

**DIE BELEWENIS VAN DIE PASIËNT  
EN DIE VERPLEEGKUNDIGE TYDENS  
TUBERKULOSE-ONDERRIG**

**Marie Strydom**

**B.A. (met Verpleegkundevakke)**

**Verhandeling voorgelê vir die graad Magister  
Artium in die Departement Verpleegkunde aan  
die Potchefstroomse Universiteit vir  
Christelike Hoër Onderwys**

**Studieleier : Dr. A.H. Nel**

**Mede-studieleier : Prof. Dr. M. Greeff**

**POTCHEFSTROOM**

**NOVEMBER 1995**

Opgedra aan die Here, my Verlosser en  
Saligmaker, wat Fillipense 4:13 ook in  
hierdie navorsing laat realiseer het:

"Ek is tot alles in staat  
deur Hom wat my krag gee".

# DANKBETUIGINGS

Ek spreek graag my opregte dank en waardering teenoor die volgende persone uit:

- My dierbare man, Louis, vir sy geloof in my, al sy harde werk, volgehoue aanmoediging, en ondersteuning.
- My kinders, Marié-Louise, Chriselna en Corné, vir hulle hulp, opofferings, aanmoediging en hulle saamleef met 'n studerende ma.
- My ouers, Chris en Lettie Coetzee, vir hulle ondersteuning en aanmoediging.
- My studieleier, dr. Albé Nel, vir haar leiding, aanmoediging, beskikbaarheid en aansporende wyse waarop sy as begeleier opgetree het.
- My mede-studieleier, prof. Minrie Greeff, vir haar deskundige leiding, aanmoediging, geduld, hulp en persoonlike ondersteuning in tye wat ek dit baie nodig gehad het.
- Die verpleegkundiges en pasiënte, as deelnemers aan hierdie navorsing, wat gewillig was om hulle belewenisse met my te deel.
- Dr. Ann Müller, vir haar hulp met die analise van data.
- Prof. P.D. van der Walt vir deeglike taalversorging onder baie moeilike omstandighede.
- Mev. C. van der Walt vir haar hulpverlening.

### Dankbetuigings (vervolg)

- My kollega, Lillian Thoabala, vir haar aanmoediging.
- My huishulp, Lettie Mahole, vir haar geduld en begrip.
- Die verpleegkundiges wat as tussengangers opgetree het en hierdeur 'n belangrike bydrae gelewer het.
- Die instansies wat aan my beurse toegeken het:
  - \* P.G.S.-navorsingskomitee, Noordwesprovinsie.
  - \* Florence Nightingale-komitee van die Suid Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

## OPSOMMING

Alhoewel tuberkulose 'n geneesbare siekte is, word dit in April 1993 deur die Wêreldgesondheidsorganisasie as 'n wêreldwye nood verklaar. Een van die faktore wat 'n nadelige uitwerking op die stryd teen tuberkulose het, is die feit dat tuberkulosepasiënte die neem van hul medisyne twee of meer maande gedurende of aan die einde van die minimumbehandelingstydperk van ses maande staak, en hierdie kronies "half-gesonde-half-siek"-pasiënte dan as uitvallers bekend staan en die siekte na andere versprei.

Alhoewel verskeie faktore moontlik die uitval van pasiënte bevorder, is in hierdie navorsing net op die onderrig-leersituasie gefokus. Die belewenisse van beide die primêre gesondheidsverpleegkundige en die tuberkulosepasiënt in die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig is binne die konteks van die Noordwesprovinsie verken en beskryf, met die volgende ten doel:

- om die belewenis van die verpleegkundige en die tuberkulosepasiënt in die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig te verken en te beskryf;
- om riglyne daar te stel vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

Fenomenologiese onderhoude is met sewe primêre gesondheidsverpleegkundiges en ses tuberkulosepasiënte gevoer, met die volgende afsonderlike vraag vir elke kategorie, naamlik vir die verpleegkundiges: "Hoe het u die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig aan tuberkulosepasiënte beleef?", en vir die pasiënte: "Hoe het u die onderrig-leersituasie wat u vir tuberkulose ontvang het, beleef?"

Onderhoude is op band vasgelê en verbatim getranskribeer. 'n Kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) en Giorgi (Omery, 1983:57-58) se metode van inhoudsanalise is in samewerking met 'n onafhanklike mede-kodeerder gebruik om die data te kodeer en te analiseer.

In hierdie navorsing is gevind dat volwassene-onderrigbeginsels nie in die onderrig-leersituasie gevestig is nie, terwyl die ouer-kind-egostaat ten opsigte van kommunikasie oorheers. Die verpleegkundige neig om vanuit die ouerrol te praat, met bepaalde verdedigingsmeganismes in werking. Sy is nie gemotiveerd nie, terwyl skuldgevoelens, woede en negatiewe persepsies van onderrig by haar oorheers. Die pasiënt is weer geneig om vanuit die kinderrol op te tree deur passief, vreesbevange, afhanklik en onverantwoordelik te wees, terwyl hy wanpersepsies van tuberkulose-onderrig het. Beide kategorieë fokus sterk op medikasie, wat daartoe bydra dat albei die totale ondersteuningstelsel nie in perspektief kan sien nie. 'n Terapeutiese verhouding is afwesig.

Riglyne aan die verpleegkundige, vir die toepassing van volwasse-ne-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose is gestel om die verpleegkundige se kennis en vaardighede ten opsigte van interpersoonlike verhoudinge, vakkennis, taakgeoriënteerde versus pasiëntgeoriënteerde verpleegbenadering, motivering van die verpleegkundige, sosiale ondersteuningstelsels, stimulering van die pasiënt se motivering, herstel van die pasiënt se borsgesentreerdheid en die verantwoordelikeaansvaarding vir sy eie gesondheid asook die herstel van die rol van die verpleegkundige, te bevorder.

**SLEUTELTERME:** Primêre gesondheidsverpleegkundige; tuberkulose; tuberkulosepasiënt; uitvaller; onderrig-leersituasie; onderrig-leerbeginsels; volwassene-onderrig; volwassene-onderrigbeginsels.

## ABSTRACT

Although tuberculosis is regarded as a curable disease, it was declared a global emergency by the World Health Organization in 1993. One of the factors with a detrimental effect on the struggle against tuberculosis, is the fact that patients suffering from tuberculosis often stop taking their prescribed medicine for two or more months during or at the end of the minimum treatment period of six months. The result is that these chronic "half-cured and half-ill" patients, who are known as defaulters, then infect other people.

Although various factors could possibly contribute towards the non compliance of patients, this research will focus only on the teaching-learning situation. The experience of both the primary health nurse and the patient suffering from tuberculosis during the teaching-learning situation in tuberculosis education has been explored and described within the context of the North West Province with the following aims:

- to explore and describe the experience of the nurse and the patient suffering from tuberculosis in the teaching-learning situation in tuberculosis education;
- to set guidelines for the implementation of adult-teaching principles in the teaching-learning situation with regard to tuberculosis, which might possibly contribute towards a decrease in the number of defaulters among patients suffering from tuberculosis and would encourage the facilitation of such patients' desire to be cured.

Phenomenological interviews were conducted with seven primary health nurses and six patients suffering from tuberculosis and the following questions asked in each respective category. The nurses were asked: "How did you experience the situation during education given to patients with tuberculosis?" and the patients:

"How did you experience the situation during education received for tuberculosis?".

Interviews were recorded on tape and transcribed verbatim. A combination of Kerlinger (1986:477-483) and Giorgi's (Omery, 1983:57-58) method of content analysis was used in cooperation with an independent encoder to analyse and encode the data.

This research has proven that adult-teaching principles have not been established in the teaching-learning situation and that the parent-child ego states predominates in communication. The nurse is inclined to assume the role of parent with specific defence mechanisms in place. She is not motivated and is dominated by guilt feelings, rage and negative perceptions of teaching. On the other hand, the patient is inclined to assume the role of the child by acting in a passive, frightened, dependent and irresponsible way with misconceptions of tuberculosis education. Both parties focus mainly on medication with the result that they are unable to perceive the total scope of the support system in the correct perspective. A therapeutic relationship is absent.

Guidelines have been formulated for nurses to apply as adult-teaching principles in the teaching-learning situation with regard to tuberculosis in order to promote the nurse's knowledge and skills concerning: interpersonal relations, subject knowledge, a task versus patient oriented nursing approach, the motivation of the nurse, social support systems, stimulation of the patient's motivation, recovery from the patient's breast centredness and the acceptance of responsibility for his own health as well as the affirmation of the role of the nurse.

**KEY TERMS:** primary health nurse; tuberculosis; a patient suffering from tuberculosis; defaulter; teaching-learning situation; teaching-learning principles; adult education; adult-teaching principles.

**TITLE:** The individual experiences of patient and nurse during tuberculosis education.

# INHOUD

	BLADSY
OPSOMMING	(iii)
ABSTRACT	(v)
HOOFSTUK 1	
'N OORSIG VAN DIE BEPLANDE NAVORSING	1
1.1 Agtergrond en motivering van die navorsing	1
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Doelstelling van die navorsing	11
1.4 Navorsingsmodel	11
1.5 Paradigmatiese perspektief	14
1.5.1 Metateoretiese stellings	15
1.5.1.1 Die mens	15
1.5.1.2 Gesondheid	15
1.5.1.3 Siekte	15
1.5.1.4 Verpleging	16
1.5.1.5 Omgewing	16
1.5.2 Teoretiese stellings	17
1.5.2.1 Sentrale teoretiese stelling	17
1.5.2.2 Teorieë en modelle	17
1.5.2.3 Konseptuele omskrywings	18
1.5.3 Metodologiese stellings	22

## Inhoud (vervolg)

1.6	Navorsingsontwerp	23
1.7	Navorsingsmetode	23
1.7.1	Steekproef	23
1.7.1.1	Populasie	24
1.7.1.2	Steekproefneming	24
1.7.2	Data-insameling	24
1.7.3	Data-analise	25
1.7.4	Betroubaarheid en geldigheid	26
1.8	Literatuurkontrole	26
1.9	Stel van riglyne	26
1.10	Hoofstukindeling	27
<b>HOOFSTUK</b>	<b>2</b>	
<b>NAVORSINGSONTWERP EN -METODE</b>		<b>28</b>
2.1	Inleiding	28
2.2	Navorsingsontwerp	28
2.2.1	Verkenning en beskrywing	28
2.2.2	Konteks van die navorsing	28

## Inhoud (vervolg)

2.3	Navorsingsmetode	31
2.3.1	Steekproef	31
2.3.1.1	Populasie	31
2.3.1.2	Steekproefneming	32
2.3.1.3	Kriteria vir insluiting	32
2.3.2	Data-insameling	34
2.3.2.1	Die rol van die navorser voor onderhoudvoering	34
2.3.2.2	Fisieke opset	36
2.3.2.3	Onderhoud	36
2.3.2.4	Veldnotas	40
2.3.2.5	Etiese aspekte	41
2.3.3	Data-analise	42
2.3.4	Betroubaarheid en geldigheid	44
2.3.4.1	Betroubaarheid	44
2.3.4.2	Geldigheid	47
2.4	Literatuurkontrole	51
2.5	Stel van riglyne	51
2.6	Samevatting	51
<b>HOOFSTUK 3</b>		
<b>RESULTATE EN WEERGAWE VAN RESULTATE</b>		52
3.1	Inleiding	52
3.2	Analise van data	52

## Inhoud (vervolg)

3.3	Weergawe van resultate	55
3.3.1	Die weergawe van resultate van die verpleegkundiges	56
3.3.1.1	Belewenisse van die interne omgewing	56
3.3.1.2	Belewenisse van die eksterne omgewing	62
3.3.1.3	Belewenisse aangaande kenmerkende wyse van interaksie	69
3.3.2	Die weergawe van resultate van die pasiënte	70
3.3.2.1	Belewenisse van die interne omgewing	70
3.3.2.2	Belewenisse van die eksterne omgewing	77
3.3.2.3	Belewenisse aangaande kenmerkende wyse van interaksie	79
3.4	Samevatting	82

## HOOFSTUK 4

	<b>VERGELYKING VAN RELEVANTE LITERATUUR MET DIE RESULTATE VAN DIE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES EN DIE PASIËNTE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG</b>	83
4.1	Inleiding	83
4.2	Die vergelyking van resultate met relevante literatuur	84

## Inhoud (vervolg)

4.2.1	Die belewensisse van die verpleegkundiges	85
4.2.1.1	Belewensisse van die interne omgewing	85
4.2.1.2	Belewensisse van die eksterne omgewing	92
4.2.2	Die belewensisse van die pasiënte	109
4.2.2.1	Belewensisse van die interne omgewing	109
4.2.2.2	Belewensisse van die eksterne omgewing	113
4.2.2.3	Kenmerkende wyse van interaksie	117
4.3	Nuwe insigte uit die navorsing verkry	121
4.5	Samevatting	123

## HOOFSTUK 5

<b>GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS MET SPESIFIEKE VERWYSING NA DIE DAARSTELLING VAN RIGLYNE VIR DIE TOEPASSING VAN VOLWASSENE-ONDERRIGBEGINSELS IN DIE ONDERRIG-LEERSITUASIE TEN OPSIGTE VAN TUBERKULOSE</b>	124
5.1 Inleiding	124
5.2 Gevolgtrekkings	124

## Inhoud (vervolg)

5.2.1	Stellings soos van toepassing op die verpleegkundige	132
5.2.2	Stellings soos van toepassing op die pasiënt	134
5.3	Tekortkominge van hierdie navorsing	135
5.4	Aanbevelings	136
5.4.1	Algemene toepassingsmoontlikhede	136
5.4.1.1	Toepassingsmoontlikhede in verpleegonderwys	136
5.4.1.2	Toepassingsmoontlikhede in verpleegnavoring	137
5.4.1.3	Toepassingsmoontlikhede in verpleegpraktyk	138
5.4.2	Spesifieke riglyne vir die toepassing van volwassene-onderwysbeginsels in die onderwysleersituasie ten opsigte van tuberkulose soos uit die resultate van die navorsing en die literatuur voortspruit	140
5.4.2.1	Riglyne soos van toepassing op die verpleegkundige as onderwyser	140
5.4.2.2	Riglyne wat in ag geneem moet word ten opsigte van die pasiënt as leerder	164
5.5	Samevatting	173

## Inhoud (vervolg)

<b>BIBLIOGRAFIE</b>	174
---------------------	-----

### LYS VAN FIGURE

Figuur 1.1	Botes se model vir wetenskapsbeoefening in die verpleegkunde	12
------------	---	----

### LYS VAN TABELLE

Tabel 3.1:	Intellektuele belewenisse van die verpleeg- kundiges tydens tuberkulose-onderrig	57
Tabel 3.2:	Emosionele belewenisse van die verpleeg- kundiges tydens tuberkulose-onderrig	60
Tabel 3.3:	Wilsbelewenisse van die verpleegkundiges tydens tuberkulose-onderrig	62
Tabel 3.4:	Fisiese belewenisse van die verpleegkun- diges tydens tuberkulose-onderrig	63
Tabel 3.5:	Sosiale belewenisse van die verpleegkun- diges tydens tuberkulose-onderrig	66
Tabel 3.6:	Geestelike belewenisse van die verpleeg- kundiges tydens tuberkulose-onderrig	69
Tabel 3.7:	Belewenisse van die verpleegkundiges aan- gaande kenmerkende wyse van interaksie tydens tuberkulose-onderrig	70

## Inhoud (vervolg)

Tabel 3.8:	Liggaamlike belewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig	71
Tabel 3.9:	Intellektuele belewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig	72
Tabel 3.10:	Emosionele belewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig	74
Tabel 3.11:	Wilsbelewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig	76
Tabel 3.12:	Fisiese belewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig	77
Tabel 3.13:	Sosiale belewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig	79
Tabel 3.14:	Belewenisse van die pasiënte aangaande kenmerkende wyse van interaksie tydens tuberkulose-onderrig	80
Tabel 5.1:	Terapeutiese kommunikasietegnieke	149

## LYS VAN BYLAES

Bylae A:	Toestemmingsbrief aan die betrokke hoofde van die instansies	185
Bylae B:	Bekendstelling van navorsing aan tussengangers	188
Bylae C:	Versoek aan en toestemming gegee deur, die deelnemers vir die uitvoering van die navorsing	192

## Inhoud (vervolg)

Bylae D: Veldnotas	196
Bylae E: Werksprotokol	202
Bylae F: 'n Gedeelte van 'n transkripsie van 'n onderhoud	207
Bylae G: Gekodeerde data	208

# HOOFSTUK 1

## 'N OORSIG VAN DIE BEPLANDE NAVORSING

### 1.1 AGTERGROND EN MOTIVERING VAN DIE NAVORSING

Tuberkulose is 'n kroniese, akute of subakute, oordraagbare aanmeldbare siekte, gekenmerk deur tuberkelformasie in enige liggaamlike weefsel of orgaan. Dit is egter meestal die longe wat aangetas word (Van den Berg & Viljoen, 1989:225). Hierdie siekte is wêreldwyd 'n probleem. Volgens die Wêreldgesondheidsorganisasie was reeds in 1990 ongeveer twee biljoen mense aangetas deur die tuberkelbasil en het agt tot 10 miljoen mense jaarliks tuberkulose ontwikkel, terwyl twee tot drie miljoen as gevolg daarvan gesterf het (ANON, 1993a:26).

Die Wêreldgesondheidsorganisasie pak hierdie probleem op internasionale vlak aan, en verskeie pogings word aangewend om tuberkulose te beheer, soos in April 1993 toe tuberkulose as 'n wêreldwye nood verklaar is (WHO, 1994:1). Die Wêreldgesondheidsorganisasie beskou gesondheid as 'n basiese mensereg, ingevolge waarvan daarna gestreef word dat alle mense in die wêreld teen die jaar 2000 binne bereik van primêre gesondheidsorg sal wees, sodat hulle in staat gestel kan word om 'n maatskaplik en ekonomies produktiewe lewe te lei. Primêre gesondheidsorg sluit onder andere ook immunisering teen die vernaamste aansteeklike siektes (insluitend tuberkulose), asook voorkoming en beheer van plaaslike endemiese siektes, in.

Tuberkulose is dus een van die oordraagbare siektes wat deel van die Wêreldgesondheidsorganisasie se uitgebreide immuniseringsprogram, wat in 1974 van stapel gestuur is, vorm, en die beheer van endemiese en epidemiese siektes, wat tuberkulose insluit, is ook een van hul funksies (Kibel & Wagstaff, 1991:64).

Alhoewel tuberkulose relatief min in Suid-Afrika voor die negentiende eeu voorgekom het, is dit vandag die hooforsaak van beide morbiditeit en mortaliteit in die stedelike gebiede, met toenemende verspreiding na die platteland (Packard, 1991:42). In 1990 was daar na raming minstens 10 miljoen mense in Suid-Afrika deur tuberkulose aangetas, waarvan 80208 positiewe tuberkulosegevalle aangemeld is en 3000 sterftes plaasgevind het (ANON, 1993a:26; Küstner, 1995a:15). Volgens Kibel en Wagstaff (1991:239) is tuberkulose vir 83% van alle aanmeldbare siektes in die land verantwoordelik. Die omvang van die probleem word duidelik sigbaar wanneer na die statistiek van 1991 verwys word wat toon dat daar 'n toename van 80208 tot 89298 ten opsigte van aanmeldings van nuwe positiewe gevalle was (Küstner, 1995a:15).

Hierdie statistiese gegewens is egter nie 'n ware weerspieëling van die omvang van die siekte nie. Vroeëre opnames wat in Suid-Afrika uitgevoer is, toon aan dat vir elke tuberkulosepasiënt wat gediagnoseer en aangemeld is, daar minstens een, en in sommige gevalle twee, ongediagnoseerde tuberkulosepasiënte is (Glatthaar, 1991:8). Volgens Glatthaar (De Haan, 1988:133) is die gevalle wat aangemeld word, maar die punt van die ysberg en is daar 'n reuse-"poel" besmette mense wat help om die voorkoms van die siekte hoog te hou.

In Suid-Afrika, waar die voorkoms van tuberkulose een van die hoogstes ter wêreld is, word alles in die stryd gewerp om die siekte te beheer en te voorkom (De Haan, 1988:133). Die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling het 'n program in ooreenstemming met riglyne deur die Wêreldgesondheidsorganisasie neergelê, ontwerp. Hierby is die Nasionale Tuberkulosebeleid ingesluit, met as doel die vermindering van die getal aangetaste mense en die verligting van lyding veroorsaak deur tuberkulose. Verder beklemtoon die beleid ook dat soveel moontlike pasiënte nie gehospitaliseer moet word terwyl hulle onder behandeling is nie, want die toepassing van ambulante tuisbehandeling verseker dat die pasiënt by sy familie is en in die gemeenskap bly, wat hom in staat stel om nog sy dagtaak te verrig om so-

doende sy sosio-ekonomiese posisie te handhaaf (ANON, 1993a:26).

As die omvang van tuberkulose en die daadwerklike poging wat wêreldwyd, landwyd en op provinsiale vlak aangewend word om dit te bestry, in aanmerking geneem word, is dit verbasend om te weet dat tuberkulose 'n siekte is wat wel genees kan word. Dit is egter so dat die veroorsakende organisme reeds meer as honderd jaar gelede geïdentifiseer is en dat die wêreld nog besig is om te sukkel om die belangrikste oordraagbare siekte te beheer (Strebel & Seager, 1991:58).

Dieselfde probleme wat wêreldwyd ondervind word, word ook op provinsiale vlak ondervind. In 'n poging om tuberkulose te beheer word verskeie programme op hierdie vlak aangebied, maar dit wil voorkom asof dit nie altyd suksesvol is nie, omdat dit blyk dat daar verskeie faktore is wat 'n negatiewe uitwerking op die stryd teen tuberkulose mag hê. Enkele van hierdie faktore word vervolgens genoem.

## ■ **Kulturele gelowe**

Volgens tradisionele gelowe glo baie inheemse bevolkingsgroepe in Suid-Afrika dat tuberkulose veroorsaak word deur gif opsetlik in die pasiënt se voedsel of drank te gooi (Gumede, 1990:39). Hierdie pasiënte is dan onwillig om gebruik te maak van professionele hulp en wend hul eerder tot tradisionele genesers, wat moontlik nie oor die nodige kennis van tuberkulose, òf die medikasie, beskik nie. Dit is 'n groot probleem, want die verspreiding van tuberkulose per bevolkingsgroep vir 1994 is: swartes 66%, Kleurlinge 30%, blankes 1% en Asiate ,5% (Küstner, 1995b:19). Die meerderheid pasiënte is dus swart.

## ■ **Multikulturele benadering**

Volgens Lee en Buch (1991:294) beskou die meeste pasiënte die Westerse wyse van gesondheidsorg nie as voldoende vir tuberkulosebehandeling nie, en speel die tradisionele geneser 'n belangrike rol in dié verband. Verder beklemtoon hulle dat daar onvoldoende skakeling tussen die Suid-Afrikaanse tuberkulosebeheerprogram en tradisionele genesers bestaan. Die program is ook die basis vir die verpleegkundige se hantering van en onderrig aan die pasiënt. Moontlik geskied hierdie betrokkenheid by die pasiënt vanuit die verpleegkundige se kulturele agtergrond, wat heelwaarskynlik Westers is, met verdere versterking deur die program se moontlik Westerse grondslag.

