- vaardigheid alleen nie voldoende is nie, maar dat die verpleegpersoneel voortdurend streef na uitnemendheid.

## 6.3 BESKRYWING VAN DIE MODEL

### 6.3.1 Konteks van die model vir verpleegpersoneelverryking

Die *konteks* waarbinne die model beskryf word verwys eerstens na die konteks van verpleegkunde wat die

wetenskaplike kennisinhoud is wat verpleging en verpleeghandelinge rig. Tweedens verwys die konteks ook na die konteks waarbinne die studie plaasvind naamlik die tydruimtelike en waardekonteks van die Kalafong Hospitaal.

Die skep van 'n milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer is daarop gerig om verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid in verpleging. Binne die studie is die sentrale fokuspunt van die model verpleegpersoneelverryking waarby daar twee kritiese aspekte betrokke is naamlik: (a) die fasilitering van 'n uitnemendende werkslewe en waar (b) prosesse van verpleegpersoneelverryking plaasvind (verwys figuur 6.1).

### **6.3.2 Oorsigtelike beskrywing van die model**

Dit is die verantwoordelikheid van die verpleegbestuur van die hospitaal om 'n milieu te skep wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer. Beide die verpleegbestuur en die verpleegpersoneel van die hospitaal het dieselfde doel naamlik die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging.

Ten einde die doel te bereik skep die verpleegbestuur 'n milieu vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en die verpleegpersoneel gebruik dit wat tot hulle beskikking is as steunstelsel in hul strewe na uitnemendheid in verpleging. Deel van die skep van 'n ondersteunende werksmilieu is die verantwoordelikheid van die verpleegbestuur om 'n uitnemende werkslewe te fasiliteer. Daar word ondermeer verwys na die doelmatige en effektiewe bestuur van hulpbronne, die skep van strukture, sisteme, standaarde, en prosesse ondersteunend tot verpleegpersoneelverryking. Deel van die strukture en sisteme behoort te fokus op

spanbestuur, aktiewe betrokkenheid, deelnemende besluitneming en deelnemende bestuur.

Kritiese aspekte in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is, die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem, die skep van 'n ondersteunende kommunikasie klimaat, vaardigheidsontwikkeling en strategiese hulpbronbestuur. Beide verpleegpersoneel en verpleegbestuur behoort oor sekere persoonlike en professionele eienskappe te beskik vir die effektiewe en doelmatige fasilitering van 'n ondersteunende kommunikasie klimaat wat bydra tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

Die proses van verpleegpersoneelverryking is siklies en kan in ses verskillende fases ingedeel word: bewuswording van behoeftes deur refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie, beraming van behoeftes of probleme, die ontwikkeling van 'n gedeelde waardesisteem, ontwikkeling van strategieë vir verandering, implementering van intervensies, asook evaluering en terugvoer. Hierdie proses fasiliteer verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging. Die verrykingsproses is nooit voltooid nie. Voortdurende beweging na opeenvolgende vlakke wat lei tot hoër kwaliteit van verpleegsorg is noodsaaklik.

Die toewyding en verbintenis van verpleegpersoneel tot uitnemende verpleging is geïntegreer in al die prosesse van die model. Hierdie toegewydheid en verbintenis van die bestuur en die verpleegpersoneel het sy oorsprong in die waardesisteem van verpleging en dra by tot die mate wat verpleegbestuur verpleegpersoneelverryking fasiliteer en tot watter mate die verpleegpersoneel gebruik maak van dit wat tot hulle beskikking is.

### **6.3.3 Die struktuur van die model vir verpleegpersoneelverryking**

Die *struktuur van die model* bestaan uit elemente, en die elemente verwys na konsepte en stellings en hul verhouding tot mekaar. Die sentrale konsep en verwante konsepte word vervolgens voorgehou.

#### *6.3.3.1 Sentrale konsep en verwante konsepte*

##### *(a) Sentrale konsep: 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, vaardigheidsontwikkeling, positiewe motivering en strukture, sisteme en prosesse wat aktiewe deelname in spanverband, deelnemende besluitneming, deelnemende bestuur verseker binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk.

Verpleegpersoneelverryking word gedemonstreer deur vaardige reflektiewe verpleegpraktisyns, effektiewe interpersoonlike verhoudinge en kommunikasie, werksbevrediging, verantwoordelike en verantwoordbare optrede, selfvertroue, reflektiewe denke, lewenslange leer en

uitnemendheid in verpleging binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie.

*(b) Verwante konsepte*

□ **Fasilitering**

*Fasilitering* verwys na 'n proses om dinge makliker te maak om 'n doel te bereik of 'n proses wat in werking gestel word om behoeftes, probleme en struikelblokke aan te spreek en bystand te verleen. Fasilitering is 'n dinamiese interaktiewe proses om verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid deur die skep van 'n milieu wat bydra tot 'n uitnemende werkslewe as steunstelsel vir verpleegpersoneel. Dit sluit die mobilisering van hulpbronne in.

□ **Gesondheidsorgspan**

Die verpleegpersoneel vervul hul professionele rol en verantwoordelikhede as deel van 'n *gesondheidsorgspan* binne die konteks van die hospitaal. Die span sluit die pasiënt, binne gesins- en gemeenskapsverband in. Die span sluit ook individue van ander gesondheids dissiplines in wat op alle vlakke saamwerk sodat die pasiënt die voordeel van hul unieke spesialiskennis en -vaardighede ontvang. Administratiewe beamptes en personeel van ondersteunende dienste vorm ook deel van die span. Verpleegbestuur op alle vlakke van funksionering maak deel uit van die gesondheidspan. Die wyse waarop die spanne funksioneer is ondersteunend en dra by tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. 'n Spanbenadering laat 'n groter mate van verantwoordelikheid en aanspreeklikheid op grondvlak toe, met 'n groter mate van besluitnemingsmagte. Reflektiewe denke om verandering op grondvlak teweeg te bring word binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk

aangemoedig. Vir die effektiewe fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort daar aandag gegee te word aan wetenskaplike verpleging, reflektiewe denke en spanwerk. Effektiewe spanwerk laat dialoog toe vir leer, benutting van hulpbronne, sosiale kohesie, stimulerende samewerking, en die vorming van netwerke en vennootskappe.

#### □ **Verpleegpersoneel**

*Verpleegpersoneel* is professionele praktisyns wat verantwoordelik en aanspreeklik is as deel van die gesondheidsorgspan. Hulle tree op binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie ten einde uitnemende sorg te kan lewer. Die verpleegpersoneel gebruik dit wat in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking tot hul beskikking gestel word as steunstelsel in hul strewe na uitnemendheid in verpleging. Die verpleegpersoneel sluit in alle kategorieë van verpleegkundiges waarvoor die Wet op Verpleging en regulasies (Wet 50 van 1987, soos gewysig) voorsiening maak. Die verantwoordelikhede en verantwoordbare optrede van verpleegpersoneel word vervat in die regulasie: *Bestek van praktyk* (Suid Afrikaanse Raad op Verpleging, Goewermentskennisgewing R2598 van 30 November 1984, soos gewysig).

#### □ **Verpleegbestuur**

*Verpleegbestuur* verwys na verpleegbestuur op alle vlakke van funksionering in die hospitaal. Die verpleegbestuur gebruik effektiewe bestuur en leierskap vermoëns om verpleegpersoneelverryking te fasiliteer. Die verpleegbestuur is verantwoordelik vir die fasilitering van 'n uitnemende



werkslewe; strategiese hulpbronbestuur; effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike en materiële hulpbronne; vaardigheidsontwikkeling; die skep van 'n ondersteunende kommunikasie klimaat; die skep van bevorderlike organisatoriese strukture; sisteme en prosesse vir spanbestuur; die skep van 'n gemeenskaplike waardesisteem op grondvlak; tot ondersteuning van die funksionering van die verpleegpersoneel. Die beskikbaarheid en die wyse waarop die hulpbronne bestuur word bepaal tot watter mate die verpleegpersoneel dit ondersteunend tot verpleegpersoneelverryking kan benut vir uitnemendheid in verpleging.

□ **Fasilitering van 'n uitnemende werkslewe**

In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word die konsep *fasilitering van 'n uitnemende werkslewe* ingesluit wat handel oor die rol en verantwoordelikheid van die hospitaal as werkgewer en verpleegbestuur in die effektiewe en doeltreffende bestuur van hulpbronne.

□ **Strategiese hulpbronbestuur**

Strategiese hulpbronbestuur integreer verskeie funksies vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging. Funksionele uitnemendheid van die verpleegpersoneel is een faset daarvan. Die oorhoofse integrasie en bestuur van die hulpbronne binne die hospitaal is ondersteunend van en bevorderlik tot die strewe na uitnemendheid in verpleging.

#### □ **Bestuurstrukture, sisteme en prosesse**

Die herstrukturering en of ontwikkeling van deelnemende bestuurstrukture, sisteme en prosesse behoort die fasilitering van verpleegpersoneelverryking te ondersteun. Dit sluit effektiewe spanbestuur, deelnemende probleem-oplossing en deelnemende besluitneming in. Verantwoordelike eksperimentering om die veranderende behoeftes van die verpleegpersoneel aan te spreek en die kweek van 'n gevoel van dringendheid om die verandering te weeg te bring is bevorderlik vir die verryking van die verpleegpersoneel.

#### □ **Vaardigheidsontwikkeling**

Doelmatige en effektiewe vaardigheidsontwikkelingsprogramme dra by tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en uitnemendheid in verpleging. Vaardigheidsontwikkeling in die konteks van die studie hang af van die volgehoue insette van die verpleegbestuur en spanlede om by te dra tot die ontwikkeling van verpleegpersoneel binne spanverband as deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging. Vaardigheidsontwikkeling kan op formele en informele wyses geskied deur gebruik te maak van hulpbronne binne en buite die hospitaal en te fokus op: **kliniese verpleging, verpleegbestuur, -navorsing en -onderrig.**

#### □ **Psigiese en emosionele ondersteuningsisteme**

Ondersteuningsisteme verwys na sisteme wat in plek is om die verpleegpersoneel van die hospitaal by te staan in die uitvoering van hul professionele rol en verantwoordelikheid,

met die klem op 'n ondersteuningsstelsel wat voorsiening maak vir emosionele, geestelike en psigiese ondersteuning. In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort hierdie steunstelsel die verpleegpersoneel as 'n groep individue in die bevordering van hulle psigiese, geestelike en emosionele gesondheid, te ondersteun.

□ **Toewyding en verbintenis van beide verpleegbestuur en verpleegkundiges**

Dit verg toegewytheid en verbintenis van die verpleegbestuur van die hospitaal om te belê in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. Hierdie toegewytheid en verbintenis dra by tot uitnemendheid in verpleging.

□ **Uitnemendheid**

Kwaliteit of gehalte in verpleging verwys na die kenmerke van uitnemendheid en hou verband met die verpleegpersoneel se voortdurende streef daarna. Uitnemendheid hou verband met ontwikkeling in kliniese verpleging, verpleegbestuur, -navorsing en -onderrig binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging ten einde te voldoen aan die veranderende behoeftes van die pasiënte. Uitnemendheid in verpleging hang af van die verpleegpersoneel se kennis van vaardigheid in, en in houding teenoor vooruitgang in verpleging. Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking behoort verpleegpersoneel te steun in hul streef na uitnemendheid in verpleging.

□ **Professioneel-etiese en wetlike raamwerk**

Die wetlike raamwerk van die verpleegpraktyk is deel van die waardes in die verpleegprofessie wat as handelingsriglyne

dien. Professionele aanspreeklikheid verwys na die verantwoordelike wyse van optrede deur 'n verpleegkundige, om rekenskap te gee vir handeling en/of versuime, om volgens praktykstandaarde beoordeel te word en daarmee ook aanspreeklikheid te aanvaar vir eie optrede of handeling, dienooreenkomstig die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging in Suid Afrika. Hierin word die wette wat die verpleegpraktyk rig en beheer en regte van pasiënte en verpleegpersoneel vervat.

□ **Gedeelde waardesisteem en werksetiek**

Die gedeelde waardesisteem spreek die professionele, sosiale en individuele waardes aan wat verpleeghandeling, gedrag en optredes rig, en sluit ondermeer in: wedersydse respek, die skep van 'n vertrouensverhouding, effektiewe kommunikasie en interpersoonlike verhoudinge, aktiewe deelname in besluitneming en probleemoplossing, aanmoediging van kreatiewe en innoverende denke, en aanvaarding van verantwoordelikheid en aanspreeklikheid binne spanverband. Die handhawing van 'n waardesisteem dra by tot die skep en uitbou van 'n vertrouensverhouding met die pasiënt en ander lede van die gesondheidsorgspan. Die gedeelde waardesisteem sluit in die konsepte van 'n koesterende etos en werksetiek. Dit rig die verpleegaktiwiteite en die wyses van interaksie tussen lede van die multidissiplinêre span. Hierdie waardesisteem bepaal die wyse waarop die verpleegpersoneel verpleeghandeling uitvoer en derhalwe die mate waartoe uitnemendheid bereik word. 'n Gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek is een van die kritiese faktore vir sukses in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

#### □ **Ondersteunende kommunikasie klimaat**

'n Ondersteunende kommunikasieklimaat is van kritiese belang in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. 'n Ondersteunende kommunikasieklimaat verwys na effektiewe terapeutiese en fasiliterende kommunikasievaardighede, asook interpersoonlike verhoudingevaardighede wat deur lede van die span geopenbaar word om op 'n effektiewe wyse in interaksie te tree met andere, en by te dra tot harmonieuse samewerking. Dit is gebaseer op beginsels soos wedersydse respek, vertrouwe, eerlikheid, bedagsaamheid, waardering vir ander, en opregtheid.

##### *6.3.3.2 Die aard van die struktuur van die model*

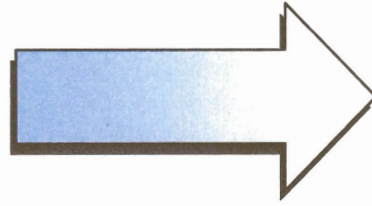
Die struktuur en prosesse van die model word as volg voorgelê. Verpleegpersoneelverryking vind binne 'n konteks van verandering en op 'n kontinuum plaas. Voortdurende groei en ontwikkeling vind binne die struktuur plaas soos wat dit deur die verpleegpersoneel gereflekteer word.

##### *(a) Strukturele omgewing*

Die verbandhoudende konsepte vir die strukturele omgewing word in 'n diagram met drie komponente voorgelê om hul verbandhoudendheid tot mekaar aan te toon. Die strukturele omgewing toon die steunstelsels en die verbandhoudendheid tot die fasilitering van die proses van verpleegpersoneelverryking binne die konteks van 'n hospitaal aan.

##### *(b) Rigtinggewendheid*

Die rigtinggewendheid van die model word met pyle aangetoon.

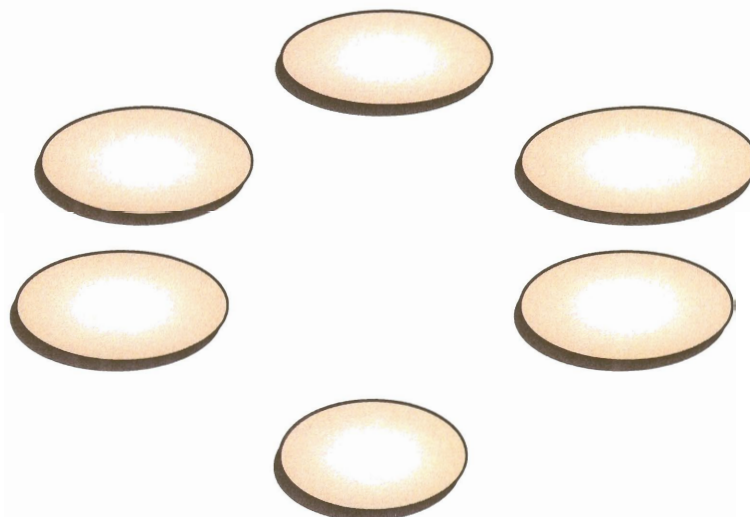


Die pyle dui op die rigtinggewendheid van die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe, en dra by tot die proses van verpleegpersoneelverryking.