## ■ **Onvoldoende opleiding ten opsigte van die verpleegkundige**

Die verpleegkundige word deur Collins (1993:27) erken as die persoon wat die oplossing in die stryd teen tuberkulose kan bied, deur onder andere grondige kennis van die siekte te hê en volle deelname aan gesondheidsonderrig. Tog noem Lee en Buch (1991:291-294) dat verpleegkundiges se kennis van tuberkulose, onderrigmetodes en -tegnieke nie na wense is nie. Moontlik voldoen die opleiding van die verpleegkundige nie aan die vereistes wat van haar verwag word om die pasiënt te onderrig en te fasiliteer nie.

## ■ **Onderbreking en/of staking van medikasiegebruik**

Pasiënte voel gewoonlik beter na voltooiing van ongeveer twee maande se medikasie. Dit kan daartoe lei dat hul nie meer hul medisyne gereeld drink nie of selfs die gebruik daarvan staak (ANON, 1993a:23). Indien hierdie staking van

medikasie vir twee of meer maande gedurende of aan die einde van die minimumbehandelingstydperk van ses maande geskied, staan hierdie pasiënt bekend as 'n uitvaller (Glatthaar, 1991:3). In 1992 was die uitvalsifer vir Suid-Afrika 17%, en vir die ou Wes-Transvaalstreek 22% - dus 5% hoër as die gemiddelde uitvalsifer in die land (Eggers & van Wyk, 1994:4-5).

Die omvang van die probleem word nie ten volle aangedui deur dié uitvalsifer nie. Packard (1991:53) wys daarop dat versuim van die pasiënt om sy behandeling te voltooi, nie net beteken kroniese "half-gesonde half-siek" pasiënte wat al hoe meer word nie, maar ook die vermeerdering van pasiënte waar weerstand teen sekere tuberkulosemedikasie ontwikkel. Hierdie pasiënte versprei ook tuberkulose na nuwe gevalle waar die basille dadelik primêre weerstand teen die medikasie ondervind en hierdie nuwe gevalle reeds aan die begin van hul siekte 'n swak prognose het.

## ■ **Buitepasiënte behandeling**

Soos bepaal deur die Suid-Afrikaanse Tuberkulosebeheerprogram, word die meerderheid pasiënte nie in 'n hospitaal opgeneem nie maar ontvang hulle hul medikasie van 'n kliniek en drink dit onder toesig van die primêre gesondheidsverpleegkundige of 'n betroubare volwassene (Glatthaar, 1991:63). Dit is egter so dat daar nie altyd opgeleide persone in die Noordwesprovinsie beskikbaar is vir kontroliering van medikasie-inname nie, hoofsaaklik as gevolg van die feit dat dit grotendeels 'n landelike gebied is met plekke ver van mekaar geleë.

## ■ **Onkundigheid van werkgewers**

Baie werkgewers is onkundig oor tuberkulose en weet nie dat 'n pasiënt wat behandeling ontvang, nie meer 'n gevaar vir ander mense ten opsigte van die aansteeklikheid daarvan inhoud nie. So 'n werkgewer ontslaan dan die pasiënt sodra tuberkulose gediagnoseer is. Die pasiënt asook sy familie ondervind dus uit die staanspoor 'n finansiële krisis (Packard, 1991:51). Dit kan moontlik daartoe bydra dat die pasiënt stilbly oor sy siekte en geen professionele mediese hulp soek nie.

## ■ **Sosio-ekonomiese toestande**

Die swak sosio-ekonomiese toestande mag aanleiding gee tot 'n verlaagde weerstand en voedingstaat wat die vatbaarheid van infeksies verhoog (Metcalf, 1991:26).

## ■ **VIGS en tuberkulose**

Wanneer beide tuberkulose en VIGS in 'n sluimerende staat teenwoordig is, is dit gewoonlik die tuberkulose wat gereaktiveer sal word, omdat die VIGS-virus die sellulêre immuniteit onderdruk. Ten opsigte van die huidige omvang van VIGS-getalle het dit dus implikasies vir tuberkulosepasiënte (Coovadia & Benatar, 1991:voorwoord; Glatthaar, 1991:61).

## ■ **Onderrig-leersituasie**

Die onderrig-leersituasie speel 'n belangrike rol in die stryd teen tuberkulose. Daarom beklemtoon die Tuberkulosebeleid gesondheidsonderrig as integrale en essensiële

komponent van die totale aanslag teen die siekte. Nie alleen moet die pasiënt hieromtrent onderrig word nie, maar ook die gemeenskap, sodat almal op 'n praktiese wyse betrokke kan raak by gevalopsoring, behandeling en beheer van tuberkulose (Lee & Buch, 1991:293).

Dit blyk dat die doel in 'n groot mate nie bereik word nie, want volgens Lee en Buch (1991:293) is die benadering van die onderriggewer in die onderrig-leersituasie baiekeer eerder neerbuigend, en deur die gebruik van tegniese taal sonder die nodige verduideliking van begrippe op lekevlak, word gevolglik 'n onduidelike boodskap oorgedra. Verder is die onderrig nie vernuwend genoeg nie. Die leerder speel 'n passiewe rol, in plaas van die gebruikmaking van gesprek tussen die leerder en onderriggewer asook van onderrigmetodes geskik vir volwassenes.

Die volgende statistiese gegewens vir 1994 dui op die verspreiding van tuberkulose volgens ouderdom en werp lig op die ouderdom van die leerders wat ten opsigte van tuberkulose-onderrig ter sprake kom: 14% is onder vier jaar, 13% is tussen vyf en 14 jaar, 70% is 15 jaar en ouer (Küstner, 1995b:19). Die meerderheid tuberkulosepasiënte is dus volwassenes. In die geval waar 'n kind die pasiënt is, neem 'n volwassene verantwoordelikheid vir die kind (Glatthaar, 1991:63).

Dit mag wees dat volwassene- of androgogiese-onderrigbeginsels soos deur Knowles (1986:8) gestel, en die onderrigleerbeginsels, soos deur Fraser, Loubser en Van Rooy (1990:56-79) uiteengesit, nie ingesluit word wanneer onderrig beplan en deur die verpleegkundige toegepas word nie.

## ■ Houding van die pasiënt

Volgens Lee en Buch (1991:293) het navorsing ten opsigte van die tuberkulosepasiënt die volgende getoon: die pasiënt se houding is negatief teenoor tuberkulose en sy kennis van die siekte is swak; hy besef nie die risiko's aan die siekte verbonde nie en het 'n wanindruk ten opsigte van wat hospitalisasie inhou, asook wat die behandelingstyd, soos van toepassing op tuberkulose, is; die stigma wat aan tuberkulose kleef, bly onveranderd negatief.

Die moontlike afwesigheid van volwassene-onderdigbeginsels, soos deur Knowles (1886:8) uiteengesit, en onderrig-leerbeginsels soos deur Fraser et al. (1990:56-79) verduidelik, mag moontlik vir dié negatiewe houding van die pasiënt, asook sy onvoldoende kennis aangaande tuberkulose, verantwoordelik wees.

## 1.2 PROBLEEMSTELLING

Die gevolge wat tuberkulose in die toekoms kan hê, is nie duidelik voorspelbaar nie, want verskeie faktore, soos reeds verduidelik, het 'n uitwerking daarop, wat elke keer daartoe bydra dat die tuberkuloseprobleem vererger.

Tans is daar egter weer 'n styging in getalle. In die ou Wes-Transvaalstreek alleen is 1841 en 1914 tuberkulosegevalle onderskeidelik in 1991 en 1992 aangemeld (Küstner, 1993:2). Vir die huidige Noordwesprovinsie is 3004 tuberkulosepasiënte vir 1994 aangemeld (Küstner, 1995b:19). In Suid-Afrika is die ontstaansyfer van tuberkulose 364 per 100000 mense vir 1991, wat dieselfde is as vir 1990, maar die voorkomsyfer het toegeneem van 590 per 100000 in 1990 tot 622 per 100000 in 1991, en wat op sy beurt aandui dat pasiënte langer medikasie ontvang as in die verlede (Küstner, 1993:3). Een van die redes kan wees dat die pasiënte hul medikasie vir 'n sekere tydperk staak, en wanneer

hulle weer begin, word hul behandelingstyd ooreenkomstig die onderbreking verleng.

Verskeie faktore lei tot die bemoeiliking van die stryd teen tuberkulose, waarvan die onderrig-leersituasie, wat moontlik mag bydra tot die uitval van pasiënte, 'n belangrike aspek is en dan ook die fokus van hierdie navorsing vorm.

Die vraag ontstaan nou waarom pasiënte hul behandeling voor die voorgeskrewe behandelingstydperk staak? Alhoewel verskeie faktore wat genoem is, moontlik 'n invloed op die stryd teen tuberkulose het, word hier net gekonsentreer op die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig, wat moontlik mag bydra dat pasiënte uitval.

Dit lyk of die probleem in die onderrig-leersituasie moontlik aan die verpleegkundige se kant kan lê, want Lee en Buch (1991:291-294) wys daarop dat verpleegkundiges onwillig is om die ekstra lading wat tuberkulose van hul verg, op hulle te neem, of hulle hanteer dit op 'n lae prioriteitsvlak as gevolg van hul reeds vol program. Gevolglik is hul kennis van tuberkulose, onderrigmetodes en -tegnieke nie na wense nie. Terselfdertyd is die pasiënt se houding teenoor en sy kennis van tuberkulose swak.

Dit blyk dus dat motivering by sowel die pasiënt as die verpleegkundige ontbreek, omdat albei se houding teenoor en kennis van tuberkulose swak is. Waar motivering moontlik ontbreek, kan die beginsel van onderrig ook nie tot sy reg kom nie, want Lee en Buch (1991:293) wys verder daarop dat die pasiënt passief is, omdat geen tweerigtingkommunikasie tydens onderrig plaasvind nie.

Tweerigtingkommunikasie word in die riglyne van die Suid-Afrikaanse Tuberkulosebeheerprogram (NHPD, 1992:13) beklemtoon, en aktiewe deelname aan die onderrig-leersituasie deur die pasiënt mag verder versterk word deur 'n geskrewe kontrak tussen die verpleegkundige en die pasiënt op te stel waarin duidelike verantwoordelikhede en verwagtinge ten opsigte van albei partye uit-

eengesit word (NHPD, 1992:13). Deur hierdie geskrewe kontrak aanvaar die pasiënt dus volle verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid en bied hy sy algehele samewerking in hierdie verband aan.

Verder beveel die program ook aan dat ambulante medikasietoediening in die teenwoordigheid en onder toesig van 'n betroubare volwassene geskied (NHPD, 1992:13). Soos reeds aangedui, is die meeste pasiënte volwassenes. Dit blyk dus dat die volwassene as pasiënt en toesighoudende medikasietoediening eintlik in teenstelling is met volwassene-onderrigbeginsels soos deur Knowles (1986:8) gestel. Die pasiënt het dus nie nodig om gemotiveerd te wees nie, want 'n ander persoon aanvaar verantwoordelikheid vir hom. Die feit dat iemand vir hom verantwoordelikheid aanvaar, is in stryd met alle volwassene-onderrigbeginsels. Die genoemde kontrak het ten doel om die pasiënt te wys op sy verantwoordelikheid en om te hou by sy verantwoordelikheid, maar die huidige toepassing van 'n kontrak sowel as die neem van medikasie onder toesig veronderstel dat die verantwoordelikheid van die pasiënt se gesondheid aan hom oorgedra word maar aan die ander kant weer teruggeneem word. Dit is dus 'n geval dat die pasiënt nie 'n volwasse deelgenoot ten opsigte van sy eie gesondheid is nie, soos deur Lee en Buch (1991:296) aanbeveel.

Nie alleen mag die pasiënt ondervind dat hy nie deel het aan sy eie gesondheid nie, maar die taalgebruik kan moontlik vreemd vir hom wees. In dié verband noem Lee en Buch (1991:193) dat onderdig aangebied word deur die gebruikmaking van tegniese taal, sonder die nodige verduideliking, met 'n gevolglik onduidelike boodskap. Verder mag kommunikasie as onderrigbeginsel meer benadeel word indien die pasiënt nie in sy moedertaal onderrig word nie en hy gevolglik nog minder van die boodskap verstaan.

Hierdie onduidelike boodskap kan moontlik beter verstaan word deur die gebruikmaking van toepaslik aanvaarbare onderrigmedia en -metodes, maar Lee en Buch (1991:293) wys daarop dat onderrigmedia en -vaardighede onvoldoende is tydens tuberkulose-onderdig.

Die vraag ontstaan nou of 'n toepaslike wyse van onderrig, as deel van die onderrig-leersituasie, sal bydra tot die tuberkulosepasiënte se meer effektiewe neem van medikasie en gevolglik 'n groter kans tot genesing.

Dit bring die navorser by die sentrale navorsingsvraag: "Hoe beleef die pasiënt en die verpleegkundige die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig?"

### **1.3 DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING**

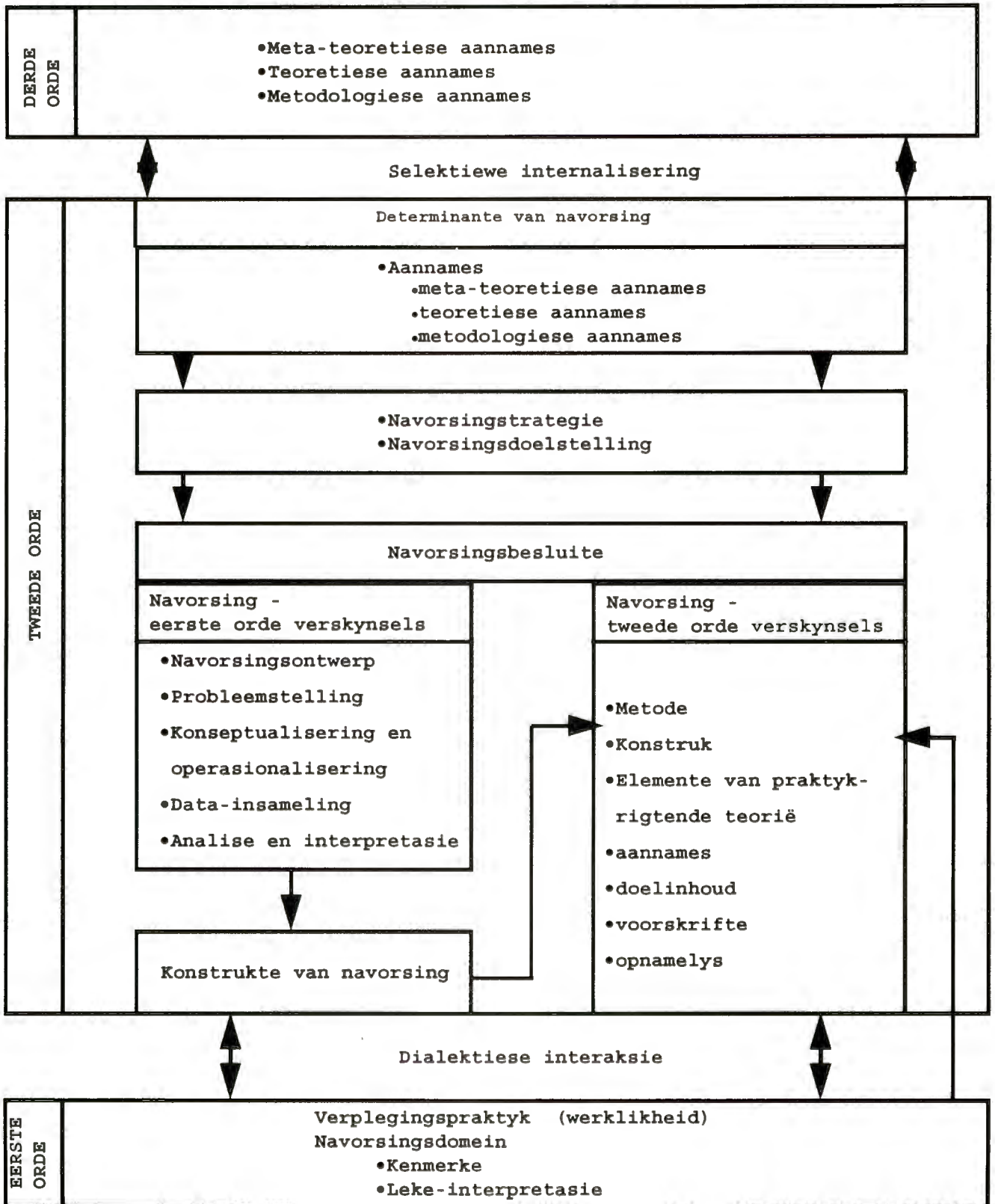
**Die doel van hierdie navorsing is om:**

- die belewenis van die verpleegkundige en die tuberkulosepasiënt in die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig te verken en te beskryf;
- riglyne daar te stel vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

### **1.4 NAVORSINGSMODEL**

Botes (1992:36-42) se model vir navorsing in Verpleegkunde sal gebruik word om die navorsing te rig. Kyk Figuur 1.1 aan die hand waarvan die volgende beskrywing sal plaasvind.

FIGUUR 1.1: BOTES SE MODEL VIR WETENSKAPSBOEFENING IN DIE VERPLEEGKUNDE



(Botes, 1992:38)

Die model van Botes (1992:36-42) is van toepassing op kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsontwerpe, asook teorievorming.

Die aktiwiteite van verpleging word op drie vlakke of volgens drie ordes voorgestel, en die drie ordes staan in verhouding tot mekaar.

## ■ Eerste orde

Die eerste orde verteenwoordig die verplegingspraktyk, en die aktiwiteite wat hier plaasvind, is verpleging. Die wetenskapsbeoefenaar ondersoek probleme in die verplegingspraktyk en probeer oplossings vir die probleme vind.

Dit is dan ook in hierdie eerste orde dat dié navorsing plaasvind.

Alhoewel die meeste verpleegkundige handelingeg grond is op die kennisinhoud van Verpleegkunde, vind daar vele verplegingshandelingeg plaas wat op voorwetenskaplike vertolkings berus. Die navorser moet kennis neem van hierdie interpretasies om tot volledige begrip van die verplegingpraktyk te kom. Die vertolkings moet krities verken, ontleed en getoets word om dit deel te maak van die kennisinhoud van Verpleegkunde indien dit geldig wil wees (Botes, 1992:39).

## ■ Tweede orde

Dié orde is die teorie en metodologie van Verpleegkunde, met navorsing en teorievorming as aktiwiteite. Die navorsingsproses omvat die navorsingsbesluite wat geneem word in die uitvoering van die navorsingstaak. Dié besluite word binne die raamwerk van die bepalers van navorsing geneem. Die kenmerke van die navorsingsterrein, aannames van die

navorser, navorsingsdoelstellings en navorsingskonteks tree as determinante vir navorsingsbesluite op. Navorsingsbesluite word geneem in terme van inisiëring, konseptualisering, formulering, navorsingsontwerp asook kommunikasie en implementering (Botes, 1992:39).

## ■ Derde orde

Dié orde is die paradigmatiese perspektief. Die navorser internaliseer selektief aannames vanuit die paradigmatiese perspektief vir die navorsing. Die verskillende aannames verteenwoordig die komponente van 'n paradigma en is metateoreties, teoreties en metodologies van aard (Botes, 1992:39).

Ook in hierdie navorsing word laasgenoemde stellings in die paradigmatiese perspektief gestel, naamlik **metateoreties**, **teoreties** en **metodologies**.

### 1.5 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die vertrekpunt van die navorsing sal vanuit die Verplegings-teorie vir Mensheelijkheid (ORU, 1990:136-142) geskied, waar die mens as heelpersoon beskou word, en soos aanvaar deur die Departement Verpleegkunde aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. Die teorie is gebaseer op Christelike, Bybelse beginsels.

Hierdie teorie weerspieël die fokus op die heelpersoon, naamlik: liggaam (alle anatomiese strukture en fisiologiese prosesse), psige (emosionele, wils- en intellektuele prosesse) en gees (die deel van die mens wat in verhouding tot God staan) sowel as die parameters van verpleegdiens en oortuigings omtrent die mens, gesondheid, siekte en verpleging (ORU, 1990:136-142).

## **1.5.1 Metateoretiese stellings**

Die metateoretiese stellings word vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheeleid as teoretiese raamwerk aangehang, en vervolgens word die **mens, gesondheid, siekte** en **verpleging** omskryf (ORU, 1990:136-142), asook **omgewing** soos gedefinieer deur die Randse Afrikaanse Universiteit (RAU, 1991:7).

### **1.5.1.1 Die mens**

Die mens is 'n geestelike wese wat op 'n geïntegreerde bio-psigo-sosiale wyse funksioneer ten einde sy strewe na heeleid te verwesenlik. Die mens tree as geheel met sy interne en eksterne omgewing in interaksie.

### **1.5.1.2 Gesondheid**

Gesondheid is 'n toestand van geestelike, psigiese en liggaamlike heeleid. Die mens se kenmerkende wyse van interaksie met sy interne en eksterne omgewing bepaal sy gesondheidstatus. Gesondheid kan kwalitatief op 'n kontinuum van maksimum- tot minimumgesondheid beskryf word. 'n Gesonde persoon het ook die potensiaal om siek te word.

### **1.5.1.3 Siekte**

Siekte is 'n dinamiese toestand wat die aard van die mens se kenmerkende wyse van interaksie ten opsigte van stresfaktore in sy interne en eksterne omgewing reflekteer. Siekte kan kwalitatief op 'n kontinuum van ernstige tot minimale siekte beskryf word. Die mens wat siek is, het ook die potensiaal om gesond te word.

#### **1.5.1.4 Verpleging**

Verpleging is 'n diens wat daarop gerig is om die individu, gesin en/of gemeenskap te help om gesondheid te herstel, te bevorder en te handhaaf.

Sentraal aan hierdie diens is die konsep van Verpleging vir Mensheelheid. Die handhawing, bevordering en herstel van gesondheid word soos volg omskryf:

- Die handhawing van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat gerig is op die voortsetting of instandhouding van die gesondheidstatus van individue, gesinne en/of gemeenskappe.
- Bevordering van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat bydra tot 'n groter mate van heelheid vir die individu, gesin en/of gemeenskap.
- Herstel van gesondheid verwys na die verplegingsaktiwiteite wat die terugkeer na vorige ervarede vlakke van gesondheid van individue, gesinne en/of gemeenskappe fasiliteer.

#### **1.5.1.5 Omgewing**

Dié konsep word deur die Departement Verpleegkunde, Randse Afrikaanse Universiteit, omskryf (RAU, 1991:7). Hierdie konsep sluit 'n interne sowel as 'n eksterne omgewing in. Die interne omgewing is liggaamlik, psigies en geestelik van aard, terwyl die eksterne omgewing fisies, sosiaal en geestelik van aard is. Kenmerkende wyses van interaksie tussen die interne en eksterne omgewing bepaal die gesondheidstatus.

## **1.5.2 Teoretiese stellings**

Die **sentrale teoretiese stelling, teorieë en modelle**, asook **konseptuele omskrywings** soos van toepassing in hierdie navorsing, word vervolgens weergegee.

### **1.5.2.1 Sentrale teoretiese stelling**

Kennis van die verpleegkundige sowel as die tuberkulosepasiënt se belewenis tydens die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig sal die primêre gesondheidsverpleegkundige van hulp wees om volwassene-onderrigbeginsels tydens die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig ten opsigte van die tuberkulosepasiënt toe te pas. Riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie van tuberkulose, mag moontlik tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte bydra, asook die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt, omdat die pasiënt moontlik verantwoordelikheid vir die neem van sy medisyne mag aanvaar.