*(c) Voorstelling van die sirkulêre eienskappe van die prosesse*

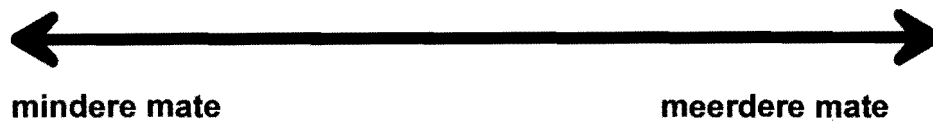
Binne die model dui die sirkulariteit op prosesse wat as gevolg van voortdurende aksies plaasvind. Die proses van verpleegpersoneelverryking begin met refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie, die identifisering van die behoeftes en probleme, die ontwikkeling van strategieë vir verandering, implementering, evaluering en terugvoer wat op 'n gedeelde waardesisteem en werksetiek gebaseer is. Elke keer as hierdie proses voltooi word lei dit tot verdere groei en ontwikkeling van kennis en vaardighede met verdere steun tot uitnemendheid in verpleging.

Die sirkulêre aard van die model is gesetel in effektiewe kommunikasievaardighede en interpersoonlike vaardighede binne spanverband.



*(d) Voorstelling van 'n verpleegpersoneelverrykingskontinuum*

Binne die stuktuur word verpleegpersoneelverryking op 'n mindere tot meerdere mate kontinuum geplaas en dui die wisseling van verpleegpersoneelverryking aan. Verpleegpersoneelverryking binne die hospitaalkonteks behoort voortdurend op die kontinuum te wissel ten einde tred te hou met die voortdurende eise en veranderinge wat deurlopend binne hospitaalkonteks plaasvind.



#### **6.3.4 Verhoudingstellings van die model**

Die volgende verhoudinge word beskryf om die verwantskap tussen die konsepte van die model aan te toon:

- Die verpleegbestuur speel 'n belangrike rol in die intensionele skep van 'n milieu vir die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe wat rigtinggewend is tot die proses van verpleegpersoneelverryking met spesifieke klem op die skep van 'n ondersteunende kommunikasieklimaat, strategiese hulpbronbestuur en vaardigheidsontwikkeling.
  
- Die skep van 'n ondersteunende kommunikasie klimaat is deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking en verwys na effektiewe terapeutiese en fasiliterende kommunikasie en interpersoonlike verhoudingsvaardighede wat deur lede van die span geopenbaar word om op 'n effektiewe wyse in interaksie te tree met andere.
  
- Strategiese hulpbronbestuur integreer verskeie aksies vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging en is 'n rigtinggewende krag wat al die bestuursaktiwiteite.
  
- In die skep van 'n konteks wat bevorderlik is vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word aandag gegee aan die skep van bestuur-strukture, sisteme en prosesse as steunstelsel vir die proses van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging.
  
- Deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is die skep van ondersteuningsisteme vir verpleegpersoneel wat verwys na sisteme wat in plek is om die verpleegpersoneel van die hospitaal by te staan in die uitvoering van hul professionele rol en verantwoordelikheid, met die klem op 'n emosionele, geestelike en psigiese ondersteuningstelsels.
  
- Deel van die fasilitering van 'n verpleegpersoneelverryking is die volgehoue insette van verpleegbestuur en



gesondheidsorgspanlede om by te dra tot die proses van verpleegpersoneelverryking.

- In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word aandag gegee aan die ontwikkeling van professionele optrede met gepaardgaande professionele verantwoordelikheid en aanspreeklikheid dienooreenkomstig die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging.

- Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking verg verbintenis en toegewydheid van beide verpleegbestuur en verpleegpersoneel.

- Verpleegpersoneelverryking word gedemonstreer deur vaardige reflektiewe verpleegpraktisyns, effektiewe interpersoonlike verhoudinge en kommunikasie, werksbevrediging, verantwoordelike en verantwoordbare optrede, selfvertroue, reflektiewe denke, lewenslange leer en die strewe na uitnemendheid in verpleging binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie.

- Verpleegpersoneelverryking is 'n sirkulêre proses en vind plaas deur: refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie, beraming van behoeftes of probleme, die ontwikkeling van strategieë vir verandering, implementering, asook evaluering en terugvoer.

- Die verpleegpersoneel funksioneer nie in isolasie nie en vervul hul professionele rol en verantwoordelikhede as deel van 'n gesondheidsorgspan binne die konteks van die hospitaal en sluit die pasiënt binne gesins- en gemeenskapsverband in. Die houding en optrede van lede van die gesondheidsorgspan het 'n invloed op die wyse waarop

verpleegpersoneel hul professionele rol en verantwoordelikheid vervul.

- 'n Effektiewe verpleegspan binne gesondheidsorgspanverband laat dialoog toe vir effektiewe leer, benutting van hulpbronne, sosiale kohesie, stimulerende samewerking, netwerke en vennootskappe asook wetenskaplike verpleging binne 'n professioneel-etiese en wetlik raamwerk van verpleging.

- Die verpleegpersoneel gebruik dit wat in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking tot hul beskikking gestel word as steunstelsel in hul strewe na uitnemendheid in verpleging.

- Grondliggend tot die proses van verpleegpersoneelverryking is die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek wat dien as handelingsriglyne vir die verpleegpersoneel binne gesondheidsorgspan verband.

- Verpleegpersoneel streef nie net om hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n bevoegde wyse te vervul nie, maar na uitnemendheid in verpleging wat verband hou met verpleegsorg, -bestuur, -navorsing en -onderrig binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging.

- Verpleegpersoneelverryking wissel op 'n kontinuum en die mate waartoe verpleegpersoneelverryking plaasvind wissel van 'n mindere tot 'n meerdere mate, en word beïnvloed deur die toegewydheid en verbintenis van al die lede van die gesondheidsorgspan tot die proses van fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

### 6.3.5 Prosesbeskrywing van die model

Die verpleegpersoneel benut dit wat tot hul beskikking gestel word in die proses van fasilitering van verpleegpersoneelverryking as steunstelsel in hul strewe na uitnemendheid.

Beide die verpleegbestuur van die hospitaal en die verpleegpersoneel het dieselfde doel naamlik die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir uitnemendheid in verpleging. In die proses van fasilitering van verpleegpersoneelverryking word aandag gegee aan die intensionele skep van 'n konteks wat die verpleegpersoneel ondersteun. Die intensionele skep van 'n konteks wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer dien as steunstelsel vir verpleegpersoneel om hul professionele rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul.

In die intensionele skep van 'n konteks word aandag aan die strategiese hulpbronbestuur gegee om strukture, sisteme en prosesse te skep wat ondersteunend is tot verpleegpersoneelverryking en wat fokus op die spanbestuur waarby verpleegpersoneel aktief betrokke is, en waar deelnemende besluitneming en deelnemende bestuur plaasvind. In die intensionele skep van 'n konteks word besondere aandag gegee aan die skep van 'n ondersteunende kommunikasieklimaat en vaardigheidsontwikkeling wat bydra tot verpleegpersoneelverryking. Die doelmatige en effektiewe skep van strukture, sisteme en prosesse in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking dien as rigtinggewende krag.

Die proses van verpleegpersoneelverryking dui op die bewuswording van behoeftes deur refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie, beraming van behoeftes of probleme, die ontwikkeling van 'n gedeelde waardesisteem, ontwikkeling

van strategieë vir verandering, implementering, asook evaluering en terugvoer.

Die proses van verpleegpersoneelverryking dra by tot die ontwikkeling van vaardige, reflektiewe verpleegpersoneel met effektiewe interpersoonlike verhoudinge en kommunikasievaardighede, verantwoordelike en aanspreeklike optrede wat voortdurend strewende na uitnemendheid in verpleging binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie. Verder lei die proses tot 'n verbreking van die kultuur van stilswye, 'n gevoel van oplewing asook die positiewe bevestiging van 'n gevoel van aanvaarding, waardering, koestering, en om te behoort aan 'n span met 'n gedeelde waardesisteem en werksetiese. Dit lei verder tot die ontwikkeling van verpleegpersoneel wat met selfvertroue probleme kan identifiseer en effektief tot besluitneming kan kom ten einde verandering teweeg te bring.

In die proses van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word aandag gegee aan die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiese wat 'n integrale deel van verpleeghandelinge is en handelinge binne spanverband rig. Die proses bevorder effektiewe spanwerk en laat dialoog toe vir effektiewe leer, benutting van hulpbronne, sosiale kohesie, stimulerende samewerking, netwerke en vennootskappe.

Verpleegpersoneelverryking wissel op 'n kontinuum. Die mate waartoe verpleegpersoneelverryking plaasvind wissel van 'n mindere tot 'n meerdere mate. Verpleegpersoneelverryking hang af van die toegewydheid en verbintenis van al die lede van die gesondheidsorgspan tot die proses van fasilitering van verpleegpersoneelverryking.

Die fasilitering van verpleegpersoneelverryking dien as steunstelsel vir verpleegpersoneel in hul strewe na uitnemendheid, en hou verband met wetenskaplike verpleging: kliniese verpleging, verpleegbestuur, -navorsing, en -onderrig binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie.

### **6.3.6 Evaluering van die Model**

Die model is in vier sale binne die hospitaal geïmplementeer. Die sale is nie deur die navorser geselekteer nie, maar deur die verpleegbestuur aan die navorser toegewys om vertrouenswaardigheid te bevestig. Die model is met verloop van die implementering aan die verskillende eenhede voorgehou vir evaluering en implementering.

#### *6.3.6.1 Duidelikheid*

##### *6.3.6.1.1 Semantiese duidelikheid*

Die verpleegpersoneel binne die geselekteerde eenhede het aangetoon dat hulle die konsepte rondom die model begryp. Die proses van verpleegpersoneelverryking is benut om verandering in die eenhede teweeg te bring. Die verpleegpersoneel het in die proses die hulpbronne tot hul beskikking benut om verandering teweeg te bring.

##### *6.3.6.1.2 Semantiese konsekwentheid*

In die beskrywing van die model het die navorser gepoog om elke komponent van die model op 'n sistematiese en logiese wyse te beskryf. Die komponente van die model verwys na konsepte, aannames, verhouding stellings, struktuur en proses.

#### *6.3.6.1.3 Strukturele duidelikheid*

Die hoofkonsep van die model handel oor verpleegpersoneelverryking wat op sy beurt handel oor die proses en die fasilitering daarvan. Die klem in die studie val op die proses van verpleegpersoneelverryking wat ondersteun word deur die intensionele fasilitering daarvan.

#### *6.3.6.1.4 Strukturele konsekwentheid*

Die hoofstruktuur in die model naamlik verpleegpersoneelverryking is deurgaans duidelik beskryf.

### **6.3.6.2 Eenvoud**

In die beskrywing van die model is daar een hoofkonsep met 14 verbandhoudende konsepte geïdentifiseer. Die implementering van die model verg toegewydheid en verbintenis om die verpleegpersoneel te ondersteun in hulle strewe na uitnemendheid en is nie noodwendig 'n maklike proses nie.

### **6.3.6.3 Algemeenheid**

Die model is in die konteks van Kalafong Hospitaal ontwikkel, maar kan moontlik vanweë algemene behoeftes en probleme in ander afdelings van die gesondheidsorgsektor.

### **6.3.6.4 Bruikbaarheid van die model**

Die model is in vier sale binne die hospitaal geïmplementeer. Die sale is nie deur die navorser geselekteer nie, maar deur die hospitaalbestuur aan die navorser toegewys, dit het

bygedra om die vertrouenswaardigheid van die studie te verhoog.

Die model is stelselmatig oor 'n tydperk van 18 maande geïmplementeer om die empiriese bruikbaarheid te bepaal. Die uitkomstes van die implementering van die model is nie gemeet nie.

### **6.3 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die model vir verpleegpersoneelverryking beskryf. In hoofstuk sewe word die implementering van die model beskryf asook die evaluering en verfyning.

**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**HOOFSTUK SEWE**

**VALIDERING EN VERFYNING VAN 'N MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**7.1 INLEIDING**

In hoofstuk sewe word doelwit drie van die studie bereik naamlik die validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die beskrywing van riglyne vir operasionalisering van die model word ook in hierdie hoofstuk aangespreek.

Die model is in vier sale oor 'n tydperk van 18 maande binne die Kalafong Hospitaal geïmplementeer. Die uitkomstes van die implementering is nie gemeet nie.

**7.2 DIE PROSES VAN IMPLEMENTERING VAN DIE MODEL**

Die validering en verfyning van die model is gedoen deur dit te implementeer. Vier verpleegeenhede is deur die verpleegbestuur van die hospitaal geselekteer vir die doel. Die navorser het gedurende die proses van implementering as fasiliteerder en konsultant opgetree .

In samewerking met die betrokke eenheidsbestuurders is weeklikse groepsessies in die onderskeie verpleegeenhede geskeduleer. Die tyd vir die groepsessies in die onderskeie



eenhede is deur die verpleegpersoneel bepaal, en het afgehang van hulle verplegingsaktiwiteite en beskikbaarheid. Die sessies is in die onderskeie eenhede gehou en is deur alle kategorieë verpleegpersoneel asook verteenwoordigers van die multidissiplinêre span bygewoon (Bylae K). Die sessies het weekliks plaasgevind oor 'n tydperk van agt maande. Die keuse van 'n vertrekpunt ten opsigte van die implementering van die model is aan elkeen van die vier eenhede oorgelaat. Al die eenhede het verkies om te begin met die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werketiek, omdat dit hul handeling en die optredes binne spanverband rig.

In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking is aandag gegee aan die prosesse om verpleegpersoneel te ondersteun om verandering op grondvlak teweeg te bring. In die implementering van die model is met die bestuur ooreengekom dat spanne vryheid kan geniet om strategieë te ontwikkel en te implementeer. Verpleegbestuur het die verpleegpersoneel in die proses ondersteun.

Deur met die spanne saam te werk is aktiewe deelname in die proses verseker. As gevolg van eise in die praktyk, rotasie stelsel, fleksie-tyd stelsel en diensverlating was dit nie altyd moontlik om al die spanlede te betrek nie. Die rotasie stelsel van verpleegtoewysing het die proses van implementering bemoeilik.

Met die klem op aktiewe deelname en die skep van 'n ondersteunende kommunikasieklimaat is begin met die eerste stap van die proses vir die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werketiek. Om te poog dat lede mekaar vir probleme blameer nie, en verhoudinge vertroebel word, is besluit om 'n strategie te gebruik wat deur

Fonn en Xaba (1995) beskryf is. Die proses het toegelaat dat al die lede van die gesondheidsorgspan met vertroue kon deelneem en uiteindelik probleme kon identifiseer en aanspreek. Die navorser het self die proses gefasiliteer omdat 'n vertrouensverhouding reeds opgebou is met die verpleegspan.

Die doel van die werksessies was elke keer uitgeklaar met die aanvang van die groepsessies en ingeligte toestemming is verkry van die groeplede. Reëls is met die aanvang van die groepsessies uitgeklaar om deelname van al die spanlede te verseker. Die eerste sessie in elk van die eenhede is begin deur die sorgvuldige keuse van 'n toegepaste Afrika gedig (verwys Bylae K vir 'n voorbeeld).

### **7.2.1 Stappe in die proses: Bewuswording van 'n probleem**

#### *(a) Refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie*

In die groepsessies is eerstens gefokus op behoeftes en probleme wat voorkom binne die multidissiplinêre gesondheidsorgspan deur gebruik te maak van 'n proses waar gedigte deur die navorser voorgehou is binne 'n kultuurdiverse konteks. Die gedigte is vooraf deur die navorser geselekteer uit die werk van Fonn en Xaba (1995). Daarna is oorgegaan om dit spesifiek toe te pas op die hospitaalkonteks, en te besin oor hoe dit die handeling, gedrag en optredes binne spanverband beïnvloed. Vanuit die refleksie is daar binne die spanne 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek spesifiek vir elke eenheid ontwikkel.

Daar is baie faktore wat waardes beïnvloed en wat 'n invloed het op handeling en optredes binne die gesondheidsorgspan.

Die navorser het die deelnemers in groepsverband laat reflekteer oor:

- Die redes waarom hulle gesondheidsorgwerkers geword het.
- Die faktore in die samelewing wat die handeling, optredes en besluitneming binne die gesondheidsorgspan beïnvloed.

Om dialoog tussen die lede van die gesondheidsorgspan te begin is die volgende vrae gestel:

- Wat dink julle is die verhouding tussen die lede van die gesin?
- Hoekom dink julle tree hulle so op?
- Hoe voel julle hieroor?
- Hierdie mense word in die hospitaal opgeneem. Hoe beïnvloed dit hulle optrede?.
- Hoe beïnvloed dit julle optrede teenoor hulle?
- Hoe beïnvloed dit die siening van en optrede tussen lede van die gesondheidsorgspan?

Die hoofkonsepte wat na vore getree het in die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek was:

- Verantwoordelike en verantwoordbare optrede binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk.
- Wedersydse respek.
- Effektiewe kommunikasie en interpersoonlike verhoudinge.

- Houidinge soos: openheid, toegewydheid, verbintenis, eerlikheid.
- Uitnemende sorg.
- Volgehoue opleiding en ontwikkeling van vaardighede.
- Professionele sosialisering.
- Terapeutiese omgewing.

*(b) Strategieë vir verandering*

Na die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek deur die gesondheidsorgspanne, is oorgegaan om strategieë vir verandering te bepaal. Hierdie strategieë het voorsiening daarvoor gemaak om die behoeftes en probleme wat na vore getree het weens 'n gebrek aan 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek aan te spreek.

Die spanne het besluit om die behoeftes en probleme wat vanuit die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem en werksetiek geïdentifiseer is, as prioriteite te sien in die ontwikkeling van strategieë (verwys na Bylae K vir voorbeeld). Doelwitte is gestel, daar is op aksies besluit, verantwoordelike persone is aangewys, en die wyses en tye van evaluering en terugvoer is binne die spanne bepaal.

*(c) Intervensies*

Elke eenheid het op die prioriteite besluit. Die navorser het die eenhede as konsultant bygestaan in geval daar leemtes in vaardighede deur die span geïdentifiseer is. Twee van die eenhede het besluit dat vaardighedsontwikkeling die prioriteit was. Ontwikkelingsprogramme is in samewerking met die eenheidsbestuurder opgestel met die fokus op ontwikkeling van wetenskaplik-gefundeerde vaardighede om verpleging te verbeter. Hierdie vaardighede het die verpleegpersoneel in

staat gestel om hul rol en verantwoordelikhede op 'n verantwoordelike en verantwoordbare wyse te vervul (verwys Bylae K vir voorbeeld).

*(d) Evaluering en terugvoer*

Daar is weekliks terugvoer gegee oor die vordering binne die spanne. Doelwitte is geherevalueer en aangepas. Die spanlede het hierdie as 'n positiewe belewenis ervaar. Dit het gelei tot motivering om verandering te weeg te bring ongeag die beskikbaarheid van hulpbronne.

## **7.2.2 Verdere resultate van die studie**

*(a) Die ontwikkeling van 'n personeelondersteuningsisteem*

Met verloop van die implementering van die model is daar in die fasilitering van verpleegpersoneelverryking 'n sentrum vir personeelondersteuning deur die navorser tot stand gebring, met die fokus op die bevordering van emosionele en psigiese gesondheid van verpleegpersoneel. 'n Opname (n=50) is gemaak oor die spesifieke behoeftes vir so 'n sentrum en die verwagtinge ten opsigte van wie die diens moet lewer. Uit die opname blyk dit dat die belangrikste kriteria vir verpleegpersoneel kommunikasie en interpersoonlike vaardighede is. Vyf en negentig persent het aangetoon dat taal, geslag of kultuur nie belangrik is nie indien die berader oor effektiewe beradingsvaardighede beskik. Die verpleegpersoneel het gevoel dat die ondersteuningsdiens onafhanklik van die hospitaalbestuur moet funksioneer.

'n Lokaal is geïdentifiseer en voldoende toegerus, en is toeganklik gemaak vir alle personeel. Daar is gebruik gemaak van vrywillige beraders wat oor 'n verskeidenheid

vaardighede beskik het. Daar is ondermeer gebruik gemaak van 'n psigiatriese verpleegspesialis en kliniese sielkundige; geestelike beraders en finale jaar sielkunde studente. 'n Strategiese beplanningssessie is met drie persone gehou om die standaard vir dienslewering te bepaal (verwys na Bylae K vir voorbeeld). Die verpleegpersoneel het 'n keuse gehad vir wie hulle wou spreek. Honderd en tagtig kontakssessies is oor 'n tydperk van drie maande gedokumenteer.

#### *(b) Motiveringsessie*

In samewerking met die hospitaalbestuur is 'n motiveringsessie vir al die personeel van die hospitaal in die hospitaal gehou. Tien sessies is oor 'n tydperk van twee weke geskeduleer en is deur 1200 personeellede bygewoon. Hierdie sessies het gepoog om as inspirasie te dien vir ondermeer verpleegpersoneel binne gesondheidsorgspanverband. Die sessies is aangebied deur 'n motiveringspreker wat hoë aansien op die gebied geniet.

#### *(c) Kapasiteitsbou van verpleegpersoneel*

Met verloop van die studie het die navorser as konsultant/fasiliteerder ondermeer die volgende geïnisieer en/of geïmplementeer:

- Ondersteuning gebied aan verpleegpersoneel in die verandering van die fisiese omgewing in sekere van die verpleegeenhede.
- Verpleegpersoneel bygestaan in die ontwikkeling van 'n inligtingsdokument vir die kraameenheid, en 'n beradingskamer vir pasiënte en gesinne.
- Verpleegpersoneel ondersteun in verskeie navorsingsprojekte.

- Verpleegpersoneel ondersteun in voordragte by internasionale en nasionale simposia.
- Ondersteuning in die ontwikkeling en aanbieding van indiensopleidingsprogramme in die verpleegeenhede gebied.
- Ondersteuning gebied aan verpleegpersoneel in die skryf van artikels vir publikasie.

### **7.3 WAARDE VAN DIE MODEL**

Die model vir verpleegpersoneelverryking is binne die konteks van verpleegkunde as wetenskap beskryf, en dien as handelingsriglyn om die standaard van die verpleegpraktyk te verbeter. Die waarde van die model lê daarin dat dit deur die proses en fasilitering van verpleegpersoneelverryking die verpleeg-personeel ondersteun in hul strewe na uitnemendheid.

Die model vir verpleegpersoneelverryking ondersteun die ontwikkeling van effektiewe interpersoonlike verhoudinge en kommunikasievaardighede, deurdat die verpleegpersoneel instaat gestel word om op 'n verantwoordelike en verantwoordbare wyse voortdurend te strewe na uitnemendheid in verpleging binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die professie. Tydens die implementering van die model is konsepte verfyn en die verhoudinge tussen die elemente in die model aangepas om die struktuur en proses te vereenvoudig. Hierdie fase het gelei tot die formulering van handelingsriglyne.

#### **7.4 RIGLYNE VIR OPERASIONALISERING**

Die doel van die studie is die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die navorser poog om in die beskrywing van die model handelingsriglyne daar te stel vir verbetering van die verpleegpraktyk. Verpleegbestuur is daarvoor verantwoordelik om 'n milieu te skep wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer. In die fasilitering van verpleegpersoneelverryking word daar aandag gegee aan die die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe, die skep van 'n ondersteunende kommunikasieklimaat, die strategiese bestuur van hulpbronne en die ondersteuning van vaardigheidsontwikkeling van verpleegpersoneel. Bestuursstrukture, sisteme en prosesse behoort die proses van verpleegpersoneelverryking te ondersteun. Verpleegpersoneel benut dit wat tot hul beskikking gestel word as steunstelsel in hul strewe na uitnemendheid. Verpleegpersoneelverryking vind plaas deur 'n proses. Riglyne vir operasionalisering word in tabel 6.1 beskryf.



**TABEL 7.1 RIGLYNE VIR DIE OPERATIONALISERING VAN 'N MODEL VIR VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

KONSEPTE VAN MODEL	RIGLYNE
<p><b>Fasilitering van verpleeg- personeelverryking</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Gee aandag aan die fasilitering van 'n uitnemende werkslewe met spesifieke aandag aan strategiese hulpbronbestuur om strukture, sisteme en prosesse daar te stel wat verpleegpersoneelverryking ondersteun.</li> <li>□ Gee aandag aan die effektiewe en doeltreffende bestuur van menslike en materiële hulpbronne om verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid, as deel van die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.</li> <li>□ Skep 'n ondersteunende kommunikasieklimaat wat effektiewe terapeutiese en fasiliterende kommunikasie-, asook interpersoonlike verhoudingsvaardighede insluit.</li> <li>□ Skep strukture, sisteme en prosesse wat spanbestuur bevorder waarin deelnemende besluitneming en deelnemende bestuur plaasvind behoort daargestel te word.</li> <li>□ Gee aandag aan bestuur-leierskap ontwikkeling om vaardighede te ontwikkel vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking, wat in pas is met dinamiese eise in die gesondheidsorgsituasie.</li> <li>□ Verseker toegewyding en verbintenis tot die fasilitering van verpleegpersoneelverryking vir al die kategorieë verpleegpersoneel.</li> <li>□ Gee aandag aan die die intensionele skep van 'n konteks met begrip vir kultuur diversiteit wat noodsaaklik is vir die fasilitering van 'n program vir verpleegpersoneelverryking.</li> <li>□ Spreek die regte van die verpleegpersoneel aan binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk van verpleging.</li> <li>□ Gee aandag aan die skep van 'n positiewe beeld van verpleegpersoneel as vroue met gelyke regte.</li> <li>□ Toon begrip vir die konteksgebondenheid, intensionaliteit, betekenisbelaaidheid, interpersoonlike verhoudingsgebondenheid, dinamiese en veeldimensionele aard van handeling asook waardegebondenheid binne die hospitaalkonteks.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Gee aandag aan professionele praktykvoering wat handeling rig vir praktykvoering binne die hospitaalkonteks, insluitend standarde, beleid en prosedures binne die professioneel-eties en wetlike raamwerk.</li> <li>□ Ondersteun die verpleegpersoneel om as onafhanklike praktisyns, hul rol as verpleegkundiges binne die professioneel-, etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie op 'n wetenskaplik-metodiese wyse te vervul.</li> <li>□ Gee aandag aan die weg beweeg van 'n outokratiese en burokratiese bestuurstyl na 'n bestuurstyl wat aktiewe deelname, deelnemende bestuur en deelnemende besluitneming koester.</li> <li>□ Gee aandag aan verpleegpersoneelvoorsiening wat voldoen aan wetenskaplike norme en standarde, verpleegpersoneelplasing, verpleegpersoneelevaluering en verpleegpersoneel-prestasie en -erkenning, gesonde arbeidsverhoudinge, diensvoorwaardes, standarde en beleide gerig op die bevordering van 'n gesonde leefwyse van verpleegpersoneel.</li> <li>□ Skep 'n ondersteuningsstelsel vir verpleegpersoneel met die klem op emosionele, geestelike en psigiese ondersteuning.</li> <li>□ Gee aandag aan die effektiewe risikobestuur vir die werknemers en pasiënte.</li> <li>□ Verseker doeltreffende en effektiewe finansiële bestuur van hulpbronne vir die fasilitering van verpleegpersoneelverryking.V</li> <li>□ Verseker effektiewe en doeltreffende bestuur van administratiewe strukture en sisteme, insluitend ondersteuningsdienste soos skoonmaakdienste, voorraad- en toerustingdienste, apteekdienste, portierdienste, kommunikasiesisteme en 'n noodstelsel.</li> </ul>
<p><b>Ondersteuning van samewerking</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Die daarstel van verpleegspanne binne gesondheidsorgspanverband waarin deelnemende besluitneming en deelnemende bestuur plaasvind.</li> <li>□ Die ontwikkeling van 'n gedeelde waardesisteme wat verplegingshandelinge rig.</li> <li>□ Die voortdurende ontwikkeling van strategieë, die implementering van intervensies,</li> </ul>

	<p>evaluering en terugvoer binne spanverband in pas met die dinamiese eise binne 'n gesondheidsorg konteks .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Die ondersteuning van verpleegpersoneel om verandering op grondvlak teweeg te bring.</li> <li>❑ Die ontwikkeling van reflektiewe verpleegpraktisyns wat met selfvertroue probleme kan identifiseer en effektief tot besluitneming te kom.</li> <li>❑ Die verbreking van die kultuur van stilswye, 'n gevoel van oplewing asook die positiewe bevestiging van 'n gevoel van aanvaarding, waardering, koestering, en om te behoort aan 'n span.</li> <li>❑ Positiewe motivering, aktiewe deelname in spanverband, deelnemende besluitneming binne verpleegspanne.</li> <li>❑ Die ondersteuning van kreatiewe denke en nuwe inisiatiewe om verandering teweeg te bring binne verpleegspanne.</li> <li>❑ Gee aandag aan geleenthede vir professionele sosialisering binne die gesondheidsorgspan.</li> </ul>
<p><b>Vaardigheidsontwikkeling</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Stel programme in plek om reeds verworwe, en nuwe kennis en vaardighede te ontwikkel vir verpleegpersoneel om hul rol en verantwoordelikhede op 'n uitnemende wyse te vervul, insluitend formele en informele programme.</li> <li>❑ Ondersteun die verpleegpersoneel in hul loopbaanbeplanning.</li> <li>❑ Gee aandag aan die ontwikkeling van bestuur- leierskap vermoëns om verpleging te bestuur met die klem op 'n wetenskaplike benadering tot verpleging; kliniese verpleging, verpleeg-bestuur, -navorsing, -onderrig en -opleiding.</li> <li>❑ Die ontwikkeling van vaardighede om verandering te kan bestuur.</li> <li>❑ Stel programme in plek om verpleegpersoneel te ondersteun om stres in die werkplek te hanteer.</li> <li>❑ Gee aandag aan die ontwikkeling van kliniese verpleegspesialiste.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gee aandag aan die ontwikkeling van professionalisme.</li> </ul>
<b>Spanne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identifiseer rolle en verantwoordelikhede binne die span.</li> <li><input type="checkbox"/> Verseker aktiewe betrokkenheid van spanlede in besluitneming en probleemoplossing, om te besluit op 'n gepaste alternatief om 'n probleem op te los, die besluit te implementeer en die uitkomste te evalueer.</li> <li><input type="checkbox"/> Moedig reflektiewe denke aan, die generering van nuwe idees in die span, en om te eksperimenteer in 'n poging om veranderinge en hernuwing in die verpleegpraktyk op grondvloervlak teweeg te bring.</li> <li><input type="checkbox"/> Gee aandag aan harmonieuse samewerking binne die span.</li> <li><input type="checkbox"/> Moedig die skep van vennootskappe aan om doelwitte binne spanverband te bereik.</li> <li><input type="checkbox"/> Ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem, strategieë vir verandering, ontwikkeling van 'n visie, missie en doelwitte.</li> </ul>
<b>Verrykingsproses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stel prosesse binne spanverband in plek om verpleegpersoneelverryking te fasiliteer.</li> <li><input type="checkbox"/> Verseker dat die prosesse voorsiening maak vir refleksie-in-aksie en refleksie-op-aksie, beraming van behoeftes, ontwikkeling van strategieë vir verandering, implementering, asook evaluering en terugvoer.</li> <li><input type="checkbox"/> Ontwikkel 'n gedeelde waardesisteem en werksetiek wat handeling binne die span rig.</li> <li><input type="checkbox"/> Stel die verpleegpersoneel in staat te stel om in die verrykingsproses binne 'n professioneel-etiese en wetlike raamwerk op te tree in hul strewende na uitnemendheid.</li> </ul>

## **7.2 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die validering en verfyning van die model vir verpleegpersoneelverryking beskryf. Die model is geïmplementeer in vier eenhede wat aan die navorser deur die verpleegbestuur toegeken is. In hoofstuk agt word die studie ge-evalueer, beperkinge beskryf en aanbevelings gedoen.