### **1.5.2.2 Teorieë en modelle**

Die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990-136-142; RAU, 1991:7-9) word as teoretiese vertrekpunt gebruik.

In die literatuurkontrole sal geselekteerde toepaslike teorieë en navorsing gebruik word om die resultate van hierdie navorsing te vergelyk met die bevinding van ander navorsings wat relevant is vir hierdie betrokke navorsing.

### 1.5.2.3 Konseptuele omskrywings

Vervolgens die omskrywing van konsepte soos van toepassing in hierdie navorsing.

#### ■ **Tuberkulose**

Tuberkulose is 'n aansteeklike siekte veroorsaak deur 'n spesifieke basil, naamlik *Mycobacterium tuberculosis* en word gekenmerk deur die vorming van tuberkels. Tuberkulose letsels word veral in die longe, dermkanaal en limfknope aangetref maar kan wydverspreid in die liggaam voorkom (Brink, 1988:498). Dit is 'n voorkombare, geneesbare siekte met 'n sosio-ekonomiese agtergrond (Glatthaar, 1991:5).

#### ■ **Tuberkulosepasiënt**

'n Tuberkulosepasiënt is 'n persoon wat aan enige vorm van tuberkulose ly (Coovadia & Benatar, 1991:91-121).

Vir die doel van hierdie navorsing sal daar na die tuberkulosepasiënt as "pasiënt" verwys word asook na "hom", maar dit is ook op "haar" van toepassing.

#### ■ **Uitvaller**

'n Uitvaller is 'n tuberkulosepasiënt wat self sy tuberkulosebehandeling vir 'n periode van twee maande of langer staak op enige tydstip binne of aan die einde van die minimumbehandelings tydperk van ses maande (Glatthaar, 1991:3).

## ■ **Behandeling onder toesig**

Behandeling onder toesig veronderstel dat alle tuberkulosemedikasie aan 'n pasiënt toegedien word deur 'n volwasse, verantwoordelike persoon wat ook toesien dat elke tablet/ kapsule in sy/haar teenwoordigheid ingeneem word (Glatthaar, 1991:3).

## ■ **Primêre gesondheidsorg**

Primêre gesondheidsorg is noodsaaklike gesondheidsorg wat gegrond is op praktiese, wetenskaplik gefundeerde en sosiaal aanvaarbare metodes en tegnologie. Dit is universeel toeganklik vir individue en gesinne in die gemeenskap. Die gemeenskap is aktief by primêre gesondheidsorg betrokke, en dit word gelewer teen 'n koste wat die gemeenskap en die land kan bekostig. Primêre gesondheidsorg vorm 'n integrale deel van die land se gesondheidsdienste asook van die algemene sosiale en ekonomiese ontwikkeling van die gemeenskap. Dit is die eerste vlak van kontak van individue en gesinne met die gesondheidstelsel, aangesien primêre gesondheidsorg gelewer word so na as moontlik aan waar persone woon en werk. Primêre gesondheidsorg is die eerste element van 'n volgehoue gesondheidsorgproses (Welman, 1991:2).

## ■ **Primêre gesondheidsverpleegkundige**

'n Primêre gesondheidsverpleegkundige is 'n geregistreerde verpleegkundige wat binne die bestek van haar praktyk 'n primêre gesondheidsorgdiens lewer. Volgens die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging het hierdie sorg twee dimensies:

- dit dui op 'n persoon se eerste kontak tydens enige siekte-ervaring met 'n gesondheidsorgstelsel, wat lei tot besluitneming met betrekking tot die oplossing van hierdie probleem;
- dit behels gesondheidsorg waarin verantwoordelikheid aanvaar word vir die volle tydperk van gesondheidsorg en bevat dus voorkomende, bevorderende, instandhoudende, kuratiewe en rehabilitatiewe fasette van versorging wat op primêre vlak aangebied word (SAVV, 1991b:1).

Vir die doel van hierdie navorsing is die primêre gesondheidsverpleegkundige werkzaam by 'n plattelandse mobiele of vaste gesondheidsdiens, of by 'n Plaaslike Owerheidsklyniek. Verder word primêre gesondheidsverpleegkundige veronderstel, indien na "verpleegkundige" verwys word. Alhoewel na "haar" verwys word, is dit ook op "hom" van toepassing.

## ■ Onderrig-leersituasie

Die onderrig-leersituasie is die situasie waartydens die onderriggewer doelbewus en stelselmatig bepaalde leerinhoude aan die volwasse leerder oordra, sodat leer kan plaasvind. Hierdie leerinhoude word deur bepaalde onderrigmodes en met behulp van bepaalde onderrigmedia op verantwoordbare wyse onderrig. Die onderrig-leerhandeling kan as verantwoordbaar bestempel word, omdat hulle op bepaalde onderrig-leerbeginsels berus en ook daardeur gerig en beïnvloed word. Die doeltreffendheid van hierdie didaktiese handeling en leerinhoude word deurlopend geëvalueer om die doeltreffender verloop daarvan te bewerkstellig (Fraser et al., 1990:11).

Die drie hoofkomponente in die onderrig-leersituasie is die onderriggewer, die leerder en die leerinhoud. Hierdie komponente is op bepaalde wyses met mekaar binne die onderrig-leersituasie in wisselwerking, terwyl daar gebruik gemaak word van komponente soos onder andere doelstellings, metodes en evaluering van onderrig (Fraser et al., 1990:11).

Bogenoemde is ook op verpleging van toepassing, en vir die doel van hierdie navorsing is die hoofkomponente in die onderrig-leersituasie soos volg: die verpleegkundige as onderriggewer, die pasiënt as leerder en tuberkulose en verwante aspekte as leerinhoud.

## ■ **Onderrig-leerbeginsels**

Onderrig-leerbeginsels is beginsels wat vir die onderrig-leersituasie geld en wat nagekom moet word om onderrig- en leersukses te waarborg. Hierdie beginsels is: interne en eksterne motivering; individualisering; persepsie, insluitend kommunikasie en moedertaalonderrig; onderriggewer-geïnisieerde en leerder-geïnisieerde aktiwiteite; totaliteit en geheelsiening; onderrig- en vakwetenskap, asook die wetenskap van die leerpsigologie; kontrole, wat evaluering behels; langtermyn- en korttermynbeplanning; asook sosialisering (Fraser et al., 1990:55-79).

## ■ **Volwassene-onderrig**

Volwassene-onderrig is die handeling waarvolgens 'n volwassene met meerdere kennis 'n ander volwassene met mindere kennis doelbewus en doelgerig onderrig en begelei om hom te help om intellektueel selfstandiger en sosiaal verantwoordeliker te word (Fraser et al., 1990:8).

Bogenoemde is ook op verpleging van toepassing.

## ■ **Volwassene-onderrigbeginsels.**

Hierdie onderrigbeginsels word op die omstandighede ten opsigte van leer gebaseer, naamlik: die leerder het 'n behoefte om te leer; die leeromgewing word geskep deur fisiese gemak, wedersydse respek, vertrouwe en behulpsaamheid, vryheid van spraak en aanvaarding van verskille; die leerervaringsdoel word deur die leerder as sy persoonlike doel beskou; hy deel die verantwoordelikheid vir beplanning en toepassing van die leerervaring en is aktief ten opsigte van die leerproses; die leerproses hou verband met en maak gebruik van die ondervinding van die leerder; die leerder het 'n sin vir vooruitgang tot doelbereiking (Knowles, 1986:7-8).

### **1.5.3 Metodologiese stellings**

Die metodologiese stellings van toepassing op hierdie navorsing is meer gerig op die aard en struktuur van wetenskap, en die vertrekpunt van die beskouing dat wetenskapsbeoefening ten opsigte van Verpleegkunde vanuit die funksionele denkbenadering geskied. Hierdie denkbenadering wil oplossings in die praktyk vind deur die probleme te verken, te beskryf en/of te verklaar. Alle navorsing het ten doel om te verken en te beskryf, of, anders gestel: te besin, te begryp en te verklaar. Die nuttigheid, bruikbaarheid en doeltreffendheid van die kennis ten opsigte van die algemene doelstellings van die navorsing geld as kriterium vir waarheid. Metodologiese voorkeure wissel na gelang van die aard van die navorsing en wat as navorsingsdoelstellings gestel is. Beide kwantitatiewe en kwalitatiewe metode word onderskryf met beide die induktiewe en deduktiewe strategie ter sprake (Botes, 1991:21-22; Mouton & Marais, 1992:16-17).

## 1.6 NAVORSINGSONTWERP

Die ontwerp van hierdie navorsing is verkennend, beskrywend en kontekstueel van aard, waarin verkennend, volgens Mouton en Marais (1992:45-47), beteken om nuwe insigte oor 'n domeinverskynsel in te win, en beskrywend beteken die akkurate data-insameling van die domeinverskynsel. In hierdie navorsing gaan gepoog word om nuwe insigte en begrip ten opsigte van die belewenis van beide die verpleegkundige en die pasiënt in die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig, as domeinverskynsel, in te win, en daarna gaan gepoog word om dié nuwe insigte wat oor die domeinverskynsel ingewin is, akkuraat te beskryf, asook riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie van tuberkulose, daar te stel.

Die navorsing is kontekstueel van aard in dié opsig dat dit beperk is tot 'n bepaalde gebied (Mouton & Marais, 1992:52-53). In die navorsing val die klem net op die Noordwesprovinsie, met die fokus op die onderrig-leersituasie tussen die primêre gesondheidsverpleegkundiges en tuberkulosepasiënte wat uitval.

## 1.7 NAVORSINGSMETODE

Ten opsigte van die navorsingsmetode wat gevolg word, is die belangrike aspekte waaraan aandag geskenk word, die volgende: **steekproef; data-insameling; data-analise; betroubaarheid en geldigheid.**

### 1.7.1 Steekproef

Die **populasie** en **steekproefneming** van hierdie navorsing word vervolgens beskryf.

### **1.7.1.1 Populasie**

Die populasie bestaan uit twee kategorieë in die Noordwesprovinsie. Die eerste is funksionele primêre gesondheidsverpleegkundiges werksaam by die Departement van Gesondheid en Ontwikkelende Gemeenskapswelsyn en Plaaslike Owerhede wat gemoeid is met die hantering en behandeling van tuberkulosepasiënte in die provinsie, en die tweede is tuberkulosepasiënte wat spesifiek uitvallers is of in die afgelope jaar was.

### **1.7.1.2 Steekproefneming**

Die deelnemers, as twee afsonderlike kategorieë aan hierdie navorsing, sal deur middel van 'n doelgerigte gerieflikheidssteekproefneming (kyk punt 2.3.1.2) bepaal word.

Tussengangers sal gebruik word om deelnemers vir hierdie navorsing te identifiseer (kyk punt 2.3.2.1).

Bepaalde kriteria vir die insluiting van minstens ses verpleegkundiges en ses pasiënte sal opgestel word. Verwys na punt 2.3.1.3 vir 'n breedvoerige uiteensetting hieromtrent.

Indien daar nie 'n herhalende patroon van data verkry word na ses deelnemers van elke kategorie nie, sal voortgegaan word tot 'n versadigingspunt ten opsigte van die data bereik word (Parse, Coyne & Smith, 1985:18).

### **1.7.2 Data-insameling**

Die fenomenologiese metode van onderhoudvoering sal gebruik word deur in-diepte, ongestruktureerde onderhoude te voer (Burns & Grove, 1987:39).

Onderhoude sal by die deelnemers se klinieke gevoer word in 'n area wat vir die deelnemers privaat, gerieflik en gemaklik is (kyk punt 2.3.2.2).

Die navorser beoog om ongestruktureerde onderhoude met deelnemers te voer. Die onderhoude sal op band opgeneem word. Een sentrale oop-einde-vraag sal aan die primêre gesondheidsverpleegkundiges, en een sentrale oop-einde-vraag sal aan die tuberkulosepasiënte gevra word (kyk punt 2.3.2.3).

Ten einde deelnemers aan te moedig om vrylik te kommunikeer sal bepaalde kommunikasietegnieke, soos in punt 2.3.2.3 bespreek, gebruik word.

Veldnotas sal onmiddellik na afloop van die onderhoude aangeteken word om die hele onderhoudsituasie en die navorser se indrukke te beskryf (Wilson, 1993:222).

Etiese aspekte wat tydens data-insameling in aanmerking geneem sal word, sal aan die hand van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging se standpuntmemorandum (SAVV, 1991a:1-7) geskied (kyk punt 2.3.2.5).

### **1.7.3 Data-analise**

Data-analise sal deur middel van inhoudsanalise geskied. 'n Kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) se metode wat 'n univarium, eenhede van analise en kwantifisering insluit, en Giorgi se vyf basiese stappe van dataverwerking (Omery, 1983:57-58) sal gevolg word.

#### **1.7.4 Betroubaarheid en geldigheid**

Woods en Catanzaro (1988:136-137) se kriteria vir betroubaarheid en geldigheid sal vir hierdie navorsing gebruik word.

Om die gevaar van nie-betroubare resultate teen te werk, sal kontrolemaatreëls met betrekking tot die posisie of status van die navorser, die keuse van deelnemers, die omstandighede van die sosiale situasie asook metodes ten opsigte van prosedures van die navorsing toegepas word (Woods & Catanzaro, 1988:136). (Kyk punt 2.3.4.1.)

Die gevaar van nie-geldigheid sal met behulp van kontrolemaatreëls ten opsigte van geskiedenis en ryping van data, waarnemer-effekte, seleksie en regressie, asook mortaliteit van data teëgewerk word (Woods & Catanzaro, 1988:137). (Kyk punt 2.3.4.2.)

#### **1.8 LITERATUURKONTROLE**

'n Literatuurkontrole sal uitgevoer word om resultate aan die hand van bestaande literatuur en navorsing te kontroleer (Woods & Catanzaro, 1988:135). Bevindinge wat uniek is ten opsigte van hierdie navorsing, sal toegelig word.

#### **1.9 STEL VAN RIGLYNE**

Riglyne sal aan die hand van resultate en literatuurkontrole gestel word vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte, en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

## 1.10 HOOFSTUKINDELING

Vervolgens 'n uiteensetting van die beoogde hoofstukindeling.

HOOFSTUK 1 : 'n Oorsig van die beplande navorsing

HOOFSTUK 2 : Navorsingsontwerp en -metode.

HOOFSTUK 3 : Resultate en weergawe van resultate.

HOOFSTUK 4 : Vergelyking van relevante literatuur met die resultate van die belewenisse van die verpleegkundiges en die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig.

HOOFSTUK 5 : Gevolgtrekkings en aanbevelings met spesifieke verwysing na die daarstelling van riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose.

# HOOFSTUK 2

## NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

### 2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is 'n oorsig van die verloop van die navorsing weergegee. In hierdie hoofstuk volg 'n volledige bespreking van die navorsingsontwerp en -metode.

### 2.2 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsing is **verkennend, beskrywend en kontekstueel** van aard.

#### 2.2.1 Verkenning en beskrywing

In hierdie navorsing word die belewenis van beide die verpleegkundige en die pasiënt in die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig verken en beskryf. Verder word algemene riglyne soos van toepassing in die onderrig asook spesifieke riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig beskryf.

#### 2.2.2 Konteks van die navorsing

Die konteks waarin hierdie navorsing uitgevoer word, word aan die hand van die spesifieke area, pasiënt en verpleegkundige verduidelik. Hierdie gegewens het betrekking op die Noordwesprovinsie.

Sommige van die statistiek wat tans beskikbaar is, is afkomstig van die vorige streekindeling en aangedui as Wes-Transvaal, terwyl die Noordwesprovinsie tans 'n groter gebied beslaan. Alhoewel sommige van die beskikbare statistiek dus betrekking het op die ou Wes-Transvaalstreek, word die navorsing in die Noordwesprovinsie uitgevoer.

Die Noordwesprovinsie is 'n plattelandse gebied met 'n beraamde bevolking van 3369378 vir 1994, met verteenwoordiging per bevolkingsgroep soos volg: swartes 91%, Kleurlinge 1,1%, blankes 8% en Asiate 0,2% (Küstner, 1995c:99).

Beide die primêre gesondheidsverpleegkundiges en die tuberkulose-pasiënte verteenwoordig 'n multikulturele bevolking. Statistiese gegewens ten opsigte van die hoeveelheid persone in elke kategorie was tydens die uitvoer van die navorsing nie beskikbaar nie (kyk punt 5.3 in hierdie verband).

Die primêre gesondheidsverpleegkundige is 'n geregistreerde verpleegkundige, wat in 'n stedelike/dorp of plattelandse gebied, vanuit 'n mobiele of vaste gesondheidsorgkliniek, in die Noordwesprovinsie, funksioneer. Sy lewer 'n omvattende gesondheidsorgdiens; wat die voorkoming van siektes; bevordering en instandhouding van gesondheid; asook kuratiewe en rehabilitatiewe gesondheidsorg behels. Tans word hierdie diens hoofsaaklik gedurende weksdae deur haar gelewer.

Die verpleegkundige is hoofsaaklik met die volgende agt komponente van primêre gesondheidsorg gemoeid, soos deur Searle, Brink en Grobbelaar (1990:148) gestel, naamlik:

- gesondheidsonderrig in verband met heersende gesondheidsprobleme en die metodes waarvolgens hulle voorkom en beheer kan word;
- die bevordering van voedselproduksie en behoorlike voeding;

- toereikende voorraad veilige water en basiese sanitasie;
- moeder- en kindergesondheidsorg, insluitende gesinsbeplanning en hoë risikogroepe;
- immunisering teen die vernaamste aansteeklike siektes;
- voorkoming en beheer van plaaslike endemiese siektes;
- geskikte behandeling van algemene siektes en beserings;
- die voorsiening van noodsaaklike geneesmiddels.

Binne die raamwerk van bogenoemde komponente spreek die verpleegkundige die voorkoming en beheer van tuberkulose asook hantering en behandeling van tuberkulosepasiënte, aan, terwyl gesondheids-onderrig 'n belangrike faset van haar funksionering uitmaak.

Die opleiding van die verpleegkundiges wissel, met sommige wat net 'n enkele kwalifikasie in algemene verpleegkunde het en ander wat 'n bykomende kwalifikasie in Verloskundige-, Psigiatriese- en Gemeenskapsverpleegkunde verwerf het, en enkele wat ook oor 'n bykomende kwalifikasie in Primêre Gesondheidsverpleegkunde beskik.

Voortgesette indiensopleiding, wat tuberkulose en verwante sake insluit, word op 'n gereelde basis aan die verpleegkundiges gebied, deur verpleegkundiges in die organisasie wat spesifiek met opleiding gemoeid is, asook verpleegdiensbestuurders wat tans nog aan die ou struktuur van die Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling verbonde is. Laasgenoemde is met die opleiding van verpleegkundiges in die Plaaslik Owerhede gemoeid.

Die tuberkulosepasiënte is volwassenes vanuit alle bevolkingsgroepe van die Noordwesprovinsie, geskoold of ongeskoold, wat tans uitvallers is, of in die afgelope jaar uitgeval het en deur die primêre gesondheidsverpleegkundiges van die Noordwesprovinsie

behandel is/was. Afhangende van die aard van die kliniek en omstandighede van die pasiënt, kan die pasiënt self die kliniek besoek, of word die diens so na as moontlik aan die pasiënt se woning of werksplek, deur middel van 'n mobiele kliniek, gelewer. Die tydperk tussen kliniekbesoeke wissel van kliniek tot kliniek, en kan op 'n byna daaglikse basis van elke weeksdag, of so min as een besoek elke twaalf weke, geskied.

## **2.3 NAVORSINGSMETODE**

Die fenomenologiese metode van onderhoudvoering word ten opsigte van hierdie navorsing gebruik.

Vervolgens word die **steekproef, data-insameling, data-analise** asook **betroubaarheid en geldigheid** breedvoerig bespreek.

### **2.3.1 Steekproef**

Vervolgens 'n uiteensetting van die **populasie, steekproefneming** asook die **kriteria vir insluiting** van die deelnemers in die navorsing.

#### **2.3.1.1 Populasie**

Die populasie bestaan uit twee kategorieë, naamlik:

##### **■ Verpleegkundiges**

Hierdie kategorie van die populasie bestaan uit verpleegkundiges wat as primêre gesondheidsverpleegkundiges by die Departement van Gesondheid en Ontwikkelende Gemeenskapswel-syn of Plaaslike Owerhede, wat gemoeid is met die hantering

en behandeling van tuberkulosepasiënte in die provinsie, werksaam is.

## ■ Pasiënte

Die tweede kategorie van die populasie bestaan uit tuberkulosepasiënte in die Noordwesprovinsie wat tans uitvallers is of in die afgelope jaar was.

### 2.3.1.2 Steekproefneming

Die deelnemers aan hierdie navorsing sal bepaal word deur middel van 'n doelgerigte gerieflikheidsteekproefneming, naamlik doelgerig deurdat dit 'n bepaalde groep verpleegkundiges asook pasiënte is wat voldoen aan die algemene en afsonderlike kriteria (kyk punt 2.3.1.3) vir die insluiting in die twee afsonderlike steekproewe. Verder ook gerieflik deurdat albei groepe beskikbaar en gewillig is om onderhoude op band te voer.

Minstens ses verpleegkundiges en ses pasiënte sal in die afsonderlike twee steekproefkategorieë ingesluit word, om elke kategorie te verteenwoordig.

Indien daar nie 'n herhalende patroon van data verkry word na onderhoude gevoer is met ses deelnemers van elke kategorie nie, sal voortgegaan word tot 'n versadigingspunt ten opsigte van die data bereik word (Parse et al., 1985:18).

### 2.3.1.3 Kriteria vir insluiting

Die kriteria vir insluiting as deelnemers aan die navorsing behels **algemene kriteria** wat van toepassing is op beide groepe, asook **spesifieke**, afsonderlike **kriteria** ten opsigte van die verpleegkundiges en pasiënte.

## **i) Algemene kriteria**

### **■ Deelnemers is:**

- inwoners van die Noordwesprovinsie;
- van alle kultuurgroepe;
- Afrikaans of Engels magtig;
- in staat om 'n rasionale gesprek te voer;
- gewillig om aan die navorsing deel te neem met skriftelike toestemming, nadat hulle ingelig is ten opsigte van die doel en prosedure van die navorsing;
- bereid om die gesprek op band te laat opneem.

## **ii) Spesifieke kriteria**

### **■ Verpleegkundiges is:**

- tans primêre gesondheidsverpleegkundiges, werksaam by die Departement van Gesondheid en Ontwikkelende Gemeenskapswelsyn of Plaaslike Owerhede in die Noordwesprovinsie;
- in direkte kontak met tuberkulosepasiënte en verantwoordelik vir hul hantering en behandeling;
- by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging of die Bophuthatswana Verpleegkundige Raad op Verpleging geregistreer, met Algemene Verpleegkunde as minimumkwalifikasie.

■ **Tuberkulosepasiënte is pasiënte wat:**

- in enige stadium van die behandeling hul medikasie aaneenlopend of onderbroke vir minstens 'n periode van twee maande gestaak het en sodoende aan die kriteria vir 'n uitvaller voldoen;
- tans nog tuberkulosebehandeling ontvang, of hul medikasie binne die voorafgaande jaar van die navorsing voltooi of gestaak het;
- deur die primêre gesondheidsverpleegkundiges van die Noordwesprovinsie behandel is;
- tussen die ouderdom van 18 en 65 jaar is.

## **2.3.2 Data-insameling**

Die rol van die navorser, die fisieke opset, die onderhoud, veldnotas asook etiese aspekte word hier weergegee.

### **2.3.2.1 Die rol van die navorser voor onderhoudvoerings**

Die navorser verkry vooraf die nodige toestemming by die betrokke instansies om die navorsing uit te voer en versoek die hoofde van die instansies dat geskikte tussengangers aangewys word (kyk Bylae A).

Die twee tussengangers is verpleegkundiges wat onderskeidelik die Departement van Gesondheid en Ontwikkelende Gemeenskapswelsyn en die Plaaslike Owerhede verteenwoordig. Albei beklee 'n senior

posisie in hul onderskeie departemente, is bekend by die primêre gesondheidsverpleegkundiges en is gereeld in kontak met hulle. Die tussengangers sal skriftelik in verband met die navorsing ingelig word (kyk Bylae B). Voor die aanvang van die onderhoude met die deelnemers sal die navorser 'n afsonderlike afspraak met elke tussenganger reël om die navorsing persoonlik aan elkeen te verduidelik. Die tussengangers het twee weke geleentheid om toepaslike deelnemers te werf.

Die tussengangers soek verpleegkundiges en pasiënte as deelnemers uit volgens die kriteria deur die navorser gestel (kyk punt 2.3.1.3) en verduidelik aan die deelnemers wat die onderhoude behels, naamlik dat:

- deelname vrywillig is en deelnemers die reg het om hulle aan die navorsing te onttrek;
- die onderhoud sal duur tot gesprekvoering genoegsaam is;
- die deelnemers hul belewenis in woorde kan uitdruk;
- onderhoude op band opgeneem word, en na verbatimtranskribering die bande skoongegee word;
- die vertroulikheid/geheimhouding en anonimiteit van die deelnemers verseker word deurdat name en plekke nie in die navorsing genoem sal word nie (Parse et al., 1985:18), en dat die navorser self die transkribering doen.

Die tussengangers voorsien die navorser van toepaslike besonderhede van gekose deelnemers direk nadat die tussengangers kontak met die deelnemers gemaak het.

Die navorser reël 'n afspraak binne die daaropvolgende twee weke met elke deelnemer met die oog op onderhoudvoering. Die onderhoud sal in die omgewing van een uur of langer duur. Die tydperk tussen die eerste deelnemer-tussengangerkontak en die onderhoud-

voering tussen die navorser en die deelnemer sal nie twee weke oorskry nie.

### **2.3.2.2 Fisieke opset**

Onderhoude word by die deelnemers se klinieke of wonings gevoer in 'n area volgens die deelnemers se keuse en wat vir hulle privaat, gerieflik en gemaklik is. Stilte en afwesigheid van steurnisse sal verseker word deur die onderhoud verkieslik nie in 'n vertrek met 'n telefoon te voer nie, of andersins dan die oproepe te laat herlei. 'n Kennisgewing sal op die deur aangebring word met die versoek om nie te steur nie.

Stoele sal skuins teenoor mekaar en naby mekaar voor die lesse-naar of tafel geplaas word, sodat rapport en oogkontak tussen die navorser en deelnemer deurlopend behoue kan bly.

Die navorser maak gebruik van twee bandmasjiene, waarvan een elektries en een met batterye werk, om te verseker dat data nie verlore gaan indien een apparaat buite werking raak nie. Die bandmasjiene word so onopsigtelik moontlik geplaas, en 'n lapelmikrofoon word gebruik om te verhoed dat die deelnemer se aandag onnodig afgetrek word (Field & Morse, 1985:60).

### **2.3.2.3 Onderhoud**

Voor die aanvang van die onderhoud sal elke deelnemer herinner word ten opsigte van etiese aspekte, en verbale toestemming tot die navorsing sal nou skriftelik verkry word (kyk Bylae C).

Die fenomenologiese metode van onderhoudvoering sal gebruik word deur 'n in-diepte, ongestruktureerde onderhoud met elke deelnemer te voer (Burns & Grove, 1987:39). Die fenomenologiese metode ondersoek spesifieke belewenisse van individue in 'n gegewe situasie (Burns & Grove, 1987:81). In hierdie navorsing sal die deel-

nemers hul spesifieke belewenisse van die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig met die navorser deel.

Tydens hierdie onderhoudvoering sal die navorser se siening en kennis ten opsigte van hierdie belewenisse van die deelnemers verbreed. Tog sal die navorser bedag wees op persoonlike vooroordele, verwagtings, houdings, menings en oortuigings in die onderhoudsituasie wat 'n duidelike invloed op die uiteindelijke waarnemings mag hê (Mouton & Marais, 1992:86). Ten einde hierin te slaag sal die navorser gebruik maak van die volgende strategieë soos beskryf deur Burns en Grove (1987:80), naamlik:

### ■ **Tussen hakies plaas**

Deur die strategie van "tussen hakies plaas" poog die navorser om persoonlike ondervinding en kennis van die navorsingsonderwerp ter syde te stel. Deur afbreking raak die navorser van vasgelegde sieninge ontslae. Hierdie proses stel die navorser in staat om al die fasette van die fenomeen in te sien en tot nuwe insigte te kom (Burns & Grove, 1987:80). Die navorser raak dus in hierdie navorsing van vasgelegde sieninge rakende tuberkulose-onderrig as fenomeen ontslae en probeer om tot nuwe insigte hieromtrent te kom.

### ■ **Intuïtering**

Intuïtering volg op die proses van "tussen hakies plaas". Intuïtering is die proses waar daar in werklikheid na die fenomeen gekyk word. Gedurende die proses van intuïtering word al die aandag en energie van die navorser op die onderwerp wat bestudeer word gefokus (Burns & Grove, 1987:80). Die navorser fokus dus in hierdie navorsing alle aandag en energie op die beskrywing van die belewenis van die verpleegkundige en die pasiënt tydens tuberkulose-onderrig.

Die onderhoudsituasie is 'n persoonlike ontmoeting tussen die navorser en die deelnemer. Die navorser sal poog om rapport met elke deelnemer op te bou en sorg dat die atmosfeer ontspanne is.

Met aanvang van die onderhoud sal die navorser die deelnemers weer daarop wys dat die onderhoud sal duur tot gesprekvoering versadig is en dat hulle vrylik kan gesels solank hulle die behoefte het om oor die onderwerp te praat.

Die ongestruktureerde onderhoud sal uit een oorkoepelende vraag bestaan, wat mondeling aan die deelnemer voorgelees, maar ook skriftelik aan die deelnemer voorsien word. Die vraag, soos gestel aan die pasiënt, kan op een van twee wyses gevra word om voorsiening te maak vir ongeskooldes. Hierdie sentrale oop-einde-vraag wat as fokus dien, is die volgende:

■ **Aan die verpleegkundiges:**

- "Hoe het u die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig aan tuberkulosepasiënte beleef?"
- "How did you experience the situation during education given to patients with tuberculosis?"

■ **Aan die geskoolde pasiënte:**

- "Hoe het u die onderrig-leersituasie wat u vir tuberkulose ontvang het, beleef?"
- "How did you experience the situation during education received for tuberculosis?"

## ■ Aan die ongeskoolde pasiënte:

- "Toe die suster jou geleer het van TB, hoe was dit vir jou?"
- "When the sister gave you education on TB, how did you experience it?"

Bepaalde kommunikasietegnieke sal gebruik word ten einde deelnemers aan te moedig om vrylik te praat. Vervolgens 'n verduideliking van die kommunikasietegnieke aan die hand van Okun (1992:70-71).

## ■ Parafrasering

Parafrasering is 'n mondelinge verklaring van die helper wat uitgeruil kan word met die hulpbehoewende se verklaring, dus 'n herhaling van die boodskap met sinonieme woorde. In hierdie navorsing word dieselfde woorde van die deelnemer herhaal en nie sinonieme woorde nie.

## ■ Reflektering

Reflektering verwys na die oordra van die helper se begrip aan die hulpbehoewende ten opsigte van sy bekommernisse en perspektiewe. In hierdie navorsing word alleen dit wat die deelnemer in woorde uitgedruk het, gereflekteer.

## ■ Opsomming

Opsomming behels die samevatting van 'n onderhoudsessie waardeur die helper saamvat wat meegedeel is en die hoogtepunte van hoof affektiewe en kognitiewe temas aandui. Wan-

neer opsomming in die navorsing gebruik word, sal slegs af-fektiewe en kognitiewe temas wat reeds in woorde uitgedruk is, aangedui word.

#### ■ **Minimale verbale respons**

Minimale verbale respons is die woordelike gelyke van die gereelde knik van die kop met geluidsaanduiding soos "mm-mm" wat te kenne gee dat die helper luister en volg wat die hulpbehoewende sê.

#### ■ **Uitklaring**

Uitklaring ontstaan wanneer die helper verward is in haar persepsie van die hulpbehoewende se verbale en nie-verbale gedrag en duidelikheid hieromtrent verlang. In hierdie navorsing sal net gefokus word op verbale gedrag.

#### ■ **Oop-einde-vrae**

Oop-einde-vrae is 'n poging om meer inligting ten opsigte van 'n saak te bekom, en in so 'n geval word daar gebruik gemaak van vrae soos "vertel my meer".

#### **2.3.2.4 Veldnotas**

Veldnotas sluit in die deelnemer se verbale sowel as nie-verbale gedrag asook die navorser se reaksie en subjektiewe persepsies tydens die onderhoud (Burns & Grove, 1987:83).

Onmiddellik na afloop van elke onderhoud sal die navorser veldnotas aanteken wat die navorser se waarneming, indrukke, reak-

sies, gedagtes en ervarings van die hele onderhoudsituasie, beskryf (Wilson, 1993:222). (Kyk Bylae D.)

### **2.3.2.5 Etiese aspekte**

Vervolgens 'n bespreking van die etiese aspekte soos van toepassing op hierdie navorsing, aan die hand van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging se standpuntmemorandum (SAVV, 1991a:1-7).

- Die navorser benader die navorsing met integriteit, sluit ondersteunende sowel as teenbeskouings in die literatuurstudie en -kontrole in, en poog om bewys te wees van persoonlike oordeel en waardes.
- Die navorser doen volledig verslag van alle navorsingsbevindinge, sonder die verswyging van belangrike gegewens wat die interpretasie van die data mag beïnvloed.
- Vertroulikheid en anonimiteit word in hierdie navorsing verseker deurdat: geen inligting wat deur die deelnemers verstrek word, bekend gemaak of beskikbaar gestel word aan ander persone nie, behalwe aan die mede-kodeerder; die data in die verslag op so 'n wyse weergegee word dat geen deelnemer of instansie deur bepaalde data geïdentifiseer kan word nie.

Die waarborg van vertroulikheid en anonimiteit van die deelnemers word uiteengesit in die toestemming tot deelname (kyk Bylae C).

- Die privaatheid van die deelnemers word verseker deurdat onderhoude in geskikte lokale wat privaatheid verseker, afgeneem word. Die nodige voorsorgmaatreëls soos 'n geslote deur en "moenie steur nie"-kennisgewings sal die waarde en waardigheid van die deelnemer verseker.

- Die navorser verkry vooraf die nodige geskrewe toestemming van die betrokke owerhede (kyk Bylae A).
- Die deelnemers word op 'n verstaanbare wyse oor die aard en omvang van die navorsing ingelig, en skriftelike toestemming word verkry (kyk Bylae C).

### 2.3.3 Data-analise

Data-analise sal deur middel van inhoudsanalise geskied, naamlik 'n kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) se metode wat 'n universum, eenhede van analise en kwantifisering insluit, asook Giorgi (Omery, 1983:57-58) se vyf basiese stappe van data-analise.

#### Inhoudsanalise behels die volgende stappe:

- Besluit op die universum van hierdie navorsing; dit is al die verbale response van die verpleegkundiges en die pasiënte, nadat die navorser die sentrale vraag gevra het (Kerlinger, 1986:479).
- ⊖ Die verbatimgetranskribeerde onderhoude word deurgelees om 'n begrip van die geheel te kry (Omery, 1983:57).
- Besluit op die eenhede van analise vir hierdie navorsing; dit is woorde en temas (Kerlinger, 1986:479).
- ⊖ Die verbatimgetranskribeerde onderhoude word deurgelees om woorde en temas te identifiseer deur woorde en temas te onderstreep (Omery, 1983:57). (Kyk Bylae F.)
- Kategorieë en subkategorieë word binne die raamwerk van die interne en eksterne omgewing volgens die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-142; RAU, 1991:7) geïdenti-

fiseer en volgens die operasionele definisies vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelijkheid (RAU, 1991:7) gedefinieer.

- Oortollighede betreffende die woorde en temas word uitgeskakel en uitklaring of uitbreiding van die betekenis van die oorblywende woorde en temas vind plaas deur die woorde en temas in verband met mekaar en as geheel by mekaar te bring (Omery, 1983:57).
- Die woorde en temas word in die geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë, volgens die konkrete taal van die onderwerp, geplaas.
- Afleidings word uit die woorde en temas onder die kategorieë en subkategorieë gemaak.
- Die konkrete taal word in die taal of konsepte van die wetenskap omskryf (Omery, 1983:57-58). (Kyk Bylae G.)
- 'n Verpleegkundige tree as mede-kodeerder op, en beide die navorser en mede-kodeerder sien toe dat die metode van identifisering, kodering asook woorde en temas in kategorieë van die belewenis ooreenstem, soos Giorgi (Omery, 1983:57-58) se metode vir dubbele kodering aantoon.
- Data word onafhanklik deur die mede-kodeerder, 'n kundige in kodering, gekodeer. Die mede-kodeerder ontvang die volgende: skoon afskrifte van die transkripsies, veldnotas (kyk Bylae D) en 'n werksprotokol (kyk Bylae E). Die werksprotokol sluit in: operasionele definisies van die kategorieë en subkategorieë vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelijkheid (RAU, 1991:35-40), asook die stappe in die ontleding en verwerking van die data.
- Konsensusgesprekke vind plaas tussen die navorser en die medekodeerder oor beide se bevinding ten opsigte van kode-

ring. Veldnotas (kyk Bylae D) as valideringsmeganisme word tydens hierdie konsensusgesprekke ontleed en met verworwe data vergelyk. Konsensusgesprekke vind plaas totdat ooreenstemming bereik is.

- Data word gekwantifiseer en in rangorde geplaas, nadat die navorser en die mede-kodeerder konsensus ten opsigte van kodering bereik het (Kerlinger, 1986:481).
- \* Kwantifisering van die resultate vind plaas deur die aantal temas in elke kategorie te tel, op grond van die aantal deelnemers wat dieselfde belewenis beleef en beskryf het (Kerlinger, 1986:479) nadat elke tema in sy regte kategorie geplaas is.
- \* Rangordening van kategorieë en sub-kategorieë volgens hoogste en laagste waardes word gedoen.

#### **2.3.4 Betroubaarheid en geldigheid**

Woods en Catanzaro (1988:136-137) se kriteria vir betroubaarheid en geldigheid word ten opsigte van hierdie navorsing gebruik.

##### **2.3.4.1 Betroubaarheid**

Om die gevaar van nie-betroubare resultate in hierdie navorsing teen te werk, sal die kontrolemaatreëls met betrekking tot die **posisie of status van die navorser, die keuse van deelnemers, die omstandighede van die sosiale situasie asook metodes ten opsigte van prosedures**, soos van toepassing, weergegee word (Woods & Catanzaro, 1988:136). Vervolgens 'n uiteensetting hiervan.

## ■ Posisie of status van die navorser

Die navorser mag aan sommige van die deelnemers bekend wees (Woods & Catanzaro, 1988:136).

### Kontrolemaatreëls:

- Die navorser mag aan die verpleegkundiges wat deelnemers aan die navorsing is, bekend wees, omdat:
  - \* die navorser 'n verpleegkundige is met vyf jaar kliniese ondervinding as primêre gesondheidsverpleegkundige, wat grotendeels die hantering en behandeling van tuberkulosepasiënte behels het;
  - \* tans 'n dosent is in onder meer Gemeenskapsverpleegkunde en Primêre Gesondheidsverpleegkunde en oor beide kwalifikasies beskik, asook oor 'n verdere kursus in Tuberkulosebeheer en -bestuur.

Tog sal dit reeds by werwing aan die verpleegkundiges as deelnemers uitgewys word dat, alhoewel die navorser 'n dosent is en 'n kundige op die gebied van tuberkulose, die navorsing in die hoedanigheid as navorser onderneem word.

- Die navorser se posisie of status word nie deur bekendheid by die pasiënte beïnvloed nie.
- Die navorser dra nie 'n uniform of kentekens van 'n geregistreerde verpleegkundige nie, sodat die deelnemers nie beïnvloed word en data versteur of inligting weerhou word nie.
- Anonimiteit van die deelnemers sal deur die navorser gehandhaaf word.

## ■ Keuse van deelnemers

Die tussengangers mag net deelnemers nader wat volgens eie oordeel "goeie" deelnemers is, òf die deelnemers mag eienskappe besit wat verskil van dié van ander wat nie aan die navorsing deelneem nie (Woods & Catanzaro, 1988:136).

### **Kontrolemaatreëls:**

- Kriteria vir insluiting (kyk punt 2.3.1.3) by die navorsing word gestel, en deelnemers moet hieraan voldoen om aan die navorsing deel te neem. Dit veronderstel dat die deelnemers wat deur die tussengangers verkry is, geskik, beskikbaar en bereikbaar vir hierdie navorsing is en 'n keuse in hulle bereidheid tot deelname het.

## ■ Omstandighede van die sosiale situasie

Die deelnemers mag die toepaslikheid van die inligting in verhouding tot die konteks daarvan beoordeel (Woods & Catanzaro, 1988:136).

### **Kontrolemaatreëls:**

- Veldnotas wat volgens Wilson (1993:222-223) die navorser se waarneming, indrukke, reaksies, gedagtes en ervarings van die hele onderhoudssituasie behels, word direk na elke onderhoud geskryf (kyk Bylae D) om die relevante konteks te bepaal, om dan tydens kodering as bevestiging van data benut te word.
- Die sosiale konteks word bevestig deur 'n duidelike beskrywing daarvan weer te gee (kyk punt 2.2.2), sodat die data in verhouding daarmee beskou kan word.

## ■ Metodes ten opsigte van prosedures

Die herhaling van kwalitatiewe navorsing is nie moontlik nie, en konstante vergelykende analise van data mag tot 'n verskil ten opsigte van beskrywing en samestelling van gebeure lei (Woods & Catanzaro, 1988:136).

### Kontrolemaatreëls:

- Bepaalde variasies van metodes ten opsigte van prosedures word gebruik, naamlik die fenomenologiese onderhoudvoeringstegniek asook 'n bepaalde wyse van dataverwerking deur middel van inhoudsanalise.
- Tydens die onderhoude word dieselfde kommunikasietegnieke deurgaans gebruik.
- Die onderhoude word op band opgeneem en verbatim getranskribeer.
- Die mede-kodeerder analiseer data onafhanklik van die navorser, en kodering word deur konsensusgesprekke bevestig.
- Daar sal voortgegaan word met onderhoudvoering tot 'n versadigingspunt ten opsigte van die data bereik word.
- Na data-analise word resultate aan die hand van toepaslike literatuur gekontroleer.

### 2.3.4.2 Geldigheid

Die gevaar van nie-geldigheid betreffende hierdie navorsing sal met behulp van kontrolemaatreëls ten opsigte van **geskiedenis en ryping van data, waarnemer-effekte, seleksie en regressie**, asook **mortaliteit van data** teëgewerk word (Woods & Catanzaro,

1988:137). Vervolgens 'n uiteensetting hiervan.

## ■ Geskiedenis en ryping van data

'n Probleem van geskiedenis en ryping van data word geskep wanneer data oor 'n lang tydperk ingesamel word (Woods & Catanzaro, 1988:137).

### **Kontrolemaatreëls:**

- Die navorser sal die tussengangers twee weke geleentheid gee om toepaslike deelnemers te werf.
- Nadat besonderhede van deelnemers deur tussengangers aan die navorser voorsien is, sal onderhoude binne twee weke uitgevoer word.
- 'n Eenmalige onderhoud word met deelnemers gevoer, wat ryping van data voorkom.

## ■ Waarnemer-effekte

Volgens Woods & Catanzaro (1988:137) mag die navorser data ervaar en weergee as 'n funksie van haar eie posisie. Verder kan die deelnemers van die navorser afhanklik word ter bevrediging van hul eie psigologiese behoeftes, terwyl hulle ook relevante data mag weglaat of wanvoorstellings gee om hulself in 'n beter lig te stel.

### **Kontrolemaatreëls:**

- Die navorser sal doelgerig daarop ingestel wees om op 'n objektiewe wyse die data vanuit die deelnemers se belewe-

nisse te begryp, deur die gebruik van tegnieke soos deur Burns en Grove (1987:80) beskryf, naamlik "tussen hakies plaas" en "intuïtering".

- \* Die navorser sal poog om haar eie gelowe, perspektiewe, verwagtinge, vooropgestelde idees, kennis en ervarings ten opsigte van tuberkulose-onderrig tersyde te stel of "tussen hakies te plaas" (kyk punt 2.3.2.3). Dit sal daartoe bydra dat die navorser die situasie kan waarneem asof dit vir die eerste keer plaasvind.
- \* Deur intuïtering (kyk punt 2.3.2.3) sal die navorser verder gaan deur so deel te word van die deelnemense belewenis tydens tuberkulose-onderrig asof die navorser dit self beleef.
- Kontrole van die navorser se data-analise word uitgevoer deurdat die navorser veldnotas en transkripsies van die onderhoude aan 'n onafhanklike mede-kodeerder oorhandig en die mede-kodeerder die data onafhanklik van die navorser analiseer, waarna kodering deur konsensusgesprekke bevestig word.
- Selfstandige en teoretiese kodering bring versinsels aan die lig.
- Die navorser sal doelbewus van interpersoonlike vaardighede en kommunikasietegnieke (kyk punt 2.3.2.3) gebruik maak om slegs data in te samel en nie by die terapie betrokke raak nie.
- Data word aan die hand van ander teorieë en modelle in relevante literatuur gekontroleer.

## ■ Seleksie en regressie

Daar kan moontlik 'n vertrekking van data plaasvind deur die keuse van deelnemers (Woods & Catanzaro, 1988:137).

### **Kontrolemaatreëls:**

- Doelgerigte gerieflikheidsseleksie vind plaas volgens bepaalde vooraf opgestelde kriteria vir insluiting in die steekproef (kyk punt 2.3.1.3).
- Dataregressie kan nie plaasvind nie, want die tydperk vandat die tussengangers volle besonderhede van elke deelnemer aan die navorser verstrekk totdat die onderhoud tussen die navorser en elke deelnemer plaasvind, sal nie twee weke oorskry nie.

## ■ Mortaliteit van data

Navorsing wat oor 'n lang periode geskied, verg ure van toewyding (Woods & Catanzaro, 1988:137). Die geldigheid van data kan dus in die gedrang kom, ook deurdat sekere feite nie meer geldig of ter sake is nie.

### **Kontrolemaatreëls:**

- Mortaliteit van data is in hierdie navorsing nie ter sprake nie, omdat 'n eenmalige onderhoud met deelnemers gevoer word.

## **2.4 LITERATUURKONTROLE**

'n Literatuurkontrole sal in Hoofstuk Vier onderneem word om die resultate van hierdie navorsing aan die hand van bestaande literatuur en navorsing te kontroleer (Woods & Catanzaro, 1988:135). Bevindinge wat uniek is ten opsigte van hierdie navorsing, sal toegelig word.