**DIE KALAFONG HOSPITAAL MODEL VIR  
VERPLEEGPERSONEELVERRYKING**

**HOOFSTUK AGT**

**EVALUERING VAN DIE STUDIE,  
BEPERKINGE EN AANBEVELINGS VIR DIE  
VERPLEEGPRAKTYK EN VERDERE  
NAVORSING**

**8.1 INLEIDING**

In hoofstuk agt word die studie ge-evalueer en beperkinge geïdentifiseer. Aanbevelings vir die praktyk van verpleging en verdere navorsing word ook gemaak.

Die doel van hierdie studie is bereik naamlik:

**Die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneel-  
verryking binne die konteks van die Kalafong Hospitaal.**

**8.2 EVALUERING VAN DIE STUDIE**

Die model as steunstelsel, behoort die verpleegpersoneel binne die hospitaalkonteks in staat te stel om hul professionele rol en verantwoordelikheid op 'n uitnemende wyse binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk waartoe die verpleegprofessie gemagtig is, te vervul.

Die doel van die studie is bereik deur die realisering van die volgende doelwitte:

In die hantering van doelwit 1 is die behoeftes en probleme van die verpleegpersoneel wat in 'n model vir verpleegpersoneelverryking aangespreek behoort te word, binne 'n hospitaal konteks verken en beskryf. Die resultate van doelwit 1 is benut om doelwit 2 te bereik naamlik om 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir uitnemendheid in verpleging vanuit empiriese en teoretiese bevindinge te beskryf. In die verwesening van doelwit 3 het validering en verfyning van 'n model vir verpleegpersoneelverryking plaasgevind, waarna riglyne vir die operasionalisering van 'n model vir verpleegpersoneelverryking binne 'n hospitaalkonteks beskryf is.

Aangesien die studie kwalitatief van aard is was geen hipotese gestel met die aanvangs van die studie nie. 'n Sentraal-teoretiese stelling is wel gestel en vanuit die empiriese en teoretiese bevindinge bereik naamlik: die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking as steunstelsel vir verpleegpersoneel in hul strewe na uitnemendheid in verpleging binne 'n hospitaalkonteks.

Die navorser het geen ekplisiete teoretiese raamwerk benut nie, omrede die fenomeen nuut binne die huidige konteks verken en beskryf is. Beide induktiewe en deduktiewe strategieë is benut om die fenomeen: *'n model vir verpleegpersoneelverryking soos in die huidige konteks by Kalafong Hospitaal vanuit teoreties-gefundeerde empiriese bevindinge te beskryf.*

Die teoretiese aannames wat in die studie gestel is, het verband gehou met die verpleegpersoneel se professionele rol en verantwoordelikhede soos vervat in die Wet op Verpleging (Wet no 50 van 1978, soos gewysig), asook

regulasies en beleidsdokumente wat die verpleegpraktyk reguleer.

Die studie het plaasgevind binne 'n hospitaalkonteks waar verpleegpersoneel hul professionele rol en verantwoordelike hede vervul binne die professioneel-etiese en wetlike raamwerk van die verpleegprofessie in Suid-Afrika. Die sosiale aard en realiteit van die empiriese wêreld wat handel oor die behoeftes en probleme soos beleef deur die deelnemers is binne die konteks van 'n hospitaal verken en beskryf. Vanuit hierdie bevindinge is ses stellingkategorie-stellings geformuleer, en 'n totaal van 41 stellings is gestel. Vanuit hierdie bevindinge is 'n model vir verpleegpersoneelverryking ontwikkel, op 'n logiese en sistematiese wyse beskryf en riglyne vir operasionalisering is opgestel.

In hierdie studie word die fokus geplaas op die belang van die skep van 'n milieu wat verpleegpersoneelverryking fasiliteer en wat daarop gerig is om verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid in verpleging. Die sentrale fokuspunt van die model is die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. Die hoofkonsep en verwante konsepte is verwant aan mekaar en die verwantskap is beskryf. Die model is geïmplimenteer in vier eenhede in die Kalafong Hospitaal en die bruikbaarheid daarvan is deur die verpleegpersoneel van die eenhede bepaal.

Die waarde van die studie lê daarin dat dit nie 'n proses is wat van bo-af (*top-down*) op die verpleegpersoneel afgedwing word nie, maar 'n proses is wat op grondvlak benut kan word om verpleegpersoneel in staat te stel om hulle verantwoordelikheid vir uitnemendheid in verpleging te aanvaar. Verder kan verpleegpersoneel die nodige vaardighede ontwikkel om in pas te kom met die dinamiese



eise en verwagtinge wat aan hulle gestel word in 'n vinnig veranderende gesondheidsorgsituasie.

'n Verdere waarde van die studie is die bemagtiging van verpleegpersoneel om as vroue in eie reg binne die gesondheidsorgspan te funksioneer, en die verbreking van 'n kultuur van stilswye. In die model word die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem aangespreek wat verandering in houdinge en optrede in die span tot gevolg kan hê wat noodsaaklik is vir uitnemendheid in verpleging.

Die model spreek verder die ontwikkeling van vaardighede aan wat noodsaaklik is om op hoogte te bly met tegnologiese veranderinge in die gesondheidsorgsituasie.

Een van die unieke bydraes van die studie lê daarin opgesluit dat die model ontwikkel is vanuit die behoeftes en probleme soos ervaar deur die deelnemers binne die hospitaal konteks, en nie vanuit vooropgestelde idees of eksplisiete konseptuele raamwerke nie. Die empiriese bevindinge is teoreties begrond en verhoog so die waarheidswaarde van die studie.

Die model fokus nie net op een enkele aspek nie, maar probeer om 'n omvattende en holistiese siening te beskryf van die fenomeen *verpleegpersoneelverryking* binne 'n hospitaal-konteks. Alhoewel die model binne die konteks van een hospitaal uitgevoer is kan die model moontlik oordraagbaar wees na ander gesondheidsorgfasiliteite vanweë gemeenskaplike probleme wat binne die tyd-ruimtelik en waardekonteks ervaar mag word.

### **8.3 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE**

Die beperkinge van die studie was ondermeer:

- Vier eenhede is benut vir implementering van die studie. Drie van die eenhede het aktief deelgeneem aan die implementering van die model. In een van die eenhede was die model gedeeltelik geïmplementeer. Die rede daarvoor was dat die eenheidsbestuurder die diens verlaat het.
- Die voortdurende wisseling van verpleegpersoneel het die implementering bemoeilik. Die jaarlikse rotasie het verder 'n groot impak op suksesvolle implementering gehad.
- Die gebrek aan eenheidsbestuurders wat op 'n gereelde basis beskikbaar was in die verpleegeenhede, het die implementering van die model beïnvloed. Eenheidsbestuurders werk skofte insluitend nagdiens wat 'n impak het op die suksesvolle implementering en kontinuïteit daarvan.

#### **8.4 AANBEVELINGS**

Die volgende aanbevelings word gemaak:

- Die doel van die studie is die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Die navorser het nie die uitkomstes van die operasionalisering gemeet nie. Daar word aanbeveel dat verdere navorsing gedoen word om die uitkomstes van die operasionalisering van die model te bepaal.
- Een van die konsepte in die studie is die ontwikkeling van 'n gemeenskaplike waardesisteem wat dien as handelingsriglyn binne die gesondheidsorgspan.

Verdere navorsing behoort gedoen te word om die houdinge binne die span te bepaal en ook die invloed daarvan op uitnemendheid. 'n Etiese komitee behoort in die hospitaal tot stand gebring te word om etiese kwessies aan te spreek.

- Die konsep verpleegpersoneelverryking is 'n nuwe konsep. Die bydrae wat die fasilitering van verpleegpersoneelverryking tot verpleegbestuur kan lewer om verandering in die verpleegpraktyk teweeg te bring behoort verder ondersoek te word.
  
- Die organisatoriese strukture en sisteme het 'n invloed op die fasilitering van verpleegpersoneelverryking. Daar word aanbeveel dat voortgesette strategiese beplanning moet plaasvind wat spanbestuur ondersteun. Die effektiwiteit hiervan behoort ge-evalueer te word.

## **8.5 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die studie ge-evalueer, beperking is gestel en aanbevelings is gemaak vir die verpleegpraktyk. Die doel van die studie is bereik, naamlik die beskrywing van 'n model vir verpleegpersoneelverryking. Met verloop van die studie is die model in vier verpleegeenhede geïmplementeer en verfyn, waarna riglyne vir die operasionalisering van die model gestel is. Hierdie studie behoort van waarde te wees om verpleegpersoneel te ondersteun in hul strewe na uitnemendheid en mag lei tot verandering in die verpleegpraktyk.

### ***Persoonlike belewenis van die navorser***

Die studie het in besonder bygedra tot die persoonlike en professionele verryking van die navorser. By aanvang van die studie was die navorser vasgevang in gevoelens van morele en etiese kwessies, en moes die navorser buite haarself tree om die besluit te neem dat die eerste fase handel oor die generering van data soos beleef deur die deelnemers. Met verloop van die studie het die navorser nuwe insigte verkry oor die behoeftes en probleme soos beleef in 'n konteks waar daar jare van onderdrukking en segregasie was tydens die apartheidsregime. Hierdie belewenis het die navorser se hele siening oor die samelewing verander en ook haar toekoms doelwitte.

## **BRONNELYS**

AFRICAN NATIONAL CONGRESS, 1994: A National Health Plan For South Africa. Maseru: Bahr mapping and Printing.

ABRUZZESE, RSA 1996: Nursing Staff Development. Strategies for success; second edition. St. Louis: Mosby.

ALLEN, T & THOMAS, A 1992: Poverty and Development in the 1990s. Great Britain: Oxford University Press.

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING 2000: Violence as a public health problem. Journal of Professional Nursing, 16(1), January-February 2000:63-69.

ARTHUR, ML 1996: The implications of culture shock for health educators: reflections with barer-stein. Curationis, 19(4), December 1996:47-51.

AUGUST-BRADY, M 2000: Flexibility: a concept analysis. Nursing Forum, 35(1), January-March 2000:5-13.

BABBIE, E 1995: The practice of social research. Belmont: Wadsworth Pub. Co.

BABBIE, E; MOUTON, J & PROZESKY, B 2000: The practice of social sciences. Cape Town: Oxford.

BAKER, CM; MESSMER, PL; GYURKO, CC; DOMAGALA, SE; CONLY, FM; EADS, TS; HARSHMAN, KS & LAYNE, MK 2000: Hospital ownership, performance, and outcomes. JONA, 30(5), May 2000: 227-239.

BAKER, SK 2000: Minimizing litigation risks. Documentation strategies in the occupational health care setting. AAOHN Journal, 48(2), February 2000:100-105.

- BAKER, SK 2000: Minimizing litigation risks. Documentation strategies in the occupational health care setting. AAOHN Journal, 48(2), February 2000:100-105.
- BALDWIN, D 1999: Community Based experiences and culture competence. Journal of Nursing Education, 38(5), 195-196.
- BANDMAN, EL & BANDMAN, B 1988: Critical thinking in nursing. Norwalk: Appleton & Lange.
- BARNA, G & HATCH, M 2001: Boiling point, it only takes one degree. Monitoring cultural shifts in the 21st century. California: Regal Books.
- BARON, SA 1996: Organizational factors in workplace violence: developing effective programs to reduce workplace violence. Occupational Medicine, 11(2), April-June 1996: 335-348.
- BLOUNT, K & NAHIGIAN, E 1998: How to build teams in the midst of change. Nursing Management, 28(8), August 1998:27-29.
- BOND, S & THOMAS, LH 1991: Issues in measuring outcomes in nursing. Journal of Advanced Nursing, 16, 1492-1502.
- BOOYENS, SW 1996: Introduction to health service management. Kenwyn: Juta & Co.
- BOOYENS, SW 1998: Dimensions of nursing management. Kenwyn: Juta & Co.
- BOOYENS, SW & MINNAAR, A 1997: Verpleegpersoneel en die konsep van sorg: 'n verpleegbestuurperspektief. Curationis, September 1997:9-15.

- BOTES, AC 1989: 'n Model vir wetenskapsbeoefening in die verpleegkunde. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. (Ongepubliseerd).
- BOTES, AC 1991: 'n Model vir wetenskapsbeoefening in die verpleegkunde. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. (Ongepubliseerd).
- BOTES, AC 1994: Die skryf van 'n verantwoordbare navorsingsvoorstel of 'n oriënteringshoofstuk. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (Kernaantekeninge).
- BROCK, R 1996: Head for Business. Managed care demands business savvy. Here's how nurses can get it. Hospital & Health Networks, December 1996:62-66.
- BURNS, N & GROVE, SK 1993: The practice of research, conduct, critique and utilization; second edition. Philadelphia: WB Saunders Company.
- CAHILL, AM 1997: Empowerment. Answering the phone first. JONA, 27(7/8), July/August 1997:5-6.
- CAMPINHA-BACOTE, J 1999: A Model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education, 38(5); 203-206.
- CARREL, MR & KUZMITZ, FE 1986: Personnel human resource management; second edition. Columbus: Merrill Publishing Company.
- CARREL, MR; ELBERT, NF; HATFIELD, RD; GROBLER, PA; MARX, M & VAN DER SCHYF, S 1998: Human resource management in South Africa; second edition. South Africa: Prentice Hall South Africa (PTY) Ltd.

- CATALANO, JC 1994: A survey of educators' activities to empower nurses for practice. Nursing Outlook, 42(4), July/August 1994:182-187.
- CHANG, AM & GASKILL, D 1991: Nurses perception of their problem-solving ability. Journal of Advanced Nursing, 16, 1991:813-819.
- CHAVASSE, JM 1992: New dimensions of empowerment in nursing – and challenges. Journal of Advanced Nursing, 17, 1992:1-2.
- CHINN, PL & KRAMER, MK 1991: Theory and nursing: a systematic approach. St. Louis: Mosby Year Book.
- CIOFFI, J & MARKHAM, R 1997: Clinical decision-making by midwives: managing case complexity. Journal of Advanced Nursing, 25, 1997:265-272.
- COETSEE, LD 1996: Creating a motivating climate: a practical guide for the South African manager. PU for CHE: Post Graduate School of Management.
- CONGER, JA; KANUNGO, RN 1988: The empowerment process: integrating theory and practice. Academy of Management Review, 13(3),1988:471-482.
- COPI, IM & COHEN, C 1990: Introduction to logic; eighth edition. New York: Macmillan Publishing Company.
- CRESWELL, J 1994: Research design: Qualitative and Quantitative approaches. New York: Sage.
- DAWSON, S 1994: Using locus of control to empower student nurses to be professional. Nursing Forum, 29(4), October/ December 1994:10-15).



- DE KONING, K & MARTIN, M 1996: Participatory research in health. London: Zed Books Ltd.
- DELUCA, EK 1995: Reconsidering rituals: a vehicle for educational change. The Journal of Continuing Education in Nursing, 26(3), May/June 1995:138-144.
- DENZIN, NK & LINCOLN, YS 1994: Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications.
- DE WOLF BOSEK, M S 1999: Ethics in practice. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation, 1(3):16-19.
- DE VILLIERS, J 1992: Creativity/Skeppingsvermoë. Nursing RSA Verpleging, 7(1), 1992:30-32.
- DE VOS, AS 1998: Research at grass roots, a primer for the caring professions. Pretoria:JL van Schaik.
- DICKOFF, J; JAMES,P & WIEDENBACH, E 1968: Theory in a practice discipline. Part 1. Practice orientated theory. Nursing Research, 17(5), September-October 1968:415-435.
- DIERS, D; TORRE, C; HEARD, DM; BOZZO, J & O'BRIEN, W 2000: Bringing decision support to nurse managers. Computers in Nursing, 18(3), May/June 2000:137-144.
- DISCH, J 2000: The nurse executive. Healthy work environments for all nurses. Journal of Professional Nursing, 16(2), March-April 2000:75.