## **2.5 STEL VAN RIGLYNE**

Riglyne sal in Hoofstuk Vyf aan die hand van die resultate en literatuurkontrole gestel word vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

## **2.6 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die navorsingsontwerp en -metode uiteengesit, en in die volgende hoofstuk word die resultate en weergawe van resultate van hierdie navorsing verwoord.

# HOOFSTUK 3

## RESULTATE EN WEERGAWE VAN RESULTATE

### 3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word resultate wat op grond van hierdie navorsing verkry is, weergegee. Veldnotas wat tydens konsensusgesprekke ingewerk is, sal ook weergegee word.

### 3.2 ANALISE VAN DATA

Data ten opsigte van die navorsing is van twee populasiekategorieë, deur middel van 'n doelgerigte, gerieflikheidsteekproefneming, verkry. Die eerste kategorie is sewe (7) verpleegkundiges, werkzaam as primêre gesondheidsverpleegkundiges, wat aan die kriteria vir insluiting (kyk punt 2.3.1.3) voldoen het. Die verpleegkundiges is vroulike, Engels- of Afrikaanssprekende deelnemers wat verskillende kultuurgroepe verteenwoordig het. Die tweede kategorie is ses (6) tuberkulosepasiënte wat ook aan die kriteria vir insluiting (kyk punt 2.3.1.3) voldoen het. Die pasiënte is twee mans en vier vrouens van verskillende kultuurgroepe wat Afrikaans magtig is. Met die uitsondering van een, 'n blanke pasiënt, is almal ongeskoold.

Data-analise het deur middel van inhoudsanalise geskied, naamlik 'n kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) se metode wat 'n univarium, eenhede van analise en kwantifisering insluit, en Giorgi (Omery, 1983:57-58) se vyf basiese stappe van data-analise (kyk punt 2.3.3).

Soos reeds vermeld sluit die universum (kyk punt 2.3.3) van hierdie navorsing al die verbale response in wat die deelnemers gelewer het op een van die volgende sentrale oop-einde-vrae, soos op die bepaalde populasiekategorie van toepassing:

■ **Aan die verpleegkundiges:**

- "Hoe het u die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderrig aan tuberkulosepasiënte beleef?"
- "How did you experience the situation during education given to patients with tuberculosis?"

■ **Aan die geskoolde pasiënte:**

- "Hoe het u die onderrig-leersituasie wat u vir tuberkulose ontvang het, beleef?"
- "How did you experience the situation during education received for tuberculosis?"

■ **Aan die ongeskoolde pasiënte:**

- "Toe die suster jou geleer het van TB, hoe was dit vir jou?"
- "When the sister gave you education on TB, how did you experience it?"

Woorde en temas is geïdentifiseer as eenhede van analise en in geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë ingedeel volgens die hoofkonsepte van die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-142; RAU, 1991:7), naamlik:

KATEGORIEË	INTERNE OMGEWING	EKSTERNE OMGEWING	KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE
SUBKATEGORIEË	LIGGAAMLIKE BELEWENISSE	FISIESE BELEWENISSE	
	PSIGIESE BELEWENISSE:  ■ Intellektuele belewenisse  ■ Emosionele belewenisse  ■ Wilsbelewe- nisse	SOSIALE BELEWENISSE	
	GEESTELIKE BELEWENISSE	GEESTELIKE BELEWENISSE	

Kodering van data is aan die hand van voorskrifte vir kodering gedoen (kyk punt 2.3.3), naamlik: onderhoude is deurgelees om 'n begrip van die geheel te kry; daarna is woorde en temas geïdentifiseer en onderstreep (kyk Bylae F vir 'n gedeelte van 'n getranskribeerde onderhoud); duidelikheid oor die betekenis van die oorblywende woorde en temas is gekry, en hulle is vervolgens in kategorieë en subkategorieë geplaas; afleidings uit die woorde en temas is gemaak, en die konkrete taal is in die taal of konsepte van die wetenskap omskryf (kyk Bylae G); 'n werksprotokol (kyk Bylae E) is opgestel en aan die mede-kodeerder, 'n verpleegkundige en kundige in kodering, voorgelê, sodat data onafhanklik deur haar gekodeerder kon word.

Nadat onafhanklike kodering deur die navorser en die mede-kodeerder gedoen is, het drie konsensusgesprekke van een van vier uur en twee halfuurgesprekke onderskeidelik tussen die navorser en

die mede-kodeerder plaasgevind. Woorde en temas asook afleidings uit die woorde en temas wat deur elkeen onder katagorieë en subkategorieë geplaas is, is bespreek en daar is tot konsensus gekom, terwyl veldnotas (kyk Bylae D), gebruik is om die afleidings uit die woorde en temas onder kategorieë en subkategorieë te bevestig.

Nadat die navorser en die mede-kodeerder tot konsensus gekom het, is die twee groepe se data afsonderlik gekwantifiseer op grond van eerstens die aantal verpleegkundiges wat dieselfde belewenisse van die onderrig-leersituasie tydens aanbieding van tuberkulose-onderrig beskryf, en tweedens die aantal pasiënte wat dieselfde belewenisse van die onderrig-leersituasie tydens ontvangs van tuberkulose-onderrig beskryf. Die data is daarna op grond van rangorde volgens kategorieë en subkategorieë, van hoogste tot laagste waardes geplaas.

Alle resultate wat in die onderskeie kategorieë en subkategorieë verkry is, word vervolgens in afsonderlike tabelle weergegee. Individuele voorbeelde van deelnemers se response sal uitgelig en aangehaal word ten einde die kwaliteit van die belewenis toe te lig.

### 3.3 WEERGAWA VAN RESULTATE

Die weergawe van resultate sal in twee afdelings geskied, naamlik: die weergawe van die **resultate van die verpleegkundiges**, en daarna dié van **die pasiënte**. Duidelikheidshalwe sal daar nie na **deelnemers** verwys word nie, maar onderskeidelik na **verpleegkundiges** en **pasiënte**.

### **3.3.1 Die weergawe van resultate van die verpleegkundiges**

Onderhoude is met sewe (7) verpleegkundiges gevoer, van wie vier (4) en meer met dieselfde belewenisse as verteenwoordigend vir hierdie navorsing beskou word. Die resultate in dié verband sal weergegee word.

Vervolgens word die onderskeie kategorieë en subkategorieë in tabelle weergegee en deur middel van toepaslike voorbeelde toegelig.

#### **3.3.1.1 Belewenisse van die interne omgewing**

Die interne omgewing bestaan uit die subkategorieë: **liggaamlike**, **psigiese** en **geestelike belewenisse**, en word vervolgens weergegee.

##### **i) Liggaamlike belewenisse**

Geen data is volgens hierdie subkategorie gevind nie.

##### **ii) Psigiese belewenisse**

Psigiese belewenisse word aan die hand van die subkategorieë **intellektuele**, **emosionele** en **wilsbelewenisse** weergegee.

##### **a) Intellektuele belewenisse**

Vervolgens word die intellektuele belewenisse van die verpleegkundiges tydens die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig weergegee. Verwys na tabel 3.1 vir hierdie weergawe.

**TABEL 3.1 INTELLEKTUELE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
<b>Verdedigingsmeganismes:</b>	7
- Vermyding	
- Ontkenning	
<b>Persepsies van:</b>	
- Moeitevolle insette tydens onderrig	7
- Herhaling van inligting tydens onderrig	6
- Persoonlike prestasie as onderrig doeltreffend is	3
- Aanvaarding deur pasiënte	3
- Doelgerigtheid tydens onderrig	3
- Pasiënt se verantwoordelikheid ten opsigte van sy gesondheid: gee nie om nie	3
- Nie aanvaarding deur pasiënte	1
	n = 7

### ■ Verdedigingsmeganismes

Verdedigingsmeganismes, soos onder andere **vermyding** en **ontkenning**, word deur al sewe (7) verpleegkundiges tydens die onderhoud gebruik, wat soos volg tot uitdrukking kom.

Wanneer positiewe belewenisse beskryf word, word die woord **"ek"** gebruik, terwyl **"jy"** vir negatiewe belewenisse gebruik word. Wanneer 'n negatiewe belewenis uitgespreek word, dui die verpleegkundige aan dat dit **selde** of net in die **verlede** gebeur het.

"It gives me pleasure to see that they eventually do understand if I explain to them."

"Jy was vies omdat hulle nie verstaan het as jy in die begin vir hulle verduidelik het nie."

"Dit voel jy het gefaal...Iewers moet daar 'n ding wees wat die persoon terughou, waarna.....miskien is ek nou 'n bietjie bederf in daai opsig, want ek kry baie weinig uitvallers."

## ■ **Persepsies**

Verskeie persepsies word deur die verpleegkundiges beleef. Slegs persepsies van **moeitevolle insette** en **herhaling van inligting** is verteenwoordigend en word vervolgens weergegee.

### - **Persepsie van moeitevolle insette tydens onderrig**

Al sewe (7) verpleegkundiges beleef moeitevolle insette ten opsigte van die skeep van die onderrig-leersituasie. Dit word soos volg beskryf.

"When I had to explain to these clients what TB is to me it feels I have to explain each and every detail.. pertaining to TB, because these people do not understand what TB actually is."

"So, al het jy gedink jy het dit vir hulle gesê, moet jy weer sê, en die pille moet jy ook maar kan kontroleer om te kyk; het dit gehou soveel soos jy gesê het."

"Ek voel solank die pasiënt verstaan.. wat probeer jy vir hom sê, dit maak nie saak hoelank ek moet wag tot sy klaar getolk het nie, jy weet. Jy raak nie rêrig ongeduldig daarmee nie, want jy... weet.. jy moet tot hom deurdring, wat ookal dit is"

## - **Persepsie van herhaling van inligting**

Ses (6) van die sewe (7) verpleegkundiges noem die persepsie van herhaling van inligting as belewenis tydens die onderrig-leersituasie.

"Elke keer moet jy nou weer vir hulle sê hoe moet hulle die pille drink, en as jy weer daar kom... het hulle nie reg gedoen nie, dan moet jy maar weer verduidelik."

"Alhoewel, jy het gepraat, sê jou assistent het gepraat, jy het weer .... verduidelik aan daai persoon hoe hy sy medikasie moet drink, en jy laat hy dit weer herhaal, en dan het hy dit nog steeds nie reg nie."

## b) **Emosionele belewenisse**

Emosionele belewenisse word in vier hoofgroepe verdeel, naamlik:

- Woede
- Hartseer
- Vrees
- Blydschap

In hierdie navorsing is inligting alleen verkry van die emosionele belewenisse van woede, hartseer asook skuldgevoelens as bykomstige identifiseerbare subkategorie, maar slegs **woede** en **skuldgevoelens** is verteenwoordigend. Verwys na tabel 3.2 vir hierdie weergawe.

**TABEL 3.2      EMOSIONELE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Skuldgevoelens	5
<b>Woede:</b>	
- Kwaad/raas/skree en dreig	4
- Frustrasie	3
- Dwing	2
- Vies	1
<b>Hartseer:</b>	
- Moedeloos	3
- Seergemaak	1
	n = 7

■ **Skuldgevoelens**

Vyf (5) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef skuldgevoelens in sake tuberkulose-onderrig aan pasiënte.

"Jy voel skuldig omdat jy hom afskeep, maar dit is soms ook frustrerend, want ek weet nou ek moet vinnig praat en klaarpraat en ek kan nie ..my.. rêrig my doel bereik nie."

"As hulle iets vir jou wegsteek, ...dieselfde soos met jou kind, as jou kind iets vir jou wegsteek, jy bereik niks nie. Dit maak seer, want dan voel jy jy doen nie wat jy veronderstel is om te doen nie. Iewers is jou onderrig nie goed nie. Iewers moet jy jouself verbeter."

"'n Mens voel sleg daaroor...dan voel jy, um..jy het nie jou plig gedoen nie."

"Dit maak seer, jy voel jy het iewers gefaal. Ja, ja, jy voel jy het nou nie deurgekom by die persoon nie."

## ■ **Woede**

Woede word op verskillende wyses verwoord, waarvan **kwaad/raas/skree** en **dreig** verteenwoordigend is. Vervolgens 'n weergawe hiervan.

### - **Kwaad/raas/skree en dreig**

Vier (4) van die sewe (7) verpleegkundiges spreek hul belewenis van woede teenoor die pasiënt uit deur kwaad te word en dan te raas, te skree of te dreig.

"Ek het vreeslik geraas en baklei. Ek kry nog die dae wat ek so op hulle skree as ek daar kom.. en hulle het presies weer gedoen wat ek laas gesê het om nie te doen nie."

"Ek word kwaad, dan dreig ek hulle: 'As die pasiënt nie nou sy medisyne reg drink nie, gaan ek hom wegstuur'. Ek dreig hulle, jy weet, en dit werk."

"Dan gaan seek jy hulle maar weer tot jy hulle kry, en jy baklei maar weer...Partykeer voel dit of ek... ek sal hulle kan aanrand as ek kan."

### c) Wilsbelewensisse

Soos blyk uit tabel 3.3, is data in hierdie subkategorie nie verteenwoordigend nie, en word dus nie weergegee nie.

**TABEL 3.3 WILSBELEWENSISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Toekomsbeplanning ten opsigte van onderrig	1
	n = 7

### iii) Geestelike belewensisse

Geen data is ten opsigte van die subkategorie gevind nie.

#### 3.3.1.2 Belewensisse van die eksterne omgewing

Die eksterne omgewing bestaan uit die subkategorieë: **fisiese**, **sosiale** en **geestelike** belewensisse en word vervolgens weergegee.

#### i) Fisiese belewensisse

Die fisiese belewensisse van die verpleegkundiges tydens die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig sal aan die hand van tabel 3.4 weergegee word.

**TABEL 3.4 FISIESE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Aansteeklike aard van tuberkulose	6
Gesigsuitdrukking as liggaamstaal van die pasiënt	4
<b>Vlak van opvoeding van die pasiënt:</b> - Geskoold - Ongeskoold	4
<b>Nadelige gewoontes van die pasiënt:</b> - Alkohol - Rook - Spuug	4
Taal van onderrig	3
Tekeninge van die longe deur die verpleegkundige, om onderrig toe te lig	3
Sosio-ekonomiese aspekte as 'n faset van tuberkulose-onderrig	2
	n = 7

Die volgende resultate is uit tabel 3.4 bevind.

■ **Aansteeklike aard van tuberkulose**

Die bestaan van 'n konsep ten opsigte van die aansteeklike aard van tuberkulose word deur ses (6) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef. Dit word soos volg beskryf.

"There are ..uhm.. houses or homes that we call: this is a TB-house, because you can find that almost all the

family members had TB."

" ....en vir hulle te sê dit is 'n siektetoestand soos wat 'n mens 'n virus in die lug kry as jy verkoue kry, vertel ek vir hulle, die kiem is in die lug, so kry jy die kiem van die TB ook in die lug."

"Ek sê vir hulle ons moet die kind nou wegstuur, want hy steek aan. Hy steek almal aan en hulle kry die weerstandbiedende.. Ek vertel vir hulle van die weerstandbiedende infeksie."

## ■ **Gesigsuitdrukking as liggaamstaal van die pasiënt**

Vier (4) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef dit dat die gesigsuitdrukking as liggaamstaal van die pasiënt 'n faktor in tuberkulose-onderdig is. Vervolgens 'n weergawe hiervan.

"Ek kyk na sy gesigsuitdrukking, en as ek sien hy verstaan nie..um.. dan verduidelik ek weer."

"As ek vra: 'Hoekom het jy nie jou pille gedrink nie?', dan sê hulle: 'Maar ek het nie verstaan hoe nie', en jy kan gesien het in die gesigsuitdrukking daai skaam gevoel wat hulle het."

## ■ **Vlak van opvoeding van die pasiënt**

Vier (4) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef dit dat die pasiënt se opvoedingsvlak deel vorm van die onderrig-leersituasie tydens tuberkulose-onderdig. Daar word onderskei tussen die **geskoolde** en die **ongeskoolde** pasiënt.

"Ek moet besef, maar hulle leer stadiger of verstaan stadiger omdat hulle maar ongeletterd is, meeste van die pasiënte."

"Most of our patients we are having with tuberculosis..be.. they are not educated, and then we try as much as we can to get to their level."

"I feel quite good to give education to the learned people, because they can spread the education more to the people who are not learned. If I get a person who is not learned and who does not accept.... I spend more time educating him so that he must eventually understand."

#### ■ **Nadelige gewoontes van die pasiënt**

Vier (4) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef dit dat verskeie nadelige gewoontes negatief inwerk op die hantering en genesing van pasiënte. Nadelige gewoontes blyk hoofsaaklik **alkohol, rook en spuug** te wees.

"On admission we tell them what is expected of them, maybe taking of treatment regularly, and then abstaining from alcohol and smoking."

"Die onderrig, toring, is eintlik alkohol."

"Hulle lewenswyse soos om te spoeg op die grond, om dit heeltemal uit hulle uit te kry... het ook baie baklei gekos. Jy sê dit vir hulle elke keer as hulle, elke maand as hulle kom, verduidelik jy: 'Asseblief, as jy wil spoeg, spoeg in 'n stukkie papier en gooi by die vuur'."

## ii) Sosiale belewenisse

Die sosiale belewenisse van die verpleegkundiges word vervolgens weergegee. Verwys na tabel 3.5 vir hierdie weergawe.

**TABEL 3.5      SOSIALE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
<b>Modus operandi vir tuberkulose-onderrig:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanpassing van onderrigmetodes</li> <li>- Aanpassing van kliniekbesoeke aan die pasiënt</li> <li>- Daling na die pasiënt se vlak</li> </ul>	6
<b>Uitvallers vanweë eksterne sosiale faktore:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ongeskiktheidstoelaag</li> <li>- Werkende pasiënte</li> <li>- Herhaaldelike uitval</li> <li>- Lang behandelingstydperk</li> <li>- Verbetering van simptome</li> <li>- Besoeke aan eie geneser</li> </ul>	5
<b>Reaksie van die pasiënt op onderrig:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negatief</li> <li>- Positief</li> <li>- Reaksie verg aanpassings</li> </ul>	4
Verlang gesinsbetrokkenheid	2
Verlang gesonde tuberkulosepasiënte as ondersteuning vir portuurgroep	2
Tradisionele genesers as 'n faset van die onderrig	2
Toordery as 'n faktor in tuberkulose-onderrig	2
	n = 7

## ■ **Modus operandi vir tuberkulose-onderrig**

Ses (6) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef dit dat hulle spesifieke wyses het waarop hulle tuberkulose-onderrig aanpak, en waar nodig, aanpassings maak. Dit verg onder andere dat die verpleegkundiges hul **onderrigmetodes** en **besoeke aan die pasiënt** moet aanpas, asook na die **pasiënt se vlak daal**.

"Then I have to devise another means of ..having to explain to them. Then I have to make another plan in order to reach them. Then usually when..when I feel that they don't understand, or become bored..uhm.. I usually leave them and arrange another date with them, so that I should go and prepare something interesting, so that I could get closer to them, they should'nt be bored."

"Nou maak ek die terugkeerdatums 'n bietjie gouer. Ek gee nou byvoorbeeld sê twee weke se pille, dan gaan ek terug. Goed, jy weet, dit vat nou meer tyd van my om hulle um.. meer gereeld te sien, maar as ek nou sukses behaal, en ek sien hulle drink nou die medikasie, dan gee ek nie om nie."

"Dit is baie moeiliker vir hulle om by jou aan te pas, jy.. jy moet afdaal na hulle vlak toe en by hulle aanpas en hulle leer verstaan. Daardeur kry jy meer samewerking as om 'n trappie hoër as hulle te wees."

## ■ **Uitvallers vanweë eksterne sosiale faktore**

Vyf (5) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef dit dat verskeie sosiale faktore, soos onder andere **werkende pasiënte**, **lang behandelingstydperk** en **verbetering van simptome** verantwoordelik is vir die uitval van pasiënte. So word dit gestel wanneer **ongeskiktheidstoelaag**, **herhaalde-**

like uitval en besoeke aan eie geneser ook as faktore wat tot uitval lei, beleef word.

"Die persoon sal net vir 'n maand of twee kom, dan raak hy sommer weg... maar baiekeer het jy ook al opgelet dat hulle verkies om 'n toelae te kry, dan dink ek dit gaan ook meer oor 'n toelae. Hoe meer sieklik hulle word, hoe beter is dit vir hulle om 'n toelae te kry."

"Jy skree eintlik teen 'n muur by party plekke waar hulle dood eenvoudig nie wil verander nie, en veral met jou TB's wat uitvallers is. Jy sal sien dit is nie die eerste keer dat hulle uitval nie, en hoe meer jy vir hulle verduidelik: 'Maar die medikasie gaan naderhand glad nie meer vir julle werk nie', hoe minder luister hulle."

"Baie van my pasiënte gaan na die toordokters, ek sê toordokters, want ek weet nie wat is dit, of dit 'n sangoma of 'n regte toordokter is nie, en dan het 'n mens probleme met hierdie mense, want....dan word hulle uitvallers."

## ■ Reaksie van die pasiënt op onderrig

Vier (4) van die sewe (7) verpleegkundiges beleef dit dat die pasiënt op die tuberkulose-onderrig reageer. Hierdie reaksie wissel, en kan **negatief** of **positief** wees. Afhangende van die reaksie kan daar ook verdere **aanpassings** deur die verpleegkundiges gemaak word.

"Hulle is te skaam om te sê: 'Ek verstaan nie', dan sê hulle net vir jou: 'Ja, ons verstaan', en op 'n volgende dag as jy terugkom om te kyk of hulle hulle medisyne gebruik, dan sal jy sien maar hulle het nie, maar hoekom het hulle nie? Hulle het nie verstaan nie."

"Ek het tog 'n verandering by hulle opgemerk. Weet jy, ek dink nogal hulle houding teenoor tuberkulose is besig om te verander. Ek dink die inligting word al hoe beter weergegee dat hulle beter kan verstaan dit is vir hulle eie beswil."

"Ek weet nou ook beter hoeveel inligting ek vir hulle kan gee, want so baie inligting is vir...kan hulle nie verwerk nie."

### iii) Geestelike belewenisse

Die subkategorie geestelike belewenisse word in tabel 3.6 aangedui maar nie weergegee nie, aangesien dit nie verteenwoordigend is nie.

**TABEL 3.6 GEESTELIKE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Interpersoonlike verhoudinge	2
	n = 7

#### 3.3.1.3 Belewenisse aangaande kenmerkende wyse van interaksie

Die belewenisse van die verpleegkundiges aangaande die kenmerkende wyse van interaksie word in tabel 3.7 aangedui maar nie weergegee nie, aangesien dit nie verteenwoordigend is nie.

**TABEL 3.7 BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES AANGAANDE KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Doeltreffende onderrig verbeter prognose	1
Verhoogde drankmisbruik; dus verlaagde weerstand	1
	n = 7

### 3.3.2 Die weergawe van resultate van die pasiënte

Onderhoude is met ses (6) pasiënte gevoer, van wie drie (3) en meer met dieselfde belewenisse as verteenwoordigend vir hierdie navorsing beskou word, en resultate in dié verband sal weergegee word.

#### 3.3.2.1 Belewenisse van die interne omgewing

Die interne omgewing bestaan uit die subkategorieë: **liggaamlike**, **psigiese** en **geestelike belewenisse**, en word vervolgens weergegee.

##### i) Liggaamlike belewenisse

In tabel 3.8 word die liggaamlike belewenisse van die pasiënte tydens tuberkulose-onderrig weergegee en deur middel van toepaslike voorbeelde toegelig.

**TABEL 3.8      LIGGAAMLIKE BELEWENISSE VAN DIE PASIËNTE  
TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Borsgesentreerd	6
Newe-effekte	2
	n = 6

■ **Borsgesentreerd**

Al ses (6) pasiënte beleef dit dat hulle borsgesentreerd is.

"Dit het baie sleg met my, daai tyd toe..toe sê hulle vir my ek het 'n TB:... 'Nee jou bors hy's bietjie te sleg, maar hy het 'n TB aan'."

"As ek begin, ek het gehoor my bors, ek kry warm. As ek hoes ek haal die goedjies uit. Toe kom ek by die suster.. Toe hulle gee vir my die pille.... Elke dag ek drink die pille. Toe hoor ek my bors hy kom weer reg."

"Ek moet net kyk daai treatment hy sal my um.. reg, my gearbox regmaak. Die suster hy het vir my gesê as ek my treatment eet, ek sal gesond word, ja. Ek dink my gearbox sal regkom."

**ii) Psigiese belewenisse**

Psigiese belewenisse van die pasiënte word aan die hand van die subkategorieë **intellektuele, emosionele en wilsbelewenisse** weer-gegee.

## a) Intellektuele belewenisse

Vervolgens 'n weergawe van die intellektuele belewenisse van die pasiënte. Verwys na tabel 3.9 vir hierdie weergawe.

**TABEL 3.9 INTELLEKTUELE BELEWENISSE VAN DIE PASIËNTE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
<b>Persepsies wat ontstaan na aanleiding van tuberkulose-onderrig:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medikasie-onderrig</li><li>- Tabak- en alkoholgebruik as lewenstyl moet gestaak word</li><li>- Tabak- en alkoholgebruik is oorsaak van tuberkulose</li><li>- Aansteeklike aard van tuberkulose word bevraagteken</li><li>- Afwesigheid van tuberkulose-onderrig</li></ul>	6
Kritiek ten opsigte van tuberkulose-onderrig	1
	n = 6

### ■ Persepsies wat ontstaan na aanleiding van tuberkulose-onderrig

Al ses (6) pasiënte beleef dit dat verskillende persepsies tydens tuberkulose-onderrig ontwikkel, naamlik: onderrig van **medikasie, lewenstyl** insluitend **tabak- en alkoholgebruik**, wat ook as **oorsaak van tuberkulose** genoem word. Soms word die onderrig in verband met die **aansteeklike aard van tuberkulose bevraagteken**, en ook **die afwesigheid van tuberkulose-onderrig** word gemeld.

"Sy het vir my gesê: 'Elke eight o' clock drink jou pille'. As ek klaar pille gedrink het, ek moet eet. Ek moet baie kos eet. Sy het ook gesê ek mag nie rook, ek mag nie bier drink."

"Die suster sy het my gesê: 'TB.. as jy rook, as jy bier drink, die TB hy kom. Die TB hy kom van die bier drink en die rook'."

"Ek glo dit nie, want my vriend, hy kan nie daai siekte by my kry as ek daai `siekte by die rook en die drink gekry het nie, ek glo dit nie. Nee, sien as die suster nou vir my gesê het hy moet ophou rook en drink, sou ek dit geverwag het. Toe word hy siek."

"Die suster sy het my nie vertel van die TB nie, sy het my vertel van die pille."

"Nee, die suster hy het my nie vertel wat maak dit as ek nie die pille drink nie."

## **b) Emosionele belewenisse**

In hierdie navorsing is data verkry van al vier die hoofgroepe van die emosionele belewenisse, naamlik: woede, hartseer, vrees en blydschap. Die skuldgevoelens in die navorsingsresultate het verskil van skuldgevoelens wat normaalweg onder die subkategorie hartseer geplaas word, en daarom word dit dan as 'n aparte subkategorie hanteer.

Data ten opsigte van **vrees** en **blydschap** word weergegee. Verwys na tabel 3.10 vir hierdie weergawe.

**TABEL 3.10 EMOSIONELE BELEWENISSE VAN DIE PASIËNTE  
TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
<b>Vrees:</b>	
- Angs en/of bang	6
<b>Blydskap:</b>	
- <b>Gelukkig:</b> * Voorsiening van medikasie * Verbetering van gesondheid	4
<b>Woede:</b>	
- Verwyd	1
- Vies	1
<b>Hartseer:</b>	
- Teleurgesteld	1
- Afseskeep	1
- Seergemaak	1
Skuldgevoelens	1
	n = 6

■ **Vrees**

Onder vrees word **angs en/of bang** as belewenis verwoord.  
Vervolgens 'n weergawe hieromtrent.

## - **Angs en/of bang**

Al ses (6) pasiënte spreek hul belewenis van vrees vir die verpleegkundige uit, en wel in terme van die emosies van angs of bang.

"Ek was bang, want die suster hy was haastig."

"Ek was bang vir die suster as ek moet hulle vra. Ek was bang hulle raas. Anderdag hulle raas as jy baie met hulle praat."

"Ek worry, maar ek kan nie die suster vra nie. Ek bang die suster, ek kan nie vra nie."

## ■ **Blydskap**

Die belewenis van **geluk**, in verband met die emosie blydskap word verwoord en sal weergegee word.

## - **Gelukkig**

Vier (4) van die ses (6) pasiënte beleef geluk as emosie. Hierdie geluk wentel om die volgende aspekte, naamlik: die **voorsiening van medikasie** en **verbetering van gesondheid**. Vervolgens 'n weergawe hiervan.

"Toe ek die pille kry, het ek net mooi gevoel."

"Ek het baie bly gevoel oorlat die suster vir my so sê. Dan dink ek maar suster kan my maar wegstuur, want dit is vir my gesondheid."

"Ek het gehoor ek voel nou baie lekker. Ek het gehoor my bors hy word nou baie lekker."

### c) Wilsbelewensisse

Verwys na tabel 3.11 vir die weergawe van die pasiënte se wilsbelewensisse.

**TABEL 3.11 WILSBELEWENSISSE VAN DIE PASIËNTE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Begeer gesondheid	6
	n = 6

#### ■ Begeer gesondheid

Al ses (6) pasiënte beleef dit dat hulle gesondheid begeer. Dit word soos volg gestel.

"Die dokter hy sal my sien ek drink nie die pille nie, nou ek sal vrek. Ja, ek wil lewe. Nou ek kan mos net altyd die treatment eet."

"Ek het ook vir suster gesê ek sal bly wees as sy my weg-stuur, dat ek net gesond kan word. Ek was gewillig om te gaan, ja, want ek wil gesond wees."

"...ek kan nie nou al doodgaan nie."

#### iii) Geestelike belewensisse

Geen data is ten opsigte van hierdie subkategorie gevind nie.

### 3.3.2.2 Belewensisse van die eksterne omgewing

Vervolgens 'n bespreking van die eksterne omgewing, en wel onder die volgende subkategorieë: **fisiese, sosiale en geestelike belewensisse**.

#### i) Fisiese belewensisse

Die fisiese belewensisse van die pasiënte tydens die onderrig-leersituasie word vervolgens weergegee. Kyk tabel 3.12 vir hierdie weergawe.

**TABEL 3.12 FISIESE BELEWENSISSE VAN DIE PASIËNTE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Medikasiefokus	6
Aanpassing van eksterne struktuur van lewenstyl	4
Sosio-ekonomiese aspekte	1
	n = 6

#### ■ **Medikasiefokus**

Al ses (6) pasiënte beleef dit dat korrekte medikasiegebruik belangrik is en dat hulle deur die verpleegkundige hieromtrent onderrig word.

"Ek, ..ek eet ek drink die pille altyd. Ek kan nie... andertyd ek drink hom, andertyd ek drink hom nie die pille nie, ek sal nie regkom nie. So ek moet altyd treatment eet, altyd eet."

"Elke dag ek drink drie, elke dag ek drink drie. Toe, nou, ek drink nou vier elke dag."

"Toe gee hy vir my die pille. Toe vertel hy vir my: 'By dié pille jy drink net vyf een dag...um..een maal op 'n dag '."

## ■ **Aanpassing van eksterne struktuur van lewenstyl**

Vier (4) van die ses (6) pasiënte beleef dit dat 'n aanpassing van hulle eksterne struktuur van lewenstyl ook 'n faset van die onderrig-leersituasie is.

"Soos 'n mens, soos enige mens kan voel dat jy kan geniet so, jy weet, so nou en dan 'n colddrink kan drink, en niks meer drank nie. Hou my net weg van daardie goed af."

"Ek moet net my pille drink, ek moet nie my pille los nie. As ek drink nie die pille nie, ek gaan weer siek... Hulle sê die TB hy gaan weer terugkom by my."

"Dis nie dat ek vergeet van die..die pille nie, ek vergeet hom nie, want ek weet vroeg-vroeg moet ek my pille drink, maar dan kom my pille, dan gaan ek agter die drank aan, dan los ek die pille."

## **ii) Sosiale belewenisse**

Die subkategorie sosiale belewenisse word in tabel 3.13 weergegee.

**TABEL 3.13 SOSIALE BELEWENISSE VAN DIE PASIËNTE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
Verpleegkundige as hulpbron ten opsigte van medikasievoorsiening	5
Gesinsbetrokkenheid	1
	n = 6

■ **Verpleegkundige as hulpbron ten opsigte van medikasievoorsiening**

Vyf (5) van die ses (6) pasiënte beleef dit dat die verpleegkundige 'n hulpbron is, maar net ten opsigte van medikasievoorsiening.

"Die suster het my gehelp, want sy het vir my die pille gegee."

"Nee, die suster hy was baie haastig, maar ek het die vrede gehad, want sy het my gehelp met die pille."

**iii) Geestelike belewenisse**

Geen data is ten opsigte van hierdie subkategorie gevind nie.

**3.3.2.3 Belewenisse aangaande kenmerkende wyse van interaksie**

Die belewenisse van die pasiënte aangaande die kenmerkende wyse van interaksie word in tabel 3.14 weergegee.

**TABEL 3.14 BELEWENISSE VAN DIE PASIËNTE AANGAANDE  
KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE TYDENS  
TUBERKULOSE-ONDERRIG**

	VOORKOMS
<b>Transaksionele analise:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouer-kind-egostate:</li>   <li>* Verpleegkundige: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ is haastig</li> <li>■ is kwaad en/of raas</li> <li>■ pas straf en beloning toe</li> <li>■ word as verhewe beleef</li> <li>■ word as 'n minsame ouer beleef</li> </ul> </li>   <li>* Pasiënt gooi pille in die drein af</li> </ul>	6
	n = 6

■ **Transaksionele analise**

Transaksionele analise onderskei tussen die egotoestande van ouer, kind en volwassene wat afwisselend tydens transaksies kan voorkom.

Alhoewel daar verskillende transaksies kan wees, blyk dit dat veral die **ouer-kind-interaksies** in dié transaksies tussen die verpleegkundiges en die pasiënte in die onder-  
rig-leersituasie na vore kom. Vervolgens 'n weergawe hier-  
omtrent.

## - Ouer-kind-egostate

Al ses (6) pasiënte se belewenisse dui op interaksies vanuit die ouer-kind-egostate, omdat daar sprake is van **haastigheid, kwaad, raas, straf en beloning** van die kant van die verpleegkundige en die pasiënt haar as **verhewe** en/of as **minsame ouer** beleef, terwyl die pasiënt ook sy **pille in die drein afgooi**. Dit word soos volg gestel.

"Die groot suster is hy wat...um...hy loop met die pille. Hy was net haastig. Ek was bang om baie te praat, want die suster hy was haastig, hy wil ry. Ja, die suster hy was haastig gewees...die groot suster. Hy het geraas, want hy was haastig."

"Ek is net bang suster shout as ek nie my pille drink nie, maar ek drink dit, sy shout nie. Partymaal sy word kwaad vir die ander as hulle nie hulle treatment reg vat nie, maar sy het vir my geen skewe woord gegee nie."

"So, ek kan nie ander goedjies so vra, vra, vra nie. Nou ek kom uit by die pad nou. Ek moet net by die pad bly. Hy is 'n suster. Ek...ek bang hom, hy is 'n suster. Nou ek bang hom om ander goed te vra, sy het vir my die pad gesê. Nou ek is bang om bietjie ander goed te vra. Sy sit my by die pad. Ek kan nie nog goed soek by die pad nie.....Jy sien ek, ek is op die pad van TB. Nou die suster, hy doen nie daai goeters wat ek gedoen het nie, en die suster hy het nie daai siekte wat ek het."

"Sy het saam met my mooi gepraat. Sy het mooi gepraat soos 'n ma."

"Tot nou nog het ek dit vir haar weggesteek. Ek het nie geweet of die suster met my gaan raas. Ek was bang sy raas, of sy vra my hoekom het ek dit gedoen. As ek nou vir haar sê ek wil gesond word, en sy my vra: 'Nou hoekom

het jy die pille by die drein weggegooi, hoekom?' So sou suster mos dan vir my gesê het: 'Ek gaan nie weer vir jou pille gee dat jy by die huis drink nie.'

### **3.4 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is data, verkry uit die onderhoude van die verpleegkundiges en die pasiënte, weergegee.

In Hoofstuk Vier sal data vanuit die literatuur as kontrole vir hierdie navorsing weergegee word en met data wat uit die onderhoude verkry is, vergelyk word. Nuut verkreë data op grond van die navorsing, sal uitgelig word. Indien aspekte in die literatuur gevind word wat nie in hierdie navorsing voorkom nie sal dit ook uitgelig word.

# HOOFSTUK 4

## VERGELYKING VAN RELEVANTE LITERATUUR MET DIE RESULTATE VAN DIE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGES EN DIE PASIËNTE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG.

### 4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n literatuurkontrolle geloods deurdat die resultate wat in die navorsing verkry is, soos weergegee in Hoofstuk Drie, vergelyk word met literatuur en soortgelyke navorsing. Nie-verteenwoordigende data in hierdie navorsing sal ook vergelyk word indien toepaslike literatuur hieromtrent gevind is. Nuwe insigte wat uit die navorsing verkry is, sal weergegee word. Indien aspekte in die literatuur gevind word wat nie in hierdie navorsing voorgekom het nie, sal dit uitgelig word. Alle beskikbare en relevante bronne wat verkry kon word, word in die literatuurkontrolle ingesluit.

Literatuur sal volgens die uiteensetting, soos saamgevat in Hoofstuk Drie, vergelyk word, naamlik:

KATEGORIEË	INTERNE OMGEWING	EKSTERNE OMGEWING	KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE
SUBKATEGORIEË	LIGGAAMLIKE BELEWENISSE	FISIESE BELEWENISSE	
	PSIGIESE BELEWENISSE:  <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intellektuele belewenisse</li> <li>■ Emosionele belewenisse</li> <li>■ Wilsbelewe- nisse</li> </ul>	SOSIALE BELEWENISSE	
	GEESTELIKE BELEWENISSE	GEESTELIKE BELEWENISSE	

Bogenoemde kategorieë en subkategorieë is reeds as operasionele definisies volgens die Verplegingsteorie vir Mensheehheid (ORU, 1990:136-142; RAU, 1991:7 ) gedefinieer.

Slegs dié subkategorieë waaronder data in hierdie navorsing gevind is, sal vervolgens met literatuur vergelyk of uitgelig word.

#### 4.2 DIE VERGELYKING VAN RESULTATE MET RELEVANTE LITERATUUR

Die resultate van die **belewenisse van die verpleegkundiges** en die **pasiënte** sal afsonderlik weergegee word.

## **4.2.1 Die belewenisse van die verpleegkundiges**

Die belewenisse van die verpleegkundiges word vervolgens weer-gegee.

### **4.2.1.1 Belewenisse van die interne omgewing**

Resultate verkry vanuit die belewenisse van die verpleegkundiges ten opsigte van die interne omgewing, sal vervolgens met relevante literatuur vergelyk word (kyk punt 3.3.1.1).

#### **i) Psigiese belewenisse**

Die psigiese belewenisse van die verpleegkundiges word vervolgens vergelyk.

#### **a) Intellektuele belewenisse**

In hierdie navorsing is gevind dat al sewe (7) verpleegkundiges van **verdedigingsmeganismes**, naamlik **vermyding** en **ontkenning** gebruik maak. McKenzie, Ngobeni en Bonongo (1992:27) bevestig die teenwoordigheid van verdedigingsmeganismes by die primêre gesondheidsverpleegkundiges deur daarop te wys dat hulle nie gewillig is om hul toepaslike owerhede te konfronteer wanneer hulle interne probleme ondervind nie, maar hulle haal dan hul frustrasies op die pasiënte uit deur tydens gesondheidsonderrig met die pasiënte te baklei.

Volgens Burton (1977:91) word verdedigingsmeganismes gebruik om 'n persoon te beskerm deurdat hy sy ware motiewe op hierdie wyse verberg, en sodoende word hy dan sosiale en persoonlike vernedering gespaar. Die feit dat verdedigingsmeganismes selfbeskermend is, maak dit nie wanaanpassings nie, behalwe wanneer dit oormatig

gebruik word.

Al sewe (7) verpleegkundiges beleef 'n **persepsie** van **moeitevolle insette** aangaande die weergee van inligting en kontrolering van medikasie tydens die onderrig-leersituasie. Volgens Redman (1976:107) word leer as 'n buitengewoon komplekse aktiwiteit beskou. Wanneer die leerder se opvoeding en leefwyse boonop verskil van dié van die onderriggewer, toon Redman (1976:109) aan dat die proses van leer nog moeiliker is. O'Brien (1974:21) beklemtoon dat doeltreffende kommunikasie nie maklik is nie, en dat dit by tye baie geduld, vaardighede asook hartlikheid van die verpleegkundige verg. Afgesien van die boodskap wat die verpleegkundige in die kommunikasieproses oordra, wys O'Brien (1974:48) daarop dat dit ook vereis dat sy baie van haarself moet gee.

Tydens die onderrig-leersituasie word inligting aangaande die metode van medikasiegebruik deur die verpleegkundige herhaal, wat dan weer deur die pasiënt herhaal moet word, en dit is deur ses (6) van die verpleegkundiges as **persepsie van herhaling van inligting** beleef. Volgens Alfano (Pearson, 1991:194) is een van die eienskappe van taakgeoriënteerde verpleging die oorbeklemtoning van medikasie en behandeling. Wright (1991:106-107) klassifiseer medikasietoediening as "high tech" en 'n geringe deel van pasiëntsorg. Ekspressiewe vaardighede soos die vermoë om "met 'n pasiënt te vereenselwig" en hom toe te laat om deel te hê aan sy verpleegsorg, word as "high touch"-vaardighede beskou. Die verband tussen dié twee word so deur Wright (1991:107) gestel: "Yet these activities, and others like them, are the 'high touch' skills of nursing without which the 'high tech' skills have little meaning. Without them, the patient may be treated but is not healed and feels alone and abandoned."

Die herhaling van 'n boodskap mag volgens Coutts en Hardy (1985:97) doeltreffend wees, maar Van Hoozer, Bratton, Ostmoe,

Weinholtz, Craft, Gjerde en Albanese (1987:239) toon aan dat dit tyd en geld verg; dus wanneer die onderriggewer waarneem dat dieselfde inhoud oor en oor verduidelik moet word, is dit tyd om ander metodes vir die ontsluiting van inhoud te ondersoek. Volgens Coutts en Hardy (1985:97) moet daarop gelet word dat sommige herhaling vermoeiend is, wat dan negatiewe reaksies by die leerder uitlok. Die grootste waarde van herhaling blyk wanneer die boodskap ingewikkeld is, maar in die geval van 'n eenvoudige boodskap moet herhaling vermy word.

Navorsing, soos deur Van Hoozer et al. (1987:52) aangedui, toon aan dat beklemtoning van hoër kognitiewe vrae, eerder as die herroeping-georiënteerde "opsê van feite", die leerproses bevorder. Wat die volwasse leerder betref, wys Stanhope en Lancaster (1988:192) daarop dat die vermoë om inligting te bemeester by elke leerder verskil; daarom moet daar by elkeen vasgestel word of inligting volledig en stadig weergegee moet word, asook of alle inligting, of net sommige, volgehoue herhaling verg; dus moet die leertempo bepaal word. Knowles (1986:6) wys daarop dat die leertempo by die volwasse leerder uniek is; hy leer doeltreffender deur eie inisiatief as wanneer leer op hom afgedwing word.

Die didaktiese beginsel van individualisering (Fraser et al., 1990:60-62) verleen erkenning aan die feit dat die onderriggewer hierdie verskille in ag moet neem. Tog wys Alfano (Pearson, 1991:195) daarop dat dit juis ten opsigte van taakgeoriënteerde verpleging die geval is dat die pasiënt as "een van vele" geïdentifiseer word, terwyl pasiëntgeoriënteerde verpleging die pasiënt as 'n individuele persoon erken. Travelbee (1971:97-98) toon aan dat indien die verpleegkundige vooraf aanvaar dat alle persone wat siek is, eenders is, sy nie werklik siek mense ken nie. Om 'n pasiënt te ken is volgens haar nie dieselfde as om oor die nodige persoonlike inligting, soos sy ouderdom en geloof, te beskik nie, maar dit behels die proses van ondervinding van en reagering op die uniekheid van elke pasiënt, want sy moet in staat wees om pasiënte te ondersteun in die verskillende wyses waarop elkeen sy persoonlike stres en siekte hanteer. Deurdat

sy elke pasiënt persoonlik en individueel ken, is dit moontlik dat sy 'n sin vir die regte tyd in die interaksieproses mag ontwikkel, byvoorbeeld wanneer om te praat of wanneer om stil te bly, want verpleegkundiges moet weet *wanneer* hul moet kommunikeer, asook *wat* hul moet kommunikeer.

Knowles (1986:86) toon aan dat elke leerder uniek is, met 'n eie leerstyl en -tempo; daarom moet leerplanne en -strategieë hoogs geïndividualiseerd wees. Van Hoozer et al. (1987:45) wys daarop dat elke leerder 'n wye verskeidenheid vorige kennis, vaardigheide, motivering, belange en bevoegdhede na die onderrig-leersituasie saamneem, wat daartoe bydra dat die leergebeure op 'n persoonlike en individuele basis beplan moet word. Volgens Redman (1976:23) kan pasiënte met dieselfde siektetoestand verskillend wees, wat daartoe aanleiding gee dat die onderrigdoel van individu tot individu verskil.

Wanneer drie (3) verpleegkundiges positiewe resultate in die onderrig-leersituasie bespeur, word **persoonlike prestasie** beleef. In aansluiting hierby wys Quinn (1988:75) daarop dat twee faktore met prestasie gemoeid is, naamlik die behoefte aan sukses en die vrees vir mislukking, en beide is in elke persoon teenwoordig. Wanneer ondervindinge in die verlede 'n persoon verryk het, of beter oor homself laat voel het, dui Stanhope en Lancaster (1988:190) aan dat hy 'n positiewe houding sal openbaar, en dat ondervindinge uit die verlede dus motivering in die hede sal beïnvloed.

Volgens Lee en Buch (1991:294) dra die verpleegkundige se geïsoleerde werksituasie en die gebrekkige ondersteuningstelsel daartoe by dat sy meer gemotiveer moet word. Yeats (1986:266) voeg by dat die afwesigheid van gereelde kontak met ander mediese kollegas daartoe bydra dat sy swak gemotiveerd is. Die didaktiese beginsel van motivering (Fraser et al., 1990:56-59) beklemtoon dit dat die doeltreffendheid van onderrig afhanklik is van die

motivering van beide die onderriggewer en die leerder.