DIXON, DD 1999: Achieving results through transformational leadership. JONA, 29(12), December 1999:17-21.

ERASMUS, BJ 1998: Nursing professionals' views on the workplace. Curationis, December 1998:50-57.

ETHICS INSTITUTE OF SOUTH AFRICA. 2001.Chris Hani Baragwanath  
Hospital Ethics Audit. Research Report No.2.

EVANS, DR; HEARN, MT; UHLEMANN, MR & IVEY, AE 1993: Essential interviewing, a programmed approach to effective communication; fourth edition. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

FAGIN, CM 1996: Executive leadership. Improving nursing practice, education, and research. JONA, 26(3), March 1996:30-37.

FALS- BORDA, O & RAHMAN, MA 1991: Action and knowledge, breaking the monopoly with participatory action research. London: Intermediate Technology Publications.

FARLEY, A & HENDRY, C 1992: Critical and constructive. Nursing Times, 23(88), 1992:36-37.

FITZPATRICK, JJ & WHALL, AL 1989: Conceptual models of nursing; second edition. Norwalk: Appleton & Lange.

FONN, S & XABA, M 1995: Health Workers for Change. A Manual to improve quality of care. Johannesburg: Women's health Project.

FOSBINDER, D; PARSONS, RJ; DWORE, RB; MURRAY, B; GUSTUFSON, G; DALLEY, K & VORDERER, LH 1999: Effectiveness of nurse executives: measurement of role factors and attitudes. Nursing Administration Q, 23(3), 1999:52-62.

FREIRE, P 1997: Pedagogy of hope. Reliving the pedagogy of the oppressed. New York: Continuum.

GIBSON, CH 1991: A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 1991, 16:354-361.

GOODALE, JD 1982: The fine art of interviewing. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

GREIG, BA & REHMER, P 1999: Career development for nurses in today's health care environment and the value of nontraditional roles. Nur Admin Q, 23(4), Summer 1999:63-74.

GRINER, PF & BLUMENTHAL, D 1998: Reforming the structure and management of academic medical centres: case studies of ten institutions. Academic Medicine, 73(7), July 1998:818-825.

HAMEL, J; DUFOUR, S & FORTIN, D 1993: Case study methods. Newbury Park: Sage Publications.

HANSTEN, R & WASHBURN, M 1996: Why don't nurses delegate. JONA, 26(12), December 1996:24-28.

- HAWKS, JH 1992: Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. Journal of Advanced Nursing, 17, 1992:609-618.
- HAWKS, JH 1999: Organizational culture and faculty use of empowering teaching behaviours in selected schools of nursing. Nursing Outlook, 47(2), March/April 1999:67-73.
- HIBBERD, JM; STOROZ & ANDREWS, HA 1992: Implementing shared governance: a false start. Nursing Clinics of North America, 27(1), March 1992:11-22.
- HOPE, A & TIMMEL, S 1994(a): Training for transformation. A Handbook for community workers. Revised edition I. Zimbabwe: Mambo Press.
- HOPE, A & TIMMEL, S 1994(b): Training for transformation. A Handbook for community workers. Revised edition II. Zimbabwe: Mambo Press.
- HOPE, A & TIMMEL, S 1994(c): Training for transformation. A Handbook for community workers. Revised edition III. Zimbabwe: Mambo Press.
- HORSTMAN, P; JANNEY, M & WALL, K 1998: A cultural transformation model for nursing. JONA, 28(4), April 1998:31-35.
- HUMAN, L 1996: Contemporary conversations, understanding and managing diversity in the modern world. Senegal: The Gorée Institute.
- INGERSOLL, GL; SCHULTZ, AW; HOFFART, N & RYAN, SA 1996: The effect of a professional practice model on staff nurse perception of work groups and nurse leaders. JONA, 26(5), May 1996:52-60.

- INGERSOLL, GL; KIRSCH, JC; EHRLICH, SE & LIGHTFOOT, J 2000: Relationship of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the organization. JONA, 30(1), January 2000:11-19.
- JACOBS, PM; OTT, B; SULLIVAN, B; ULRICH, Y & SHORT, L 1997: An approach to defining and operationalizing critical thinking. Journal of Nursing Education, 36(1), January 1997:19-22.
- JOEL, LA 1999: Critical indicators about the workplace. NursingCentre.com, CE Article, AJN Career Guide, 2(1), January 1999:1-17.
- JOOSTE, K 1996: Die bestuursbemaatting van verpleegkundiges in gesondheidsdienste. Verpleegnuus, 20(8), Mei 1996:12-14.
- KERFOOT, K 1999: On leadership. The new millennium and leadership: evolution or entropy? Nursing Economics, 17(6), November-December 1999: 324, 341-344.
- KERLINGER, FN 1986: Foundations of behavioral research, third edition. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- KLAKOVICH, MD 1996: Registered nurse empowerment. Model testing and implications for nurse administrators. JONA, 26(5), May 1996:29-35.
- KLOPPER, HC 1994: 'n Model vir begeleide selfstudie in Verpleegkunde. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (D.Cur-proefskrif).
- KLOPPER, H 1999: Nursing Education: A reflection. Johannesburg: Unpublished.

- KOLORIUTIS, M & THORSTENSON, T 1999: An ethics framework for organizational change. Nursing Administration, Quaterly/Winter, 1999:9-18.
- KOTLOLO 1995. The Star: 15 Augustus.
- KOTZÉ, W 1982: Profesionele gevormdheid van die verpleegkundige –die beeld van die beroep na buite. Curationis, Maart 1987:7-10.
- KOTZÉ, W 1984: Professionele vorming van die studentverpleegkundige. Curationis, Maart 1984:17-22.
- KREFTING L 1991: Rigor in qualitative research: The assesssment of trustworthiness. The American Journal of Occupational Therapy, 45(3), March 1991:214-222.
- KREITZER, MJ; WRIGHT, D; HAMLIN, C; TOWEY, S; MARKO, M & DISCH, J 1997: Creating a healthy work environment in the midst of organizational change and transition. Journal of Nursing Administration, 27(6), 1997:35-41Jun.
- KRITZINGER, MBS & EKSTEEN, LC 1989: Beknopte verklarende woordeboek. Kaapstad: J.L. van Schaik.
- KRUEGER, RA 1994: Focus groups, a practical guide for applied research, second edition. Thousand Oaks:SAGE Publications.
- KUOKKANEN, L & LEINO-KILPI, H 2000: Power and empowerment in nursing: three theoretical aspects. Journal of Advanced Nursing, 31(1), 2000:235-241.

KVALE, S 1996: Interviews. An introduction to Qualitative research interviewing. London: Sage Publications.

LINCOLN, YS 1985: Organizational theory and inquiry, the paradigm revolution. California: Sage Publications.

LINCOLN, YS & GUBA, EG 1985: Naturalistic Inquiry. London: Sage.

LLOYD, SR & BERTHELOT, T 1992: Self-empowerment, getting what you want from life. California: Crisp Publications. Inc.

MAMODUSI, RM 1999: Report by the commission of inquiry into hospital care practices. Submitted to the Premier of Gauteng, The Honourable Mbhazima Shilowa. September 1999.

MANION, J; SIEG, MJ & WATSON, P 1998: Managerial partnerships. The wave of the future?. JONA, 28(4), April 1998:47-55.

MARAIS 1995. Beeld. (Datum onbekend).

MARRINER- TOMEY, A 1996: Nursing management and leadership. Mosby: St. Louis.

MELLISH, JM 1998: An introduction to the ethos of nursing. Johannesburg: Heinemann.

MELLISH, JM & BRINK, H & PATON, F 1998: Teaching and learning the practice of nursing, a text in nursing. Johannesburg: Heinemann.

MELLISH, JM & PATON, F 2000: An introduction to the ethos of nursing. Johannesburg: Heinemann.

MYERS, MS 1970: Every employee a manager. New York: McGraw-Hill Book Company.

McHUGH, M; WEST, P; ASSATLY, C; DUPRAT, L; HOWARD, L; NILOFF, J; WALDO, K; WANDEL, J & CLIFFORD, J 1996: Establishing an interdisciplinary patient care team. JONA, 26(4), April 1996:21-27.

McDANIEL, C 1998: Hospital ethics committees and nurses participation. JONA, 28(9), September 1998:47-53.

MGIJIMA 1995. The Citizen: 13 September.

MILLER, A 1998: Strategic management; third edition. Boston: Irwin McGraw-Hill.

MORGAN, LD 1993: Successful focus groups. London: Sage Publications.

MORSE, MM & FIELD, PA 1996: The applications of qualitative approaches, second edition. London: Chapman & Hall.

MOUTON, J & MARAIS, HC 1993: Basiese begrippe, metodologie van die geesteswetenskappe, hersiene uitgawe, derde druk. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

MOUTON, J & MARAIS, HC 1993: Basic concepts in methodology of social sciences. Pretoria: Human Sciences Research Council.

MOUTON, J 1996: Understanding Social Research. Pretoria: JL van Schaick.



- MULLER, ME 1996: Quality improvement in health care services. A fundamental analysis and South African perspective. Curationis, 19(4), December 1996:67-74.
- MULLER, M 1997: Change management in health services. The South African experience. Curationis, September 1997:33-39.
- MULLER, M 1998: Nursing Dynamics; second edition. Kwa-Zulu Natal: Heinemann.
- MULLER, M 2003: Nursing Dynamics; third edition. Cape Town: Heinemann.
- MYERS, MS 1970: Every employee a manager. New York: McGraw-Hill Book Company.
- OJA, SN & SMULYAN, L 1989: Collaborative action Research: A Developmental Approach. London: The Falmer Press.
- OKUN, BF 1992: Effective helping. Interviewing and counseling techniques; fourth edition. California: Brooks/Cole publishing Company.
- PARSONS, LC 1997: Delegation decision making. Evaluation of a teaching strategy. JONA, 27(2), February 1997:47-52.
- PAUL, S 1995: Capacity building for health sector reform. World Health Organization.
- PERA, SA & VAN TONDER, S 1996: Etiek in verpleegkunde. Kenwyn: Juta & Kie.

- PHILPOT, T & WARD, L 1995: Values and visions. Oxford: Butterworth Heinemann.
- POGGENPOEL, M 1989: Psychiatric nursing conceptual model. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. Ongepubliseerd.
- POLIT, DF & HUNGLER, BP 1993: Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization; third edition. Philadelphia: JB Lippencott company.
- POTGIETER, S & MULLER, M 1997: 'n Model vir griewehantering vir verpleegdienste. Change management in health services. The South African experience. Curationis, December 1997:27-31.
- POTGIETER, S & MULLER, M 1998: Griewe in Suid-Afrikaanse hospitale: 'n geskiedkundig-verpleegkundige perspektief. Curationis, December 1998:14-23.
- PORTER-O'GRADY, T 1999: Quantum leadership. New roles for a new age. JONA, 29(10), October 1999:37-42.
- PRESCOTT, P 2000: The enigmatic nursing workforce. JONA, 30(2), February 2000:59-65. M.Cur verhandeling. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.
- PULLEN, AE 1996: Die bestuur van didaktiese steunstelsels aan 'n verplegingskollege. M.Cur verhandeling. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.
- RADEMEYER 1995. Beeld: 11 September.

- RAHMAN, MDA 1993: People's Self-Development. Dhaka: United Press Limited.
- RAINES, ML 2000: Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stres. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation, 2(1): March 2000:29-41.
- RANDOLPH, WA 1995: Navigating the journey to empowerment. Organizational Dynamics, 23(4), 1995:19-32.
- RAPPAPORT, J; SWIFT, C & HESS, R 1984: Studies in empowerment: steps toward understanding action. New York: The Haworth Press.
- REYNOLDS, WJ & SCOTT, B 2000: Do nurses and other professionals normally display much empathy? Journal of Advanced Nursing, 31(1), 2000:226-232.
- RIBEIRO, VE & BLAKELEY, JA 1995: The proactive management of rumor and gossip. JONA, 25(6), June 1995:43-49.
- RIEHL-SISCA, JP 1989: Conceptual models for nursing practice; third edition. Norwalk: Appleton & Lange.
- RIEHL, JP & ROY, C 1980: Conceptual Models for nursing practice; second edition. New York: Appleton-Century-Crofts.
- ROBERTS, CA & BURKE, SO 1989: Nursing research, a quantitative and qualitative approach. Boston: Jones and Barlett Publishers.
- ROLFE, G 2000: Closing the theory-practice gap. A new paradigm for nursing. Oxford: Butterworth Heinemann.

ROSSOUW, GJ 1992: Dinkvaardigheid. Inleidend tot filosofiese vaardighede. Pretoria: RGN-Uitgewers.

ROSSOUW, GJ 1995: Ons postmoderne wêreld. Pretoria: RGN-Uitgewers.

RUBIN, HJ & RUBIN, IS 1992: Community organising and development. Boston: Allyn and Bacon.

RUDI, EB; ANDERSON, NA; DUDJAK, L; KOBERT SN & MILLER, RA 1995: Faculty practice: Creating a new culture. Journal of Professional Nursing, 11(2), March-April 1995:78-83.

SCOLASTIKA, NL 2001: Capacity building for home care in rural namibia. D.Cur Thesis. Johannesburg: Rand Afrikaans University.

SEARLE, C 1969: 'n Suid-Afrikaanse Verplegingscredo. Pretoria: Universiteit van Pretoria.

SEARLE, C 1988: Professionele Praktyk. 'n Suid-Afrikaanse perspektief; herdruk. Durban: Butterworths.

SEARLE, C & PERA, S 1993: Professionele Praktyk. 'n Suid-Afrikaanse perspektief; tweede uitgawe. Durban: Butterworths.

SEARLE, C & PERA, S 1998: Professionele Praktyk. 'n Suid-Afrikaanse perspektief. Durban: Butterworths.

SCHUMACHER, S & MCMILLAN 1993: Research in education; third edition. New York: Harper Collins College Publishers.

SLEUTEL, MR 2000: Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. JONA, 30(2), February 2000:53-57.

SMITH, DPJ 1996: Die aard van filosofie in opvoeding. Monografie. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.

SMITH, R; HIATT, H & BERWICK, D 1999: A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care. A working draft from the travistock group. JONA, 29(6), June 1999:5-8.

SMITH, SL & FRIEDLAND, DS 1998: The influence of education and personality on risk properties in nurse managers. JONA, 28(12), December 1998:22-27.

SOFIE, JK 2000: Creating a successful occupational health and safety program. Using workers perception. AAOHN Journal, 48(3), march 2000:125-131.

STEWART, DW & SHAMDASANI, PN 1990: Focus groups, theory and practice. Newbury Park: Sage Publications.

SOUTH AFRICAN NURSING COUNCIL. The rights of nurses. <http://www.sanc.co.za/policyrights.htm>. 2002/06/16.

SOUTH AFRICA, 1996: Constitution of the Republic of South Africa as adopted by the Constitutional Assembly on 8 May 1996 and as amended on 11 October 1996, Act No. 108 of 1996. Pretoria: Government Printer.

SOUTH AFRICA, 1996: Restructuring the national health system for universal primary health care. Official policy document issued by the department of health (Government notice no. 667 of 1997). Pretoria: Government Printer.