Slegs drie (3) verpleegkundiges beleef dit dat hulle die onderrig-leersituasie **doelgerig** benader; tog wys Bignall (1984:6) daarop dat wanneer personeel gemoeid met tuberkulosebeheer, dit nalaat om hulle doelwitte en aksies in dié verband aan die gemeenskap te verduidelik, dit een van die redes is waarom die beheer van tuberkulose in ontwikkelende lande faal. Die formulering en keuse van onderrigdoelstellings en -doelwitte vorm deel van die didaktiese beginsel van beplanning (Fraser et al., 1990:71). Volgens 'n bron (WHO, 1988:62) weerspieël doelwitte die verwagtinge wat aan 'n program gestel word wat aan die einde bereik moet word. Knowles (1986:7) toon aan dat die volwasse leerder in die formulering van doelwitte betrek moet word, ten einde te verseker dat die leerder die doelwitte van die onderrig-leersituasie ook as sy eie ervaar.

'n **Persepsie** aangaande die **pasiënt se verantwoordelikheid ten opsigte van sy gesondheid**, naamlik dat die pasiënt blykbaar nie vir sy gesondheid omgee nie, word deur drie (3) verpleegkundiges beleef. 'n Soortgelyke bevinding is dié van Bateman (1984:4) wat aantoon dat die werkersklastuberkulosepasiënte in die Wes-Kaap 'n siening van "ek leef net vir die hede; die toekoms maak nie saak nie" huldig.

## **b) Emosionele belewenisse**

Vyf (5) van die verpleegkundiges beleef dit dat hulle **skuldgevoelens** het wanneer hulle haastig is en afskeep of wanneer daar nie 'n oop en eerlike verhouding tussen hulle en die pasiënte bestaan nie. Burton (1977:88-91) toon aan dat skuldgevoelens 'n motiveeringskrag in die mens se lewe is, maar dat dit altyd opgevolg word deur 'n behoefte aan straf. Alhoewel die verkeerde handeling wat skuldgevoelens veroorsaak het, afgekeur word, verkies

'n persoon om te "betaal" vir hierdie handeling. Volwassenes het verskillende wyses waarop hulle vra om gestraf te word, en indien ander hulle nie straf nie, sal hulle hulself straf deur byvoorbeeld gedwonge werkverrigting en hulself dan te dryf om al hoe harder te werk - wat weer tot meer skuldgevoelens lei, en 'n bose kringloop dan ontstaan.

Travelbee (1971:42) toon aan dat weens die verpleegkundige se gespesialiseerde kennis en opleiding sekere gelowe en waardestelsels deur haar geassimileer word en dan in 'n sogenaamde "verplegingsgewete" tot uiting kom. Hierdie "verplegingsgewete" is dié aspek van die gewete waarin die verpleegkundige 'n skuldgevoel beleef wanneer sy besef dat sy nie haar verantwoordelikhede nagekom het nie. Waar skuldgevoelens dus voorkom kan dit gebeur dat sy daarop ag gee en op hierdie aansporing van haar gewete reageer deur byvoorbeeld: die skuldgevoelens te ignoreer; of daarvoor te boet deur, indien moontlik, die oorsaak te verwyder; of haarself vryskeld deur van rasionalisasie, projeksie of 'n ander verdedigingsmeganisme gebruik te maak.

Data van **woede**, as emosionele belewenisse, is in hierdie navorsing sowel as in die literatuur gevind. Vier (4) van die verpleegkundiges beleef woede teenoor die pasiënt deur **kwaad** te word, en dan te **raas**, te **skree** of te **dreig**. Volgens Oskowitz (1991:20-21) versoek tradisionele genesers die primêre gesondheidsverpleegkundiges om hul houding teenoor pasiënte in oënskou te neem. Enkele voorbeelde deur haar genoem, is die kritisering van pasiënte omdat hulle vuil is, of dat hulle die kliniek te laat besoek. Stanhope en Lancaster (1988:196) toon aan dat daar gepoog moet word om die leerder te motiveer deur hom in staat te stel om sy behoeftes te erken, en dus nie deur eksterne druk uit te oefen nie. Foute wat die leerder begaan, moet deur inligting reggestel word en nie deur beskuldigings nie.

Volgens Alfano (Pearson, 1991:198) is een van die eienskappe van taakgeoriënteerde verpleging die feit dat die verpleegkundige nie

anders kan optree as hoe sy voel nie, ongeag of dit in 'n verpleegsituasie paslik is al dan nie. Coutts en Hardy (1985:69) wys daarop dat die gemoedstoestand van die leerder of onderrigge-  
wer leer kan beïnvloed. Volgens O'Brien (1974:2) moet die verpleegkundige besef watter uitwerking haar woorde op andere kan hê, want die wyse waarop sy optree en kommunikeer, openbaar iets van haar as persoon. Pearce (1969:103) wys daarop dat wanneer die verpleegkundige moeg, afgerem, deur haar eie probleme en dié van ander omring word, geïrriteerd deur veeleisende bevele asook onregverdig gekritiseer word, is dit moeilik om nie ontmoedig te word nie, maar dit is die moeite werd om te onthou dat 'n saggeaarde reaksie dié is wat helend is en wat vrede en aanmoediging bewerkstellig, want dit is noodsaaklik dat sy altyd poog om 'n vredemaker te wees en nie 'n moeilikheidmaker nie.

O'Brien (1974:69) toon aan dat onaangename emosionele dialoog kommunikasieprobleme veroorsaak. Dikwels wanneer die verpleegkundige haar gedagtes en gevoelens op 'n onaangename wyse uitspreek, het sy haar objektiwiteit verloor. Volgens Corney (1991:104) kan die teenwoordigheid van sigbare woede by die mediese personeel aanleiding gee tot 'n vergeldingsaanslag wat deur die pasiënt geloods word.

Gross (1994:186) toon aan dat die verpleegkundige eers 'n selfondersoek, deur middel van die selfondersoekmetode, moet onderneem voordat sy die pasiënt tydens die onderrig-leersituasie kan begelei. Hierdie metode bestaan uit die volgende: waardeontginning, deurdat die verpleegkundige self eers bewus moet word van haar eie onverwerkte gevoelens wat blokkasie veroorsaak, anders sal sy haar frustrasie, angs en moedeloosheid op die individu oordra en hom frustreer of skuldig laat voel; asook houdingsverandering/-bevestiging, deurdat die verpleegkundige tydens die onderrig-leersituasie openhartig en onbevooroordeeld moet wees, sodat sy ook die pasiënt deur die proses van selfondersoek kan begelei. Volgens haar is dit belangrik dat die verpleegkundige nie die onderrigverhouding sal benadeel as gevolg van haar eie onverwerkte ervarings en gevoelens nie.

Bradley en Edinberg (1990:136) verduidelik die konsep van "selfbewussyn" as die verpleegkundige se bewuste verstaan van: haar eie gevoelens en die hantering daarvan; haar sterk en swak punte; die mate waarin sy deur ander na waarde geskat word; asook in hoeverre sy besef dat sy keuses het in die wyse waarop sy op die omgewing, ten opsigte van andere en selfs met betrekking tot haar eie denke en reaksies kan optree. Verder merk Bradley en Edinberg (1990:153) op dat die selfbewussyn van die verpleegkundige gewoonlik die resultaat is van aktiewe denke ten opsigte van haar interaksie met ander persone en die inagneming van beide negatiewe en positiewe terugvoer van hulle kant. Dit is dus deur die proses van ondervinding, denke en integrering van hierdie kennis dat selfbewussyn ontwikkel.

### **c) Wilsbelewensisse**

Slegs een (1) verpleegkundige beleef dit dat **toekomsbeplanning** deel van die onderrig-leersituasie is. Volgens Alfano (Pearson, 1991:194) is die taakgeoriënteerde verpleegkundige eerder oor onmiddellike behandeling besorg, terwyl daar minder op vorige en toekomstige sorg gekonsentreer word.

Stanhope en Lancaster (1988:20) wys daarop dat die verpleegkundige ook bewus moet wees van, en vooruit beplan vir, moontlike struikelblokke in die weg van doeltreffende onderrig. Hierdie struikelblokke is onder meer te min tyd, geld, ruimte, energie, selfvertroue, organisatoriese ondersteuning asook toerusting.

#### **4.2.1.2 Belewensisse van die eksterne omgewing**

Resultate aangaande die belewensisse van verpleegkundiges ten opsigte van die eksterne omgewing sal vervolgens met relevante literatuur vergelyk word. Kyk punt 3.3.1.2 met die oog op hierdie vergelyking.

## i) Fisiese belewenisse

Geen bevindinge in die literatuur, wat op tuberkulose betrekking het, vermeld dat daar 'n konsep by die verpleegkundige bestaan ten opsigte van die **aansteeklike aard van tuberkulose** nie, soos deur ses (6) verpleegkundiges beleef. Wat wel deur Wilson en Kneisl (1988:34) vermeld word, is die vrees van die psigiatriese verpleegkundige dat hulle simptome van psigiatriese toestande waarvan hulle leer, ook in hulself waarneem. Travelbee (1971:98) toon aan dat sommige verpleegkundiges "tekens en simptome"-gesentreerd is, eerder as "aktiwiteit"-georiënteerd, omdat hulle opleiding die belangrikheid van waarneming van en inligting aangaande die tekens en simptome beklemtoon het. Hierdie verpleegkundiges neig dan om net op die tekens en simptome te konsentreer, en hulle ruim nooit tyd in om die mens met die tekens en simptome te ken nie. Die waarneming van tekens en simptome is 'n belangrike aktiwiteit, maar wanneer dit die enigste rede tot interaksie is, is die totstandkoming van 'n mens-tot-mens-verhouding onmoontlik.

Vier (4) verpleegkundiges beleef dit dat die **gesigsuitdrukking** van die pasiënt, as nie-verbale **liggaamstaal**, deel van die onderrig-leersituasie is. In dié verband wys Tshotsho (1993:28) daarop dat verpleegkundiges verkeerde besluite kan neem en foutiewe optredes kan uitvoer indien hulle hul nie vergewis van die verskille tussen swartes en persone behorende tot die Westerse kultuur nie. So byvoorbeeld is vermyding van oogkontak by die Xhosa's 'n teken van respek en nie 'n gebrek aan belangstelling nie. Wat die verpleegkundige as onderriggewer betref, wys Stanhope en Lancaster (1988:196) daarop dat die verpleegkundige nie net bedag op die boodskap moet wees nie maar ook op die beeld wat sy uitstraal deur middel van liggaamshouding, kleredrag, gebare en stemtoon, waarvan elk 'n uitwerking op die doeltreffendheid van onderrig het, want volgens Van Hoozer et al. (1987:51) bestaan 90% van 'n gekommunikeerde boodskap uit nie-verbale elemente.

Die pasiënt se vlak van opvoeding word deur vier (4) verpleegkundiges as deel van die onderrig-leersituasie beleef, naamlik dat dit moeiliker is om onderrig aan die ongeskoolde pasiënt as aan die geskoolde pasiënt te gee. Thomson en Myrdal (1986b:264) meen egter dat die kennis van die voorkoming van tuberkulose by tuberkulosepasiënte nie met die vlak van opvoeding in verband gebring kan word nie. Seager (1986:390) het bevind dat daar nie 'n verskil in kennisvlak van die geskoolde en ongeskoolde tuberkulosepasiënte is nadat albei groepe drie maande lank aan tuberkulose-onderrig blootgestel is nie.

Daar bestaan 'n neiging by onderriggewers, soos deur Coutts en Hardy (1985:97) aangedui, om wanneer hulle weet dat hulle met 'n ongeskoolde pasiënt handel, net 'n eenvoudige boodskap wat slegs gedeeltes van die waarheid bevat, aan te bied. Tog wys Bateman (1984:4) daarop dat dit nie baie intelligensie verg om die basiese feite aangaande tuberkulose en die behandeling daarvan te bemeester nie, maar mense besef nie dat bevolkingsgroepe ten opsigte van onder andere hul opvatting van siektes, hul persepsies van die realiteit, asook hul vooroordele verskil nie, en dat dit juis laasgenoemde faktore is wat 'n invloed op die behandeling van 'n tuberkulosepasiënt het.

Coutts en Hardy (1985:66) beklemtoon dit dat 'n beraming van die leerder se vermoë tot leer gemaak moet word voordat enige onderrig kan plaasvind, wat faktore soos intelligensievlak, ouderdom, leerervaring, kultuur, etniese en godsdienstige verskille insluit.

Stanhope en Lancaster (1988:196) wys daarop dat intelligensie- en opvoedingsvlak nooit aan mekaar gelykgestel moet word nie. Dit is dus belangrik dat die onderriggewers vertrouwd moet wees met die wetenskap van die leerpsigologie, soos aangedui deur die didaktiese beginsel van wetenskaplikheid (Fraser *et al.*, 1990:69-70). In dié verband toon Du Plessis en Monteith (1991:14) aan dat onderrig nie 'n waarborg is dat leer plaasgevind het nie. 'n Onderrigstrategie kan slegs doeltreffend beplan

en uitgevoer word indien die didaktikus weet hoe leer kan geskied en watter faktore moontlik tot betekenisvolle en optimale leer mag bydra, soos deur Fraser et al. (1990:69) aangetoon.

Vier (4) verpleegkundiges beleef dit dat alkohol, rook en spuug, as **nadelige gewoontes**, negatief op die hantering en genesing van pasiënte inwerk. Thomson en Myrdal (1986a:257) wys daarop dat sommige gesondheidsonderrig 'n viktiminisasie-aanslag het, en dat individuele eerder as sosiale oorsake van tuberkulose beklemtoon word. In dié verband word die volgende voorbeeld genoem: "Unfortunately too many people waste money on liquor and cigarettes and not enough on good food, such as milk, eggs, fruit and vegetables. When an adult or a child does not get enough of the right kind of food, the resistance of the body is lowered and he is more likely to get TB."

Volgens Burton (1977:20) is die verpleegkundige dikwels gefrustreerd en ongelukkig in haar werksituasie omdat sy onder andere te veel van die pasiënt verwag, en voel sy dan seergemaak, teleurgesteld en kwaad as hy nie die standaard kan bereik wat sy op 'n onrealistiese wyse aan hom gestel het nie. Indien die verpleegkundige onbewus is dat sy nie die gedrag en besluite van die pasiënt kan beoordeel volgens haar eie standarde nie, gaan sy haar gereeld ontstel wanneer die pasiënt nie aan haar standarde voldoen nie. Die pasiënt word ook deur hierdie situasie geraak, want die verpleegkundige som die situasie op as: "die pasiënt toon geen samewerking nie". Om hierdie situasie te vermy, wys Burton (1977:20) daarop dat die verpleegkundige die gevoelens agter die pasiënt se optredes moet verstaan en hom toelaat om sy eie standarde en verwagtinge te stel.

Beide die literatuur en die navorsing maak melding van die **taal van onderrig** as deel van die onderrig-leersituasie, alhoewel dit nie verteenwoordigend is nie, deurdat dit slegs drie (3) verpleegkundiges se belewenis is. Coutts en Hardy (1985:63) beklem-

toon dit dat niemand in staat sal wees om gesondheidsonderrig te verstaan wanneer ontoereikende taal gebruik word nie. Die beginsel van moedertaalonderrig (Fraser et al., 1990:64), as deel van die didaktiese beginsel van persepsie (Fraser et al., 1990:63-65), toon aan dat primêre konsepte eers in die leerder se moedertaal onderrig moet word, en wanneer dit bemeester is, kan sukses behaal word deur die ingewikkelder inhoud in die gesagvoerder se taal vir die leerder te ontsluit. Dit moet in gedagte gehou word, volgens Van Hoozer et al. (1987:227), dat die taal wat die onderriggewer gebruik, vir die pasiënt soos 'n vreemde taal mag klink. Coutts en Hardy (1985:63) toon aan dat begrip van taal nie net beïnvloed word deur ouderdom, sosio-ekonomiese aspekte en kulturele faktore nie, maar die pasiënt se leervermoë sal ook bepaal word deur die verpleegkundige se bereidheid om 'n taal wat vir die pasiënt verstaanbaar is te gebruik. Vir McKenzie et al. (1992:27) vereis doeltreffende gesondheidsonderrig onder andere dat ook die pasiënt se taal verstaan moet word.

Burton (1977:272) toon aan dat die verpleegkundige haar daaraan skuldig maak om al hoe harder te praat wanneer sy met 'n pasiënt kommunikeer wat nie dieselfde taal praat nie. Die enigste wat dan uit hierdie kommunikasiesituasie ontstaan, is dat die verpleegkundige die pasiënt onderdruk of afjak. Dikwels verstaan die pasiënt dan die boodskap soos volg: "As jy net meer intelligent was, sou jy verstaan het".

Swak kommunikasie tussen die pasiënt en die gesondheidswerkers word deur 'n bron (ANON, 1994:10) as rede vir uitval uitgelig. Die didaktiese beginsel van persepsie (Fraser et al., 1990:63-65) sluit ook betekenisvolle kommunikasie as voorvereiste vir doeltreffende onderrig en leer in (Fraser et al., 1990:64).

Drie (3) verpleegkundiges se belewenis aangaande tuberkulose-onderrig wat verband hou met **tekeninge van die longe** om onderrig toe te lig, is egter nie verteenwoordigend nie, dog onderrigmedia en -metodes word deur die literatuur onderskryf. Lee en Buch (1991:293) wys daarop dat daar 'n tekort aan geld en ondersteuning ten opsigte van tuberkulose-onderrig is, met onvoldoende tyd, vaardighede asook onderrigmedia; gevolglik is die onderrig nie vernuwend genoeg nie. Volgens 'n bron (ANON, 1994:10) is onderrigmedia ten opsigte van tuberkulose wat by klinieke beskikbaar is, vervelig, met die uitsluitlike doel om inligting te verskaf en sonder enige poging om dit van toepassing te maak op die daaglikse lewe van die pasiënt. Die meeste beskikbare onderrigmateriaal bestaan uit prente van die longe wat die aanval van bakterieë op die longweefsel probeer uitbeeld, en verder ook die tekens en simptome as fokuspunt.

Gross (1994:60) wys daarop dat buitelynsketse onaanvaarbaar is vir die meeste primitiewe kulture, omdat dit abstrakte denke verg. Hierdie mense kan hulle dus nie met dié tipe aanbieding vereenselwig nie. Hierteenoor is dit belangrik om daarop te let dat die didaktiese beginsel van geheelsiening (Fraser et al., 1990:66-69) dit beklemtoon dat die leerder nie net die onderlinge verbande tussen die onderskeie komponente moet raaksien nie maar ook 'n geheelsiening moet identifiseer.

Verder beklemtoon die didaktiese beginsel van persepsie (Fraser et al., 1990:63-65) dit dat leerinhoud aanskoulik gemaak moet word. 'n Verskeidenheid onderrigmedia moet gebruik word, met gepaardgaande stimulering van verskeie sinne; dit wil sê die leerder moet die geleentheid kry om voorbeelde te hanteer, aan te raak, te ruik en selfs waar moontlik te proe (Fraser et al., 1990:63-65). Navorsing het volgens Van Hoozer et al. (1987:52) bewys dat 'n persoon in die algemeen 10% van wat hy hoor, onthou, maar wanneer toepaslike onderrigmedia ter ondersteuning van die woorde gebruik word, word die retensie van inligting tot ongeveer 50% verhoog. In hierdie verband toon Fraser et al. (1990:67) aan dat persepsies nie net die stimulering van 'n enkele sinne soos

die visuele of ouditiwe is nie, maar dat daar gepoog moet word om 'n multimedienadering te handhaaf. Die leerder se kognitiewe (intellektuele), psigomotoriese (fisiese) en affektiewe (emosionele) eienskappe moet betrek word, soos onderskryf deur die didaktiese beginsel van totaliteit (Fraser et al., 1990:66-69).

Volgens Coutts en Hardy (1985:64) leer persone baie vinniger wanneer onderrigmedia vir hulle sin maak, maar ontoepaslike gebruik van visuele onderrighulpmiddele is volgens Van Hoozer et al. (1987:52) daarvoor verantwoordelik dat leer benadeel word.

Lee en Buch (1991:289) toon aan dat daar 'n verband tussen tuberkulose en **sosio-ekonomiese** toestande is, en pogings om tuberkulose te beheer is tans onvoldoende. Verkreeë data in die navorsing dui aan dat slegs twee (2) verpleegkundiges sosio-ekonomiese aspekte as deel van tuberkulose-onderrig beleef, wat op 'n nie-vertegenwoordiging dui. Die huidige tuberkulose-epidemie is volgens 'n bron (ANON, 1993a:28) die resultaat van 'n netwerk sosio-ekonomiese aspekte, soos onder andere oorbewoning, swak voeding, bejaardheid, spesifieke beroepe, alkohol, rook, stres en verskeie siektetoestande.

Volgens Burton (1977:268) behels kommunikasie tussen die verpleegkundige en die pasiënt twee hoofkategorieë, en albei is ewe belangrik. Die eerste handel oor die siekte self: die oorsaak, hantering en behandeling daarvan. Die tweede kategorie behels die emosionele of aanpassingsprobleme voortspruitend uit die siektetoestand, wat onder andere ook sosio-ekonomiese aspekte insluit. Navorsing onder pasiënte met 'n swak prognose tot herstel, soos aangedui deur Redman (1976:17), het getoon dat alleen aandag geskenk is aan die behandeling van die pasiënt se fisiese siekte, terwyl die persoonlike en sosiale realiteite van die pasiënt geïgnoreer is.

## ii) Sosiale belewenisse

Ses (6) verpleegkundiges onderskryf 'n **modus operandi vir tuberkulose-onderrig**, naamlik dat daar spesifieke wyses is waarop hulle tuberkulose-onderrig toepas en dan waar nodig aanpassings maak. Hierdie aanpassings het betrekking op die metode van onderrig om verveeldheid te voorkom, op die tydsverloop tussen besoeke aan die pasiënt, asook op die daling tot die pasiënt se vlak. Volgens Coutts en Hardy (1985:171) bevat die onderrig-leersituasie 'n implementeringsfase waar die gesamentlike plan van die onderriggewer en leerder in werking gestel word, en tydens die uitvoering van die plan vind aaneenlopende beraming en beplanning plaas, deurdat die verpleegkundige bedag bly op nuwe gegewens van die pasiënt. Hierdie nuwe gegewens, asook deurlopende evaluering van die onderriguitkoms, mag lei tot veranderinge in die onderrigplan. Vroeë regstelling van probleme is volgens 'n bron (WHO, 1988:74) belangrik, ten einde te verseker dat die onderrigprogram nie misluk nie.

Coutts en Hardy (1985:171) wys daarop dat dit gedurende die implementeringsfase is dat die verpleegkundige aktief gebruik maak van haar teoretiese basis en kennis, kreatiwiteit en intelligensie, sodat die leerder meer van sy gesondheidsgedrag te wete kom. Hierdie fase is ook die veeleisendste fase vir die onderriggewer, omdat sy doelgerig en doeltreffend moet optree.

Vyf (5) verpleegkundiges beleef dit dat verskeie eksterne sosiale faktore, naamlik ongeskiktheidstoelae, werkende pasiënte, herhaaldelike uitval, lang behandelingstydperk, verbetering van simptome en besoeke aan eie genesers, verantwoordelik is vir die **uitval van pasiënte**. Vervolgens 'n vergelyking van dié sosiale faktore, soos in die literatuur en navorsing gevind.