- SOUTH AFRICA, 1997: White paper on the transformation of the health system in South Africa. April 1997. Pretoria: Government Printer.
- SOUTH AFRICA, 1997: Draft white paper on transforming public service delivery. 9 May 1997. Pretoria: Government Printer.
- SOUTH AFRICA, 1998: Skills Development Act, Act No. 97 of 1998. Pretoria: Government Printer.
- SOUTH AFRICA, 1999; Skills Development Levies Act, Act No. 9 of 1999. Pretoria: Government Printer.
- SOUTH AFRICA, 1999: Department of Health. National Patients' Rights. Government Printer.
- SOUTH AFRICA, 1999: Report into hospital care practices. Gauteng Department of Health.
- SOUTH AFRICA, 2000: Report on Primary Health Care progress. Cluster Health Monitoring and Evaluation. Department of Health.
- STRAUSS, A & CORBIN, J 1990: Basics of qualitative research. Newbury Park: Sage Publications.
- STREUBERT, HJ & CARPENTER, DR 1999: Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative; second edition. New York: Lippencott.
- SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). Wet op verpleging, soos gewysig deur wet no. 21 van 1992 (Wet no. 56 van 1978). Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING, 1984: Regulasies betreffende die praktyk van persone wat kragtens die wet op verpleging, 1978 geregistreer is. Goewermentskennisgewing, R no. 2598. Pretoria: Suid Afrikaanse Raad op Verpleging.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING, 1985: Regulasie betreffende die handeling en versuime van persone wat kragtens die Wet op Verpleging, 1978 geregistreer of ingeskryf is. Goewermentskennisgewing, R no. 387. Suid Afrikaanse Raad op Verpleging. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. Goewermentskennisgewing, R no. 2488. Suid Afrikaanse Raad op Verpleging. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING, 1985: Goewermentskennisgewing, Regulasies betreffende die minimum vereistes vir die opleiding en onderrig van 'n verpleegkundige (algemenene, psigiatriese, en gemeenskaps-) en vroedvrou wat lei tot registrasie, no 425 van 22 Februarie 1985. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING, 1992(a): Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele verpleegopleiding en onderrig. Pretoria: Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING, 1992(b): Standaarde van verpleegpraktyk. Pretoria: Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING, 1994: Terminologielys. Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

- SUID-AFRIKA, 1994: Witskrif oor die heropbou en ontwikkelingsprogram. (Goewermentskennisgewing no. 1954 van 1994). Kaapstad: Creda Press vir die Staatsdrukker, Pretoria.
- SUID-AFRIKA, 2000-2001: Kalafong Hospitaal Plan. Verslag oor Strategiese Beplanning. Pretoria: Ongepubliseerd.
- SWANSON, JW 2000: Zen leadership: Balancing energy for mind, body, and spirit harmony. Nurs Admin Q, 24(2), 2000:29-33.
- SWANSBURG, RC & SWANSBURG, RJ 2002: introduction to management and leadership for nurse managers, third edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- STEWART, DW & SHAMDASANI, PN 1990: Focus groups: theory and practice. Newbury Park: Sage Publications.
- TALBOT, LA 1995: Principles and practice of nursing research. St. Louis: Mosby.
- TAYLOR, LJ 1992: A survey of mentor relationships in Academe. Journal of Professional Nursing, 8(1), January-February 1992:48-55.
- TERRY, D 1999: Effective employee relations in reengineered organizations. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation, 1(3): September 1999:33-40.
- THOMAS, C; WARD, M; CHORBA, C & KUMIEGA, A 1990: Measuring and interpreting organizational culture. JONA, 20(6), June 1990:17-24.



- THOMAS, B; MA'AITH, R & MALINOWSKI, A 2000: Advancing the development of human resources in nursing in Jordan. The Journal of Continuing Education, 31(3), May/June 2000:138-139
- TONGES, MC 1989: Redesigning hospital practice: the professional advanced team (ProACT™) Model, Part 1. JONA, 19(7), July/August 1989:31-38.
- TULLOCK, S 1993: The Reader's Digest. Oxford Complete WordFinder. London: The Reader's Digest Association Limited.
- UNITAR 1980: Planing in developing countries, theory and methodology. Printed in the Union of Soviet Socialist Republics: Progress Publishers.
- UNIVERSITY OF PRETORIA 2004: Faculty of Health Sciences Ethics Package. Pretoria: Unpublished.
- VAN ASWEGEN, E & VAN NIEKERK, K 1993: The excitement of Self-discovery. Nursing RSA Verpleging, 1993, 8(4), 1993:24-31.
- VAN DER WAL, D 1999: Furthering caring through nursing education. Curationis, June 1999:62-70.
- VAN RYN, M & BURKE, J 2000: The effect of patient race and socio-economic status on the physicians' perceptions of patients. Social Science & Medicine, 50 (2000): 813-828.
- VIDEBECK, SL 1997: Critical thinking: a model. Journal of Nursing Education, 36(1), January 2000: 23-28.

- WALKER, LO & AVANT, KC 1995: Strategies for theory construction in nursing; third edition. Norwalk: Appleton & Lange.
- WALLACE CL & APPLETON, C 1995: Nursing as the promotion of well-being: the client's experience. Journal of Advanced Nursing, 22, 285-289.
- WEBB, SS; PRICE, SA & VAN ESS COELING, H 1996: Valuing authority/ responsibility relationships. The essence of professional practice. JONA, 26(2), February 1996:28-33.
- WEITEKAMP, MR; THORNDYK, LE & EVARTS, MC 1996: Strategic planning for health centers. The American Journal of Medicine, 101, September 1996: 309-315.
- WILLIAMSON, SB 1981: Caring for our patients-fact or legend-and economic review. Curationis, 19(4), December 1981: 55-56.
- WILSON WIDMARK-PETERSSON, V; VON ESSEN, L & SJÖDÉN, P 2000: Perceptions of caring among patients with cancer and their staff. Cancer Nursing, 23(1): 32- 39
- WIDMARK-PETERSSON, V; VON ESSEN, L & SJÖDÉN, P 2000: Perceptions of caring among patients with cancer and their staff. Cancer Nursing, 23(1): 32- 39
- WILSON, B & LASCHINGER, HKS 1994: Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment. A test of Kanter's theory of structural power in organizations. JONA, 24(4S), April 1994:39-47.

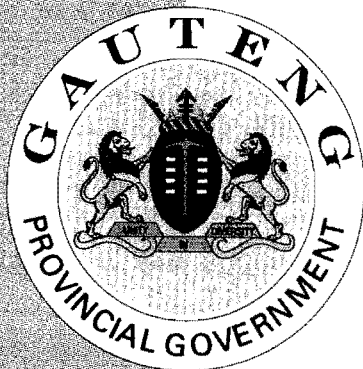
WOODS, NF & CATANZARO, M 1988: Nursing research, theory and practice. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

WOODWARD, CA 2000: Issues in health services delivery. Improving provider skills. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care- a process of change. Geneva: World Health Organization.

WRIGHT, SG 1990: Building and using a model of nursing; second edition. London: Edward Arnold.

ZWINGMAN-BRAGLEY, C 1999: Transformational management style positively affects financial outcomes. Nursing Admin Q, 23(4), Summer 1999:29-34.

**BYLAES**



BYLAE A

DEPARTMENT OF HEALTH  
DEPARTEMENT VAN BYLAE A  
GESONDHEID

Tel: (012) 354 1560  
Fax/Faks: (012) 354 1831  
Ref/Verw: Ethics Committee  
Enquiries/Navrae: Dr R Sommers  
Ward 4 Room 19  
Date : 18/08/2000

**Number :** S93/2000  
**Title :** Research protocol for a model for an enrichment program in nursing.  
**Investigator :** Mev A.E. Pullen; Department of Nursing Science;  
Pretoria Academic Hospital; Pretoria.

This Protocol and Informed Consent has been considered by the Ethics Committee, Faculty of Medicine, Univ.of Pretoria and Pretoria Academic Hospitals on 16/08/2000 and found to be acceptable.

Dr J.E. Davel (female) MBChB:Hospital Superintendent  
Prof A.P. du Toit BA;DiplTheo; BA (Hons);MA;DPhil:Philosopher  
Prof C.I. Falkson (female)MBChB;M.Med(Int);MD;Med. Oncologist  
Prof G. Falkson CHAIRPERSON; MBChB;M.Med(Int);MD;OSG: Medical Oncologist  
Mrs C. Gerber (female)BA(FineArts);Architectural Draughting (Boston House College Pta)  
Prof S.V. Grey (female)BSc(Hons);MSc; DSc :Deputy Dean  
Mrs R. Jooste (female) Dip. Pharm; M Pharm; Pharmacist.  
Dr V.O.L. Karusseit MBChB;MFGP(SA);M.Med(Chir); FCS (SA): Surgeon  
Dr S. Khan (female)MB.BCh.; Med.Adviser (Gauteng Dept.of Health).  
Ms B.C.F. Magardie (female) BCur:Matron/Senior Nursing-Sister  
Miss B. Mullins (female) BschHons;Teachers Diploma;  
Dr P.Z. Njongwe (female)MBChB ;D.P.H.;DTMth; DOH ;F.F.C.H(CM)  
S.A.Chief Med.Super of Pretoria Academic Hospital.

Snr Sr J. Phatoli (female) BCur(Et.Al)Senior Nursing-Sister  
Prof H.W. Pretorius MBChB;M.Med (Psych) MD: Psychiatrist  
Prof P. Rheeder MBChB;MMed(Int);LKI(SA);MSc (KLIN.EPI): Specialist Physician  
Prof M.M.S. Smuts (female) BVSc; DVSc  
Prof J.R. Snyman MBChB,M.Pharm.Med: MD:Pharmacologist  
Prof De K. Sommers BChB; HDD; MBChB; MD: Pharmacologist  
Dr R. Sommers SECRETARIAT (female)MBChB; M.med (Int);MPhar.Med;  
Prof FFW van Oosten BA; LLB ; LLD ;LLD ;Head of Department of Public  
Law and Prof in Criminal Law and Medical Law

**Student Ethics Sub-Committee**

Mrs E. Ahrens (female)B. Cur;  
Prof S.V. Grey (female)BSc(Hons);MSc ;DSc :Deputy Dean  
Prof P. Rheeder MBChB;MMed(Int);LKI(SA);MSc (KLIN.EPI): Specialist Physician  
Dr R. Sommers SECRETARIAT (female)MBChB; M.med (Int); MPharMed;  
Dr C. van der Westhuizen (female) D.Cur; M.Ed.

**PROF G FALKSON;**

MBChB;M.Med(Int);MD;OSG: Medical Oncologist  
CHAIRPERSON of the Ethics Committee at Pretoria Academic Hospital;

**PROF P RHEEDER;**

BChB;MMed(Int);LKI(SA);MSc (KLIN.EPI):Specialist Physician  
CHAIRPERSON of the Student Ethics Committee at P.A. H

BYLAE B

**DEPARTMENT OF HEALTH**

**Chief Director: Hospital Services**  
**Enquiries: Dr. L Rispel**  
Tel. No.: (011) 355-3848  
Fax No.: (011) 355-3537  
E-Mail : laetitia@gpg.gov.za



University of Pretoria  
Private Bag X396  
PRETORIA  
0001

Fax (012) 373 9031

Attention: AE Pullen

**RE: Permission to conduct a research project: Model for an enrichment programme for nurses in a hospital context at Kalafong Hospital**

Your letter dated 5/1/2000 has reference.

Permission has been granted for you to continue with your research project. You are kindly requested to forward the protocols for the research project to Dr A Valli at tel no . 355 3871 for review

Kind Regards

Dr L Rispel  
Chief Director: Hospital Services

BYLAE C

DEPARTMENT OF HEALTH      DEPARTEMENT VAN GESONDHEID



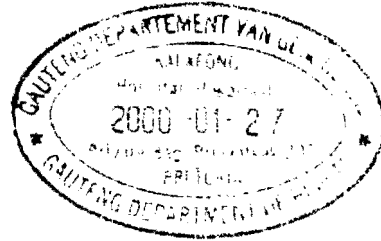
KALAFONG HOSPITAL

PRIVATE BAG X396

PRETORIA

0001

ENQUIRIES : M. G. MOTLOUNG  
TEL. NUMBER : (012) 318 6622  
FAX. NUMBER : (012) 373 4710



Mrs A. E. Pullen  
Senior Research Officer  
Klinikala Building  
Room 1.22  
PRETORIA  
0001

Dear Madam

**RE - PERMISSION TO CONDUCT A RESEARCH PROJECT**

1. Your letter dated 05 January 2000 refers.
2. Permission has been granted to you to conduct a research project at Kalafong Hospital.
3. I wish you a success in this research.

Yours faithfully

  
**M. G. MOTLOUNG**  
DEPUTY DIRECTOR : NURSING

**INFORMED CONSENT**

**TITLE: MODEL FOR AN ENRICHMENT PROGRAMME AT KALAFONG HOSPITAL**

**RESEARCHER: AE DE VILLIERS (AE PULLEN)**

**SUPERVISOR: PROF. NC VAN WYK**

**University of Pretoria in agreement with Kalafong Hospital.**

**1. THE STUDY**

I, \_\_\_\_\_ -willingly agree to participate in the study, which has been explained to me by the interviewer.

**2. PURPOSE OF THE STUDY**

The purpose of the study has been explained to me. The aim is to develop an enrichment model for nursing personnel at Kalafong Hospital.

**3. RISKS**

There are no risks. Confidentiality will be maintained.

**4. BENEFITS**

The nurses will benefit in personal and professional growth. The hospital will benefit by the knowledge gained. The model will benefit patients by when patient care is improved.

**5. WAY FORWARD**

Focus groups and individual interviews will be held where information will be generated and validated.

**6. CONFIDENTIALITY**

Ethical norms and standards will be maintained as laid down by the University of Pretoria (S93/2000) and the SANC. No raw data will be provided to other persons than the researcher and external moderator.

**7. COMPENSATION**

No compensation will be given to any person participating in the project.

**8. CONTACT PERSON**

It was explained to me whom to contact for this study.

**9. I AM PARTICIPATING WILLINGLY. I UNDERSTAND THAT THERE IS NO PENALTY SHOULD I WISH TO DISCONTINUE.**

\_\_\_\_\_  
Participant signature

\_\_\_\_\_  
Interviewer

\_\_\_\_\_  
Date



## **BYLAE E**

### **VERSLAG: Oorsig van deurloop deur Hospitaal.**

#### **NAVORSER: AE de Villiers**

Die doel van die deurloop "walk through" deur die hospitaal was om 'n oorsig te verkry van die fasiliteite, omgewing, eenhede, hulpbronne, pasiëntsorg, verpleegpersoneel en die bestuur van die hospitaal en verpleegeenhede.

Uit die deurloop blyk dit dat daar probleme bestaan ten opsigte van struktuur en sisteme, prosesse en uitkomste. Die probleme rondom strukture en sisteme sluit ondermeer in die ondoeltreffende infrastruktuur, 'n onhigiëniese omgewing, en onvoldoende en ontoereikende voorraad en toerusting.

Probleme bestaan rondom wetlike en etiese verantwoordelikhede van verpleegpersoneel. Onvoldoende standaarde, beleide, prosedures en protokolle bestaan. Dit veroorsaak dat daar geen gemeenskaplike standaard van verpleegsorg is. Daar is 'n ontbreking in 'n gemeenskaplike visie, misie, doelwitte van die hospitaal en verpleegeenhede. Professionalisme blyk verder 'n probleem te wees. Dit blyk dat verpleegpersoneel onprofessionele gedrag openbaar wat insluit die wyse waarop hulle hul uniforms dra, die gebrek aan die dra van kentekens of naamplaatjies,/ identifikasie, die versuim om verpleging te rekordeer, en onprofessionel gedrag teenoor pasiënte.

Daar is ook leemtes in die bestuursprosesse op beide materieële en menslike hulpbronne op institusionele en verpleegeenheidsvlak.. Sommige van die probleme geïdentifiseer hou verband met die vermoëns (kennis en vaardighede) van die verpleegkundige. Die uitkoms hiervan is ernstige leemtes in die standaard van pasiëntsorg, 'n lae werkstrots, 'n lae moraal, ondergeskiktheid en 'n lae-selfbeeld by verpleegpersoneel.

**Typology: Ward round**

- Basic nursing care
- Hygiene of patients and ward
- Ward round
- Treatment/management of patients
- Documentation / recording
- Education role
- Active participation
- Infection control
- Attitudes
- Scope of practice
- Distinguishing devices- nametags- professional image
- Neglect of patients
- Unit management
- Resources
- Multi-disciplinary team
- Relationships
- Role of the nurse
- Scientific approach to nursing
- Safe environment
- Medico - legal risks
- Continuous development
- No calling system
- Responsibility and accountability
- Team management
- Caring ethos
- Interpersonal skills
- Knowledge and skills
- Multi- cultural environment
- Therapeutic environment
- Patient rights

## Lys van konsepte: Deurloop deur hospitaal

<b>Struktuur</b>	Standaarde, Beleide, Prosedures en Protokolle Visie, missie en doelwitte Wetlik-etiese aspekte Voorraad en toerusting Professioneel, eties en wetlike aspekte Demotiverende omgewing Hulpbronne( menslike en materieële) Infrastruktuur Bestuurs-sisteme
<b>Prosesse</b>	Personeel motivering Personeelontwikkeling Emosionele en psigiese ondersteuning Bestuursvaardigheid en vermoëns Eenheidsbestuur Interpersoonlike vaardighede Kommunikasievaardighede
<b>Uitkomst</b>	Moraal Kwalitiet pasientsorg Werkstrots Vermoëns (kennis en vaardighede, houdings) Instaatstelling/ bemagtiging

Date:

Interviewer: AE de Villiers

Comments	Transcription	Coding
	<p>R: ...it is a hospital policy thing... you see the other hospitals have that ...it is ideal to have a <u>nursing file</u> <u>and records</u> ... to keep your patient doctor notes separate ...and that the instructions are written on the nursing file ...and that is where all the instructions are kept ...every thing is kept in this big file in the ward .... and frequently you <u>can't even find</u> where you wrote your instructions... <u>it just got lost..</u> <u>so in the morning you come and you throw your toys out of the cot</u> ..it is gone some one has lost it ... it is a big problem ...some hospitals I have worked at had separate nursing and patient notes..</p> <p>I: This is one problem that has been identified .. is there any other problems...?</p> <p>R: Everything more than minimum patient care is a problem... it is to the point that if a patient needs more than <u>minimum care at night</u>... you want them in the ICU ... everything more than minimum ... fluids and midnight BP or whatever the case might be ... obviously we can't do that.... we have a large turnover of operation cases .. diabetic man who needs to be monitored a little bit more closely after his simple prostatectomy .. you are going to ask for high care to look after him...</p>	<p>Unit Policy</p> <p>Record keeping</p> <p>Professional- Legal and Ethical framework</p> <p>Interpersonal relationships</p> <p>Communication</p> <p>Standard of patient care</p> <p>Accountability</p> <p>Professionalism</p>

R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor not presenting information to the top</li> </ul>	Dissatisfaction
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Status of the nurse not recognized</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparison to clerks</li> <li>▪ They have better career opportunities</li> <li>▪ They are better recognized</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nurses remain in a horizontal career position</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Most nurses on the same rank even if responsibilities differ</li> </ul>	Aggression
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Even if you have a qualification it is not recognized</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problem with security</li> <li>▪ Wards are not secure</li> </ul>	All members show aggression
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Security guards have a baton only</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Feel unsafe</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ High rate of violence and crime</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Counseling - some nurses refuse it</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lack of material resources</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lack of recognition</li> </ul>	Despondent
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Need money</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problem with the crèche</li> <li>▪ Crèche closes at 16H00</li> <li>▪ Nurses go home at 19H00</li> <li>▪ What to do with children</li> <li>▪ May not take them to ward</li> <li>▪ Can not lock them up at home</li> </ul>	
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No crèche for night duty nurses</li> </ul>	Aggressive

**Filed notes: Observation**

**Ward round: \_\_\_\_\_**

**Date: \_\_\_\_\_**

**Researcher: AE de Villiers**

**The following was observed during the ward round:**

- Basic nursing care a problem
- Doctor does not inform nurses that they are there for a ward round-relationships
- Hygiene of patients and ward a problem
- All the nursing staff attend ward round in labor ward- see it as a learning experience-in the post natal ward a staff nurse accompanies doctors on round
- Sisters involved in discussion in labor ward
- Documentation / recording a problem
- Consultants education role well done
- Infection control a problem
- Scope of practice not effectively implemented
- Sister has no distinguishing devices- any nametags
- Neglect of patients- urine bags are hanging on the floor- patients poorly dressed
- General ward management a problem in ward
- Resources are limited or not available
- Ward round is done in English
- The consultant recognizes the patient and informs them about decisions
- More than 200 deliveries done in previous week
- Overflow of post natal ward and high care patients accommodated in labor ward
- Linen a problem-limited
- Caring ethos needs attention
- Interpersonal skills in the team can be enhanced
- Nurses knowledge and skills in labor ward needs continuous development
- Environment is multi- cultural
- Therapeutic environment lacking
- Patient rights not effectively adhered to
- In the post natal ward attention needs to be given to IV therapy
- Scientific approach to nursing needs attention
- No calling system for patients

**TABEL 3.2: OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING VAN FASE 1**

Sleutel vir afkortings:

FO = Fokusgroeponderhoude

OF = Opvolg fokusgroeponderhoude

T = Transkripsie

FO en OF	FO 1	OF 2	FO 3	OF 4	FO 5	OF 6	FO 7	OF 8	FO 9	OF 10	FO 11	OF 12	FO 13	OF 14	FO 15	OF 16	FO 17	OF 18	FO 19		
Nommer	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	t11	t12	t13	t14	t15	t16	t17	t18	t19		
Getal deelnemers (n)	11	10	19	8	4	7	8	3	3	9	13	13	8	17	12	7	14	6	3		
FO en OF vervolg	OF 20	FO 21	OF 22	FO 23																	
Nommer	t20	t21	t22	t23																	
Getal deelnemers (n)	13	6	5	5																	
																				FO=12 en OF=11 Totaal: n=(23)	
																					(n=204)

**BYLAEG**





**TABEL 3.1: OPSOMMING VAN DATA-INSAMELING VAN FASE 1**

Sleutel vir afkortings:

AO = Aanvanklike ontmoetingsessies

DO = Deelnemende observasie

V = Veldnotas

AO	AO 1	AO 2	AO 3	AO 4	AO 5															(n)=5
Nummer	v.1	v.2	v.3	v.4	v.5															
Getal deelnemers (n)	12	13	18	31	10															(n)=84
DO Getal	v.51	v.52	v.53	v.54	v.55															(n)= 16
<i>Totale getal deelnemers</i>																				(n)=316
<i>Totale getal onderhoude</i>																				(n)=51

**BYLAE H**

**KONTROLE LYS VIR \_\_\_\_\_ ONDERHOUD**

**DATUM:** \_\_\_\_\_

**LOKAAL:** \_\_\_\_\_

**SPAN/GROEP:** \_\_\_\_\_

<b>ITEMS</b>	<b>AFGEHANDEL</b>	<b>KOMMENTAAR</b>
1. Uitnodiging		
2. Lokaal bespreek		
3. Bandopname toerusting en Oudiobande		
4. Verlengingskooorde		
5. Verversings		
6. Water en glase		
7. Stilte asb. borde		
8. Toestemmingsvorms		
9. Skryfbehoeftes		
10. Assistent moderator		

**MODEL FOR AN ENRICHMENT PROGRAM FOR EXCELLENCE IN NURSING  
 TYPOLOGY OF CONCEPTS  
 UNIVERSITY OF PRETORIA  
 KALAFONG ACADEMIC HOSPITAL**

<b>D C 2. Focus Groups</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Concepts:</b>	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
➤ <b>Relationships</b>														✓
<input type="checkbox"/> Open/Transparent	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓			
<input type="checkbox"/> Trust			✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	
<input type="checkbox"/> Honest	✓	✓									✓			
<input type="checkbox"/> Humor														
<input type="checkbox"/> Attitudes	✓	✓				✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/> Submissiveness/ self assertive	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓		✓
<input type="checkbox"/> Socialize	✓	✓									✓			
<input type="checkbox"/> Communication/Dialogue	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> Reliable							✓						✓	
<input type="checkbox"/> Understanding						✓								
<input type="checkbox"/> Respect	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
<input type="checkbox"/> Freedom of expression														
<input type="checkbox"/> Self image						✓								
<input type="checkbox"/> Positive mindedness/Open minded					✓	✓					✓			
<input type="checkbox"/> Friendly														
<input type="checkbox"/> Genuine														
<input type="checkbox"/> Personal attributes/Characteristics	✓	✓	✓	✓		✓			✓					
<input type="checkbox"/> Professional Jealousy									✓					
<input type="checkbox"/> Relaxed														
<input type="checkbox"/> Happy														
<input type="checkbox"/> Enthusiasm														



**D C 2. Focus Groups**

➤ <b>Environment</b>
<input type="checkbox"/> Historical
<input type="checkbox"/> Political
<input type="checkbox"/> Economic
<input type="checkbox"/> Social
<input type="checkbox"/> Understanding
<input type="checkbox"/> Disadvantaged
<input type="checkbox"/> Oppressed
<input type="checkbox"/> Sensitivity
<input type="checkbox"/> Personal space
<input type="checkbox"/> Language
<input type="checkbox"/> Multi-cultural
<input type="checkbox"/> Religious
<input type="checkbox"/> Therapeutic
<input type="checkbox"/> Positive/motivating
<input type="checkbox"/> Diversity
➤ <b>Scientific approach applied to</b>
<input type="checkbox"/> Nursing
<input type="checkbox"/> Education
<input type="checkbox"/> Management
<input type="checkbox"/> Research
<input type="checkbox"/> Projects
<input type="checkbox"/> Publish
<input type="checkbox"/> Exposure

**D C 2. Focus Groups**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
➤ <b>Nurse</b>														
<input type="checkbox"/> Professionalism	✓	✓	✓	✓					✓	✓		✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> Therapeutic use of self						✓								
<input type="checkbox"/> Creative					✓	✓								
<input type="checkbox"/> Initiative													✓	
<input type="checkbox"/> Reflective										✓				
<input type="checkbox"/> Prioritize													✓	
<input type="checkbox"/> Knowledge, skills, values and attitudes			✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/> Sharing of expertise						✓								
<input type="checkbox"/> Clinical specialist						✓								
<input type="checkbox"/> Self empowerment/ Development			✓	✓		✓			✓					
<input type="checkbox"/> Practical skills/implementation						✓			✓		✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Professional image/status	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓					
<input type="checkbox"/> Leadership	✓	✓			✓	✓						✓	✓	
<input type="checkbox"/> Unit management	✓	✓								✓		✓		
<input type="checkbox"/> Role in the team					✓	✓			✓			✓		
<input type="checkbox"/> Role model					✓	✓			✓			✓		
<input type="checkbox"/> Legal ethical frame work	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Back to basics	✓	✓									✓			
<input type="checkbox"/> New generation/age gap											✓			

## D C 2. Focus Groups

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
➤ <b>Nurse</b>														
<input type="checkbox"/> Professionalism	✓	✓	✓	✓					✓	✓		✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> Therapeutic use of self						✓								
<input type="checkbox"/> Creative					✓	✓								
<input type="checkbox"/> Initiative													✓	
<input type="checkbox"/> Reflective										✓				
<input type="checkbox"/> Prioritize													✓	
<input type="checkbox"/> Knowledge, skills, values and attitudes			✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/> Sharing of expertise						✓								
<input type="checkbox"/> Clinical specialist						✓								
<input type="checkbox"/> Self empowerment/ Development			✓	✓		✓			✓					
<input type="checkbox"/> Practical skills/implementation						✓			✓		✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Professional image/status	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓					
<input type="checkbox"/> Leadership	✓	✓			✓	✓						✓	✓	
<input type="checkbox"/> Unit management	✓	✓								✓		✓		
<input type="checkbox"/> Role in the team					✓	✓			✓			✓		
<input type="checkbox"/> Role model					✓	✓			✓			✓		
<input type="checkbox"/> Legal ethical frame work	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Back to basics	✓	✓									✓			
<input type="checkbox"/> New generation/age gap											✓			



D C 2. Focus Groups	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
> Support	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓
<input type="checkbox"/> Holistic														
<input type="checkbox"/> Spiritual-staff and patients	✓	✓												
<input type="checkbox"/> Counseling			✓	✓	✓	✓	✓	✓						
<input type="checkbox"/> Sense of belonging									✓					

D C 2. Focus Groups	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
Partnerships									✓					
<input type="checkbox"/> Multi-disciplinary team			✓	✓					✓					
<input type="checkbox"/> Community	✓	✓								✓				✓
<input type="checkbox"/> Multi-sectoral														
<input type="checkbox"/> Volunteers														
<input type="checkbox"/> Funding														
<input type="checkbox"/> Agreements														
<input type="checkbox"/> Referral system	✓	✓							✓					



## D C 2. Focus Groups

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
➤ <b>Labour relations</b>														
<input type="checkbox"/> Discipline	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Occupational health	✓	✓			✓	✓								
<input type="checkbox"/> Job satisfaction	✓	✓			✓	✓			✓					
<input type="checkbox"/> Racism	✓	✓			✓	✓			✓	✓				
<input type="checkbox"/> Responsible and accountable	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Motivation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
<input type="checkbox"/> Victimization, favoritism, intimidation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
<input type="checkbox"/> Moonlighting						✓	✓	✓						
<input type="checkbox"/> Power/ (control) struggle	✓	✓					✓	✓	✓					
<input type="checkbox"/> Non nursing duties			✓	✓			✓	✓		✓		✓		
<input type="checkbox"/> Absenteeism	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> Unionism							✓	✓				✓		
<input type="checkbox"/> Communication	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓		✓
<input type="checkbox"/> Language	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓		
<input type="checkbox"/> Trust relationship	✓	✓	✓	✓					✓					
<input type="checkbox"/> Labour relation officer	✓	✓												
<input type="checkbox"/> Environment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
- Safe /conducive/ - Secure	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓						
<input type="checkbox"/> Morale/ happy/ enjoyment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
<input type="checkbox"/> Energy														
<input type="checkbox"/> Stress/Burnout/ Post traumatic stress			✓	✓		✓	✓	✓	✓					
<input type="checkbox"/> Remuneration	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓				
<input type="checkbox"/> Recognition	✓	✓	✓	✓		✓			✓					
<input type="checkbox"/> Incentives	✓	✓			✓	✓				✓		✓		
<input type="checkbox"/> Challenging	✓	✓											✓	
<input type="checkbox"/> Compensation	✓	✓				✓								
<input type="checkbox"/> Allowances	✓	✓												
<input type="checkbox"/> Job enrichment	✓	✓				✓								
<input type="checkbox"/> Fatalism													✓	
<input type="checkbox"/> Equal opportunities / equality	✓	✓								✓				
<input type="checkbox"/> Job description	✓	✓				✓			✓			✓		
<input type="checkbox"/> Performance management	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓				
<input type="checkbox"/> Code of conduct	✓	✓			✓				✓					✓
<input type="checkbox"/> Occupational health	✓	✓												
<input type="checkbox"/> Job satisfaction/ Individual needs	✓	✓			✓				✓					

## D C 2. Focus Groups

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
<b>&gt; Legal ethical Framework</b>														
<input type="checkbox"/> Scope of practice	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓		✓
<input type="checkbox"/> Advocacy	✓	✓							✓			✓		
<input type="checkbox"/> Ethical issues/ Behavior	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓
<input type="checkbox"/> Ethical decision-making														
<input type="checkbox"/> Fraud	✓	✓					✓	✓					✓	
<input type="checkbox"/> Negligence	✓	✓					✓	✓		✓	✓		✓	✓
<input type="checkbox"/> Abuse	✓	✓					✓	✓			✓		✓	✓
<input type="checkbox"/> Patient rights	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- Confidentiality														
- Informed														
- Consent														
- Privacy														
- Respect														
- Communication														
- Dignity														
- Quality of life														
<input type="checkbox"/> Rights of Health care professionals	✓	✓				✓			✓					
<input type="checkbox"/> Code of conduct	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓				✓	
<input type="checkbox"/> Etiquette														
<input type="checkbox"/> Medico – legal risks	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> Execution of medical and nursing regime	✓	✓								✓		✓	✓	
<input type="checkbox"/> Standards/ norms/quality	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> Role model	✓	✓												
<input type="checkbox"/> Ethics/etiquette	✓	✓					✓	✓				✓		✓
<input type="checkbox"/> Documentation/ recording	✓	✓					✓	✓		✓		✓	✓	
<input type="checkbox"/> Basic nursing care	✓	✓								✓		✓		

## D C 2. Focus Groups

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
➤ Caring ethos	✓	✓			✓	✓								
☐ Patients care/outcomes	✓	✓			✓	✓					✓			
☐ Commitment	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓	✓	
☐ Dedication	✓	✓	✓	✓									✓	
☐ Image of the profession and hospital	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
☐ Caring/ compassion	✓	✓				✓						✓		
☐ Spirit of care									✓				✓	
☐ Health illness continuum														

## D C 2. Focus Groups

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	24/11	19/1	17/11	17/2	10/11	2/2	7/12	29/2	3/3	7/12	16/1	24/1	21/1	16/2
➤ Development	✓	✓												
☐ Personal and Professional						✓			✓			✓		✓
☐ Career path development	✓	✓										✓		
☐ Responsibility of self and management	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓					
☐ Induction/ Orientation							✓	✓						
☐ Academic excellence	✓	✓									✓	✓		
☐ Identifying potential and development									✓			✓		
☐ In-service – practice related	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
☐ Resources	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							✓















DC 3. Individual Interviews	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	28/2	29/11	3/12	10/1	7/1	7/1	11/1	17/1	28/1	10/2	18/2	14/2	3/2	25/2
➤ Support		✓	✓	✓		✓							✓	✓
<input type="checkbox"/> Holistic				✓										
<input type="checkbox"/> Spiritual-staff and patients			✓			✓							✓	
<input type="checkbox"/> Counseling	✓		✓			✓						✓		
<input type="checkbox"/> Sense of belonging				✓										

DC 3. Individual Interviews	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	28/2	29/11	3/12	10/1	7/1	7/1	11/1	17/1	28/1	10/2	18/2	14/2	3/2	25/2
➤ Partner-ships	✓		✓											
<input type="checkbox"/> Multi-disciplinary team												✓		
<input type="checkbox"/> Community			✓	✓		✓								
<input type="checkbox"/> Multi-sectoral														
<input type="checkbox"/> Volunteers						✓								
<input type="checkbox"/> Funding						✓	✓							
<input type="checkbox"/> Agreements														
<input type="checkbox"/> Referral system												✓		



## DC 3. Individual Interviews

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	28/2	29/11	3/12	10/1	7/1	7/1	11/1	17/1	28/1	10/2	18/2	14/2	3/2	25/2
➤ <b>Legal ethical Framework</b>														
<input type="checkbox"/> Scope of practice		✓				✓						✓	✓	
<input type="checkbox"/> Advocacy														
<input type="checkbox"/> Ethical issues/ Behavior			✓			✓							✓	
<input type="checkbox"/> Ethical decision-making														
<input type="checkbox"/> Fraud						✓								
<input type="checkbox"/> Negligence												✓	✓	
<input type="checkbox"/> Abuse						✓						✓	✓	
<input type="checkbox"/> Patient rights	✓			✓		✓							✓	
- Confidentiality														
- Informed														
- Consent														
- Privacy														
- Respect														
- Communication														
- Dignity														
- Quality of life														
<input type="checkbox"/> Rights of Health care professionals														
<input type="checkbox"/> Code of conduct		✓												
<input type="checkbox"/> Etiquette														
<input type="checkbox"/> Medico – legal risks						✓						✓	✓	
<input type="checkbox"/> Execution of medical and nursing regime		✓				✓								
<input type="checkbox"/> Standards/ norms/quality		✓		✓		✓				✓		✓	✓	
<input type="checkbox"/> Role model							✓							
<input type="checkbox"/> Ethics/etiquette														
<input type="checkbox"/> Documentation/ recording		✓				✓								
<input type="checkbox"/> Basic nursing care												✓		

## DC 3. Individual Interviews

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	28/2	29/11	3/12	10/1	7/1	7/1	11/1	17/1	28/1	10/2	18/2	14/2	3/2	25/2
➤ Caring ethos								✓		✓		✓		
☐ Patients care/outcomes			✓											
☐ Commitment						✓			✓					
☐ Dedication														
☐ Image of the profession and hospital				✓		✓	✓		✓				✓	
☐ Caring/ compassion				✓		✓							✓	
☐ Spirit of care						✓						✓		
☐ Health illness continuum							✓							

## DC 3. Individual Interviews

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	28/2	29/11	3/12	10/1	7/1	7/1	11/1	17/1	28/1	10/2	18/2	14/2	3/2	25/2
➤ Development														
☐ Personal and Professional		✓	✓			✓	✓					✓	✓	
☐ Career path development														
☐ Responsibility of self and management														
☐ Induction/ Orientation		✓	✓											
☐ Academic excellence														
☐ Identifying potential and development							✓							
☐ In-service – practice related		✓	✓		✓	✓					✓	✓		
☐ Resources												✓		



BYLAE U

DEPARTMENT OF HEALTH  
DEPARTEMENT VAN GESONDHEID



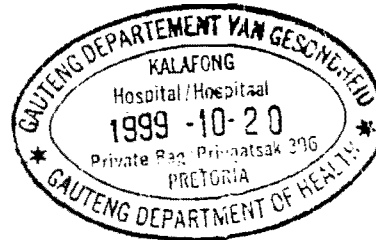
KALAFONG HOSPITAL

PRIVATE BAG X396

PRETORIA

0001

ENQUIRIES : M. G. MOTLOUNG  
TEL. NUMBER : (012) 318 6622  
FAX. NUMBER : (012) 373 4710



TO : ALL NURSING PERSONNEL

The under-mentioned staff members are invited to needs determination briefing sessions.

**Unit Managers**

Date : 26.10.1999  
Time : 10:30  
Venue : Recreation Hall

**Senior Professional and Professional Nurses**

Date : 27.10.1999  
Time : 10:30  
Venue : T. V. Room

**Enrolled and Assistant Nurses**

Date : 28.10.1999  
Time : 10:30  
Venue : T. V. Room

N.B : Each ward to be represented by one or two representatives.

Yours faithfully

  
M. G. MOTLOUNG

*P.S. Contact person is Mrs Seno : EXT. 6853*

**BYLAE J**

	<b>No.</b>	<b>Time</b>	<b>Starting</b>	<b>End</b>
<b>Unit 1</b>		<b>Mondays</b>	<b>10h30</b>	<b>12h00</b>
<b>Unit 2</b>		<b>Tuesdays</b>	<b>14h00</b>	<b>16h00</b>
<b>Unit 3</b>		<b>Wednesdays</b>	<b>10h00</b>	<b>12h00</b>
<b>Unit 4</b>		<b>Thursdays</b>	<b>13h30</b>	<b>15h30</b>
<b>Unit 5</b>		<b>Fridays</b>	<b>14h00</b>	<b>16h00</b>



**IMPLEMENTERING  
BYLAE K**

Support Center for Staff



Conducive working environment



Family Support:

- information desk
- counseling



Motivating Environment

## BYLAE K

### Poems from:

FONN, S & XABA, M 1995: Health Workers for Change. A Manual to improve quality of care. Johannesburg: Women's health Project.

#### Joal

At the first call to prayer  
I climb over my husband  
And go straight to the sea  
Greeting the morning dew and wind.  
Keccax, yeet and tambaje  
Have liberated me,  
Have transformed my world...  
Their putrid odour is now for me  
The smell of life.  
I no longer need to wait for man.  
To give me money.  
I am independent  
And can take care of my family.  
When I finish my work on the beach  
I go to this shed  
Which once was used to store dried fish  
And today has become our temple to knowledge,  
Our school  
Symbolizing the rebirth  
Of our national languages.

The children are sucking  
My breasts and my sweat.  
The school waters my mind  
And becomes as a mother  
From whom I suck knowledge  
Until I am drunk.

I am in my ngemb  
Wrestling with our era  
Which pins me down, yes,  
But which I am sometimes able to pin down too.  
Yet I know for certain that now  
When I meet my husband's gaze  
I will no longer lower my eyes.  
If I have a problem  
I can solve it myself  
And don't need to wait for his judgment.

And so at this first call to prayer  
I go to the sea  
To breathe in my myrrh and my incense...  
Keccax, yeet and tambaje.  
***Husband, don't lay out your shame***

Dear wife, please lay out my noontime lunch,  
My dinner, my breakfast.  
Let the children eat couscous with leaf sauce.

As for me, children, liver and lamb.  
At lunch I prefer the fish's head, middle and tail.  
The children don't need meat and vegetables.  
Sauces and rice are my dear friends.  
Don't save food for the children  
When they're not on time.  
Dear wife if I'm late for lunch, be sure to save me  
At least half of the bowl.

Your stomach is huge, while your own child  
Looks at you like a bird of prey.  
Your child is pregnant with hunger  
His stomach swelled out like a calabash.  
Yet you are not ashamed,  
You have become so fat that you can hardly walk.  
Men, if you can't feed your families  
Why do you seek three wives  
And have twenty children  
And tire them so and serve them up hunger?

You grow old and your children feed you, saying:  
"Father. I've killed a sheep for you,  
But your grandchildren  
Must share this food with you!"

Shame should unsettle your white hair,  
Regret is born...  
But now is too late!

**Get Married with Our Times**

*The young girl talks with her parents:*

You think that marriage  
Is my one concern  
My one hope, my one future  
In this house of life.  
I am here in the smoke of the kitchen  
With the wood, with the fire.  
You have made of me a servant,  
You have told me that I am not male,  
That I don't need to go to school,  
That marriage is my destiny.

My mother, my father,  
Our times are restless  
And cannot sit in the same spot.  
This one has legs and is walking.  
You need to be walking with it,  
For if you don't,  
Regret is the only food  
You will be serving to your family.

I am a female  
Yet knowledge is neither male nor female.  
It only needs to be planted, then watered  
To flower and bear fruit.

My mother, my father  
The mind has spoken:  
I am neither male nor female,  
Why do you so discourage us,  
Making of me a cow  
That you raise in the enclosure of this kitchen?

Tomorrow my heart will be broken  
Because of this distinction  
That you insist on making  
Between the male -female.

**KNOWLEDGE IS BISEXUAL!**  
God gives it to whom he pleases  
Be it a man or be it a woman.

You, you do not realize that yesterday has died...  
We have placed it in a coffin,  
Buried it and sent it to the heavens!

Each era asks for its own meaning.  
In our times, men prefer to be with women  
Who can contribute to the well-being of the home.  
In fact, our times have shown  
That everything a man does  
A woman can do as well  
Or even better.

The mind, our shepherd  
Told me I must study,  
Look for work, and a project for the future  
So that I may interpret tomorrow  
And not be at the mercy of a man  
Who wants to divorce me  
Because the shadow of his ear is itching.

My mother, my father  
Good-bye, I am going to off to study.  
Out times have closed the kitchen door  
And thrown the key into the sea

*OF OUR GENERATION*

## Unit Team

Date:

Researcher: AE de Villiers

Attendance list:

1 Unit manager

4 Registered nurses

2 Nursing Students

1 Enrolled Nurse

1 Unit secretary

1 Auxiliary Nurses

1 General Assistants

1 Medical Doctor

2 Medical Students

Date	Time	Topic	Person
01 /04/02 & 04/04/02	10H:30	Unit Orientation: Organogram Job description Vision, Mission, Objectives	
17/04/02 & 08/05/02	10H:30	Value Statement Team approach	
01/04/02 & 03/04/02	7H:30	Unit routines	
14/05/02 & 28/05/02	10H:30	Standards, Policies, Procedures, Protocols	
08/04/02 & 15/04/02	10H:30	Management of Patient Care: Introduction to Spinal Cord Injury Nursing Care	
05/04/02 & 15/04/02	10H:30	Admission Acute Management	
25/04/02 & 15/05/02 & 30/05/02	10H:30	Rehabilitation Phase 1 Phase 2: Home preparation and family rehabilitation	
11/04/02 & 16/05/02	10H:30	Legal and ethical issues Ethical decision-making Cultural issues Patient rights Support System	
23/04/02 & 14/05/02	7H:30	Labour relations	





## **Kalafong Hospital Labour Ward**

### ***Value Statement***

The staff of the ward shares the following value system and work ethics:

- ❑ Through commitment and dedication provide family centered maternal and neonatal care.
- ❑ Recognize the worth and dignity of individuals and treat them according to the Charter of Patient Rights.
- ❑ Demonstrate effective interpersonal and communication skills during interaction with the team, mother, family and community.
- ❑ Manage the ward in a cost effective manner.
- ❑ Provide a friendly, safe and motivating environment.
- ❑ Practice accountably and responsibly.
- ❑ Wear uniform with pride and dignity.
- ❑ Take part in decisions to reach the goals and objectives of the ward and the hospital.
- ❑ Provide continuous teaching and learning for a competent and productive workforce.
- ❑ Provide visible leadership and support.

### ***Our Style***

- Courteous, smart and open.
- Honest, ethical and creative.



## ***Kalafong Hospital Labour Ward***



## ***Information Leaflet***

### ***Our Aim***

**Excellence towards a family centered  
service for a better life**

## **Dear Mother/Family**

Welcome to the Labour Ward of Kalafong Hospital. We hope that your stay with us will be as comfortable as possible.

### **General Information**

You have the right to be informed about your progress and to make decisions according to the information provided to you.

You will be cared for during your stay in one of the following units after being assessed by a midwife and medical doctor:

- **High care area** for mothers who need more frequent monitoring.
- **High risk area:** Doctors and midwives will take care of you in the high risk/ high care area.
- **Low risk area:** This area is a midwife obstetric driven unit. Only midwives will attend to you in this area. Doctors are available at all times should any problems arise.

It is the policy of the ward to practice *Better Birth Initiative* meaning that we encourage:

- Walking around before delivery particularly mothers in the low risk area.
- Enough food and drink unless otherwise indicated by the medical and nursing staff.
- Kangaroo mother care - mother-to-infant skin-to-skin care of the newborn baby. Information will be provided to you.
- Bedding-in of the newborn with mother.
- Breast-feeding.

### **The family:**

- The partner and a family member are allowed and encouraged to support the mother during labour. Only two people are allowed to support the mother during the labour process.

- Should you have any requests that differ from the normal hospital practices please discuss this with the midwife appointed to take care of you. Requests will be evaluated and where possible attended to within the legal guidelines of the medical and nursing profession.
- The family is encouraged to bring clothes and toiletries for the mother and baby's comfort. We can only provide some necessities within our financial constraints.

We are working in a culturally diverse hospital; the staff of the hospital is highly skilled. We are also an academic training hospital in partnership with various medical and nursing schools. Our main training partner is the University of Pretoria.

### **The care that you can expect from the nursing and medical staff:**

- We are committed and dedicated to promote the health of the mother and baby.
- Have a non-judgmental and caring attitude in providing quality care.
- Respond to the needs of the mother and baby.
- Provide safe care, this includes:
  - Monitoring of the mother and baby's condition.
  - Deliver the baby when the time is ready.
  - Provide adequate information.
  - Transfer the mother to ward 10 or 25 after delivery.

***If you experience any problems please do not hesitate to talk to the nursing sister in charge of the unit.***

***Tel no (012) 318 6400/6477***