Wanneer 'n pasiënt sy siekte voorhou om 'n **ongeskiktheidstoelaag** te bekom, wys Clark (1984:437) daarop dat dit onwaarskynlik is dat hy sy volle samewerking in die behandelingsprogram sal gee. In dié geval is dit belangrik dat die verpleegkundige die doel van uitval bepaal en dan moontlik ander wyses waarop die pasiënt sy doel kan bereik, identifiseer, en hy gevolglik meer samewerking sal toon.

Die stelling aangaande die **werkende pasiënt** wat neig tot **uitval**, word deur die literatuur weerlê. Volgens Lee en Buch (1991:292), Bell en Yach (1988:32) en Yeats (1986:266) is die uitvalsyfer onder swartes wat werkloos is, hoër as onder dié wat werk. Bell en Yach (1988:32) toon aan dat opvoedkundige, kulturele en plaaslike probleme moontlik tot dié hoër uitvalsyfer onder werklooses bydra.

Wanneer die pasiënt **herhaaldelik uitval**, soos in die navorsing gevind, wys Coutts en Hardy (1985:61) daarop dat onderrig-leersituasies van die verlede 'n uitwerking op die persoon se deelname en motivering in die toekoms kan hê. As leer in die verlede probleme veroorsaak het, bestaan die verwagting dat toekomstige pogings ten opsigte van leer ook negatief sal wees. Wanneer 'n ondervinding van leer in die verlede beloon is, soos gestel deur Stanhope en Lancaster (1988:190), en die leerder beter oor homself gevoel het, sal hy 'n opvallender positiewe houding openbaar as wanneer hy verveeld, kwaad of in die verleentheid gestel is. Individue wat aan hulle eie vermoëns twyfel, volgens Gross (1994:152), vind dit moeilik om die verwagte gedrag wat gesondheid bevorder, vol te hou; hulle verminder dan hul pogings en gee moed op. Coutts en Hardy (1985:142) toon aan dat herhaaldelike uitval van 'n spesifieke kategorie pasiënt, byvoorbeeld 'n alkoholis, daartoe lei dat die verpleegkundige 'n oordrewe pesimisme ten opsigte van al die pasiënte in dié kategorie ontwikkel.

Verder word die **lang behandelingstydperk** en die feit dat die pasiënt sy medikasie staak wanneer hy **beter voel**, soos in die navorsing as redes vir **uitval** gevind, ook deur Galloway (1994:5) en De Villiers (1991:71) bevestig. Volgens navorsing deur Metcalf, Bradshaw en Stindt (1990:409) toon 21% van die werklose Kleurlingvroue as deelnemers aan dat tuberkulosepasiënte wat beter voel, moontlik behandeling kan staak. Seme (1982:5) wys daarop dat die pasiënt gewoonlik na twee maande behandeling simptomevry is en dit dan vir die pasiënt onnodig lyk om voort te gaan met die behandeling, want dit is 'n natuurlike verskynsel dat die mens sy gesondheid geniet en dus nie weer dink aan die volhou van behandeling nie. Gross (1994:132-133) wys daarop dat die kronies siek persoon moet voortgaan met die behandeling wat vir hom voorgeskryf is en spesifieke gesondheidsgedrag moet openbaar, alhoewel hy moontlik nie siek voel nie. Hy moet aanhou medikasie neem, alhoewel daar geen verandering in sy gesondheidstoestand is nie. In die oë van die persone in sy sosiale omgewing lyk dit nie of hierdie persoon eintlik siek is nie en kry hy min ondersteuning van hulle. Hulle het ook weinig begrip vir sy toestand.

Volgens navorsing, soos aangedui deur Gross (1994:156), is daar 'n groot verskil tussen die tydperk van aanvanklike betrokkenheid en voortdurende betrokkenheid by gedrag wat gesondheid bevorder. Die uitvalsyfer is aanvanklik, tussen drie en ses maande, baie hoog; daarna word 'n plato bereik waar min mense uitval. Daar word verwys na die sogenaamde aanleer/verwerwing- en die instandhoudingstadium. Hermotivering van die pasiënt moet volgens 'n bron (ANON, 1993c:41) na vyf tot ses weke van behandeling geskied, aangesien dit die kritieke tyd is wanneer die pasiënt beter voel en dan sy medikasie staak. Dit is ook belangrik dat die pasiënt alles aangaande die behandelingsproses van tuberkulose verstaan; andersins, wys Yeats (1986:266) daarop, sal die pasiënt sy behandeling staak sodra hy beter voel.

**Besoeke aan 'n eie geneser** as sosiale faktor tot **uitval**, soos in die navorsing gevind, word deur Griffiths, Makgotha en Nordesjö (1981:5) bevestig, deurdat die tradisionele geneser die pasiënt aanraai om sy medikasie te staak ten koste van die geneser se eie medikasie. Volgens De Villiers (1991:72) kan dit moontlik wees dat die pasiënt 'n vergelyking tref tussen die stadige uitwerking van tuberkulosebehandeling en dié van sy eie geneser, wat byna onmiddellik tot braking lei. Die pasiënt kan dan tot die gevolgtrekking kom dat sy eie geneser se medikasie beter is.

Ter Haar (1987:2) toon egter aan dat die oorsaak vir uitval nie alleen voor die deur van die pasiënt gelê moet word nie, terwyl Travelbee (1971:115) daarop wys dat blamering van die pasiënt vir sy toestand 'n doeltreffende manier is om kommunikasie tussen die verpleegkundige en die pasiënt te blokkeer.

Data in die navorsing toon aan dat vier (4) verpleegkundiges dit beleef dat die pasiënt op tuberkulose-onderrig reageer, en hierdie **reaksie** of respons **op die onderrig** kan negatief of positief wees. Verder is daar ook 'n tydsverloop ter sprake voordat die respons vasgestel word, en afhangende van die reaksie word daar aanpassings gemaak. Volgens Kurt Lewin, (Stanhope & Lancaster, 1988:185) is dit nie altyd moontlik om tot 'n akkurate gevolgtrekking te kom deur net 'n persoon se reaksies waar te neem nie. Tshotsho (1993:28-29) toon aan dat verpleegkundiges verkeerde besluite kan neem en verkeerde optrede kan uitvoer indien hulle hul nie vergewis van die kulturele verskille van swartes ten opsigte van die Westerse leefwyse nie. So dui 'n glimlag of "ja, suster" nie noodwendig samewerking of instemming aan nie; eerder 'n onwilligheid om ongeskik te wees, of op 'n selfbeskermingsituasie. Oop-einde-vrae moet dus eerder gebruik word wanneer inligting van 'n Xhosapasiënt verkry word.

Sommige pasiënte as leerders, soos aangedui deur Stanhope en Lancaster (1988:192), begryp nie gegewe inligting nie maar is

traag om vrae hieromtrent te vra. Hulle mag vrees dat ander hulle as "dom" sal bestempel, of dit mag wees dat hulle so verward is en nie in staat is om 'n vraag te formuleer nie. Hierdie verskynsel is 'n struikelblok ten opsigte van leer. Die feit dat daar soveel verskillende tale is en die pasiënt as leerder ook nie mediese terme ken nie en tog te verleë kan wees om vrae te stel, maak dit belangrik om te let op tekens, soos die knik van die kop en die formulering van toepaslike vrae, asook die versoek dat die pasiënt gegewe inligting in sy eie woorde moet verduidelik. Deur net te vra of die pasiënt verstaan, is onvoldoende as gevolg van die huiwering om eie tekortkominge te erken.

Volgens Burton (1977:267) word die verpleegkundige dikwels as 'n gesagsfiguur gesien, en 'n pasiënt wat in gesprek is met haar, sal neig om vir haar te sê wat hy dink sy wil hoor, eerder as dit wat hy regtig dink of voel, want hy mag moontlik bang wees vir bespotting of kritiek. Die verpleegkundige moet dié situasie teëwerk deur hom aan te moedig om sy gevoelens uit te spreek, al stem sy nie met wat hy sê, saam nie.

Lee en Buch (1991:292) wys daarop dat die afwesigheid van die gemeenskap se betrokkenheid die belangrikste rede vir die mislukking van 'n tuberkulosekontroleprogram is. Masinyana (1989:72) het bevind dat gesinsondersteuning teleurstellend was, dog waar die gesin selfs net 'n geringe belangstelling in die pasiënt se siekte getoon het, was die bywoningsyfer van die klinieke beter as dié wat geen belangstelling getoon het nie. In dié navorsing is **die verlange na gesinsbetrokkenheid**, as deel van die onderrigleersituasie, slegs twee (2) verpleegkundiges se belewenis, wat dus nie verteenwoordigend is nie. In hierdie verband wys Alfano (Pearson, 1991:195) daarop dat waar die klem op taakgeoriënteerde verpleging binne 'n hospitaalopset geplaas word, die gesin en besoekers selfs gedurende besoektye as inmenging in die werk beskou word.

Die didaktiese beginsel van sosialisering (Fraser et al., 1990:76-79) beklemtoon die feit dat die gesin as 'n sosiale instelling 'n belangrike rol ten opsigte van doeltreffende onderrig en leer speel, want volgens Van Hoozer et al. (1987:216) hou dit voordele in as die gesin tydens die onderrig teenwoordig is, want wanneer die pasiënt angstig of baie siek is, kan die gesinslede inligting kontroleer en verduidelik. Corney (1991:11) wys daarop dat pasiënte met goeie sosiale ondersteuning neig om gouer van hul siekte te herstel. Die gesin se teenwoordigheid kan ook help dat die pasiënt se motivering ten opsigte van leer verhoog, want De Villiers (1991:71) toon juis aan dat dit die familie is wat daarop aandring dat die tuberkulosepasiënt sy eie tradisionele geneser besoek en hy dan later sieker as ooit is wanneer hy weer na die geneesheer terugkeer.

Vir Travelbee (1971:187) is dit nie alleen die pasiënt wat ondersteuning en die sin van sy siekte soek nie, maar die gesin benodig ook die hulp van die verpleegkundige, maar die verpleegkundige beskou die gesin baiekeer eerder as problematies. Volgens Redman (1976:6) het die gesin 'n behoefte om te leer hoe hulle die pasiënt kan ondersteun, asook hoe om gezondheidshandhawing en -bevordering in die gesin te bevorder. Vir O'Brien (1974:94) kan die gesin die verpleegkundige se hulp benodig om hul bekommernisse met haar te deel, asook gepaardgaande frustrasies rakende die pasiënt se siekte. Sommige gesinne kan so vasgevang wees in hul eie behoeftes en probleme dat hulle die pasiënt en sy siekte nie aanvaar nie. In dié verband het hulle soms die verpleegkundige se hulp nodig om te weet hoe hulle teenoor die pasiënt moet optree, en om hul gevoelens wat hulle jeens die siekte koester, met haar te deel.

Slegs twee (2) verpleegkundiges **verlang portuurgroepondersteuning** as deel van die onderrig-leersituasie, soos in die navorsing gevind. Hierdie portuurgroep is tuberkulosepasiënte wat gesond is. Die vermelding van portuurgroepondersteuning is in die literatuur aangetref. 'n Bron (ANON, 1994:10) beskryf 'n

navorsingsprojek waar 'n fotoverhaal gebaseer op die ware verhaal van 'n tuberkulosepasiënt, ontwerp is met die doel om die uitvalsyfer te verlaag. Die evaluering van die projek was positief, en ander tuberkulosepasiënte kon hulle met die verhaal vereenselwig.

Volgens Seager (1986:389) kan tuberkulosepasiënte wat genees is, uitstekende ambassadeurs vir die tuberkulosediens wees, maar daarheers kommer oor die vlak van kennis rakende tuberkulose by ontslag van gehospitaliseerde pasiënte. Die didaktiese beginsel van sosialisering (Fraser et al., 1990:76-79) beklemtoon dit dat interaksie met die portuurgroep tot doeltreffende onderrig en leer bydra. Knowles (1986:6-7) wys daarop dat die volwasse leerder se leeromgewing wederkerige hulpverlening insluit, wat nie alleen wedersydse vertrouwe en hulp tussen die onderriggewer en leerder behels nie, maar ook die bevordering van samewerkende aktiwiteite tussen leerders, terwyl mededinging en veroordelings ontmoedig word. Die volwasse leerder betree die onderrig-leersituasie met 'n ryke agtergrond, wat 'n waardevolle hulpbron vir ander leerders sowel as vir die leerder self is. Elke leerder se ervarings verskil; daarom is die kombinerings van alle ervarings 'n waardevolle hulpbron vir die leerder. Vir Knowles (1986:8) is die leerder se ervarings belangrik en word die ontginning daarvan deur aktiewe groepsdeelname aangemoedig. Die aktiwiteitsbeginsel (Fraser et al., 1990:65-66) beklemtoon dit dat doeltreffende onderrig en leer die aktiewe deelname van die leerder verg.

Volgens Mouton en Blake (Quinn, 1988:49) verskil 'n aktiewe, wederkerige onderrigbenadering van ander onderrigwyses deurdat: die onderriggewer nie 'n gesagsfiguur is nie; die leerder, deur aktiewe deelname van ander leerders, verantwoordelikheid vir eie leer aanvaar; beplande interaksie met ander leerders 'n motivering ten opsigte van leer is; dat leer wat deur middel van groepswerk plaasvind, geslaagder is as wanneer dit deur die individu alleen geskied. Die noue interaksie van die lede, die vrees om deur die groep verwerp te word, asook elke lid se strewe na

'n rolmodel, is, volgens Fraser et al. (1990:78-79), redes wat aangevoer word vir die sukses van onderrig en leer binne groepsverband, soos deur die didaktiese beginsel van sosialisering (Fraser et al., 1990:76-79) onderskryf.

Alhoewel net twee (2) verpleegkundiges die **tradisionele geneser** as 'n invloed op die onderrig-leersituasie beleef, word dit deur die literatuur onderskryf. Navorsing deur Moloantoa (1982:30-31) dui aan dat 65% van swart tuberkulosepasiënte as deelnemers ten gunste van die besoek aan 'n tradisionele geneser is, ten einde tuberkulose te voorkom of te genees, terwyl 55% aandui dat hulle met die aanvang van hul siekte 'n tradisionele geneser besoek het. Seme (1982:5) wys daarop dat pasiënte wat vertroue in 'n tradisionele geneser het, verkies om gelyktydig die tuberkulosebehandeling van 'n geneesheer en dié van sy tradisionele geneser te ondergaan.

Volgens Corney (1991:3) is swak kommunikasie tussen mediese personeel en pasiënte een van die mees algemene redes waarom pasiënte hul tot alternatiewe medisynegebruike wend, omdat laasgenoemde op die aktiewe betrokkenheid van die pasiënt by sy behandeling fokus, asook die aanmoediging van die pasiënt om vrylik oor sy probleme te gesels.

Slegs twee (2) verpleegkundiges beleef dit dat **toordery** 'n werklikheid is wat tydens die onderrig-leersituasie in ag geneem moet word. Navorsing onder Zoeloe- en Sothotuberkulosepasiënte, soos aangedui deur Bateman (1984:5), het getoon dat byna tweederdes van die deelnemers toordery, byvoorbeeld die inname van gif, as die oorsaak van tuberkulose identifiseer. Navorsing deur Moloantoa (1982:29) onder swart tuberkulosepasiënte het aangetoon dat 65% van die deelnemers toordery as die oorsaak van tuberkulose beskou. Dit word onder andere soos volg gestel: "One can never live without enemies who can bewitch one, causing one to suffer from TB." Volgens De Villiers (1991:70) het navorsing

onder die Xhosas ook aangetoon dat tuberkulose sterk met toordery verbind word. 'n Swart verpleegkundige, wat ook 'n deelnemer aan die navorsing was, dui aan dat alle Xhosatuberkulosepasiënte glo hulle is slagoffers van toordery, ongeag opvoeding, graad van verwestering of geloof.

Coutts en Hardy (1985:61-62) wys daarop dat sosiale agtergrond 'n uitwerking op die volwasse leerder het, deurdat hy houdings ten opsigte van die oorsprong van sy siekte, aspekte van gesondheid en siekte en ook aangaande leer sal hê wat sy gewilligheid en vermoë ten opsigte van leer beïnvloed. Indien 'n persoon glo dat sy gedrag nie sy gesondheid beïnvloed nie maar dat dit eerder aan toeval toegeskryf kan word, soos gestel deur Gross (1994:141), sal daardie beskouing sy gesondheidsgedrag beïnvloed.

Corney (1991:4) meld dat die pasiënt die geleentheid gegun word om sy sieninge of teorieë ten opsigte van sy siekte aan die lig te bring. Na bekendmaking word dit bespreek, waartydens sy opvattinge òf bevestig òf weerlê word. Waar die verpleegkundige faal om vir die pasiënt die geleentheid te skep om sy eie sieninge met haar te deel, het dit 'n nadelige uitwerking op die verbondenheid van die pasiënt ten opsigte van sy behandeling, asook op sy sienswyse van die interaksieproses.

### **iii) Geestelike belewenisse**

Slegs twee (2) verpleegkundiges beleef dit dat **interpersoonlike verhoudinge** deel van die onderrig-leersituasie is, wat nie verteenwoordigend is nie, maar literatuur hieromtrent is gevind. Ter Haar (1988:541) wys daarop dat min aandag aan die pasiënt as persoon gegee word, dit wil sê hoe hy oor die toekoms en sy gesin voel, sy vrese, verwagtinge asook finansiële aspekte. Taakgeoriënteerde verpleging, volgens Alfano (Pearson, 1991:197), is eerder oor die pasiënt se veiligheid as sy selfbegrip en persoonlike waardigheid bekommerd. Hierteenoor is pasiëntgeoriënteerde verpleging oor die pasiënt se selfbegrip, persoonlike waardigheid

asook sy veiligheid begaan.

Lee en Buch (1991:294) beklemtoon die feit dat die opleiding van tuberkulosewerkers die ontwikkeling van empatie en die voorkoming van viktimisasie moet insluit. In dié verband noem Masinyana (1989:68) dat die uitkoms van gesondheid meer positief deur die kwaliteit van interpersoonlike vaardighede as deur die kwantiteit van onderrig beïnvloed word. Vir Stanhope en Lancaster (1988:191) dra 'n houding van warmte, aanvaarding en die beklemtoning dat die leerder se teenwoordigheid belangrik is, daartoe by dat 'n volwasse leerder met negatiewe leerervaringe in die verlede se houding teenoor leer sal verander. Hierdie verhouding moet verder ook gekenmerk word deur opregte belangstelling en eerlikheid teenoor die leerder. Volgens Pearce (1969:103) kweek opregte belangstelling 'n goeie verhouding, omdat die pasiënt dan ervaar dat daar met aandag na hom geluister word. Verder toon Pearce (1969:21) aan dat die pasiënt hierdeur in staat gestel word om vrylik te praat en minder verbouereerd te wees.

Volgens Conradie (Ter Haar 1988:541) is dit moontlik om die voorkoms van uitval te stuit mits daar 'n goeie terapeutiese verhouding tussen die verpleegkundige en die pasiënt bestaan. Dit word só gestel: "...the therapeutic relationship which brings me back to the positive elements in our traditional society and which incidently are also basic in Christian ethics, the elements of caring and sharing." Lee en Buch (1991:294) asook Galloway (1994:5) bevestig juis dat die houding van gesondheidswerkers 'n struikelblok is wat die uitval van pasiënte bevorder.

Vir Coutts en Hardy (1985:73-74) is terapeutiese kommunikasie 'n integrale deel van die kommunikasieproses tydens gesondheidsonderrig, en vir Knowles (1986:7) is 'n beginsel van onderrig 'n wederkerige vertrouensverhouding wat die onderriggewer as fasiliteerder met die leerder opbou. Wanneer die element van vertroue afwesig is, volgens Bradley en Edinberg (1990:75), is die interaksieproses oppervlakkig met weinig persoonlike betrokkenheid van beide die verpleegkundige en die pasiënt. Vertroue

staan direk in verband met die mate waarin die doelwitte van die verpleegkundige ooreenstem met die doelwitte van die pasiënt. As daar ooreenstemming is, sal beide die verpleegkundige en die pasiënt saamwerk om die doelwitte in 'n atmosfeer van vertroue te bereik, maar 'n vertrouensverhouding neem gewoonlik lank om gevestig te word.

#### **4.2.2 Die belewenisse van die pasiënte**

Die belewenisse van die pasiënte word vervolgens vergelyk.

##### **4.2.2.1 Belewenisse van die interne omgewing**

Resultate wat uit die belewenisse van die pasiënte ten opsigte van die interne omgewing verkry is, sal vervolgens met relevante literatuur vergelyk word (kyk punt 3.3.2.1).

##### **i) Liggaamlike belewenisse**

Al ses (6) pasiënte beleef dit dat hulle **borsgesentreerd** is. Navorsing deur Metcalf et al. (1990:409) onder Kleurlingvroue dui aan dat 97% van die deelnemers die bors of longe as die meeste aangetas deur tuberkulose aandui. Volgens Moloantoa (1982:29) se navorsing onder swart tuberkulosepasiënte het 90% van die deelnemers aangedui dat aanhoudende hoes en pyn in die bors hulle daartoe gebring het om mediese hulp te soek. Hoes en pyn in die bors word ook deur Masinyana (1989:58) as hoofredes vir die soeke na mediese hulp aangedui. Volgens Thomson en Myrdal (1986b:264) is hoes die algemeenste klag van tuberkulosepasiënte wanneer hulle 'n gesondheidsdienssentrum besoek.

Coutts en Hardy (1985:107-108) toon aan dat die onmiddellike, persoonlike omstandighede van die pasiënt, soos angste of pyn, sy normale vermoë om inligting te verstaan of weer te gee kan belem-

mer. Versigtige tydsberekening moet aan die dag gelê word wanneer belangrike inligting aan die pasiënt meegedeel word.

Pearce (1969:22) wys egter daarop dat die pasiënt se hele gedagte-wêreld gedurende 'n onderhoud deur sy fisiese siekte-toestand in beslag geneem kan word as hy nie die geleentheid gegun word om sy emosionele reaksies en gevoelens, voortspruitend uit sy siektetoestand, aan die verpleegkundige kan meedeel nie.

Alhoewel slegs twee (2) pasiënte dit beleef dat die inneem van tuberkulosemedisyne tot **newe-effekte** aanleiding gee, word **newe-effekte** deur die literatuur beklemtoon. Sommige pasiënte verstaan nie waarom hulle 'n redelike hoeveelheid medisyne op 'n keer moet neem nie, en wanneer **newe-effekte**, soos **naarheid**, voorkom, dui De Villiers (1991:72) aan dat dit tot uitval kan lei. Dit is dikwels omdat die gesondheidswerker nalaat om die werking en **newe-effekte** van die medikasie aan die pasiënt te verduidelik, soos deur Ter Haar (1987:2) gemeld, dat dit tot uitval van die pasiënt aanleiding gee, dog hierdie rede vir uitval word gewoonlik nie deur gesondheidswerkers vermeld nie.

## ii) Psigiese belewenisse

Die psigiese belewenisse van die pasiënte word vervolgens vergelyk.

### a) Intellektuele belewenisse

Al ses (6) pasiënte beleef **persepsies** wat **as gevolg van tuberkulose-onderrig** ontstaan het, onder meer onderrig ten opsigte van **medikasie** en **lewenstyl**, insluitend **tabak-** en **alkoholgebruik**. Laasgenoemde word ook as **oorsaak van tuberkulose** beleef. Soms word die onderrig in verband met die **aansteeklike aard** van tuberkulose **bevraagteken**; ook word die **afwesigheid van tuberkulose-on-**

**derrig** vermeld. Vir Lee en Buch (1991:293) is die pasiënte se kennis van tuberkulose swak, en hulle ontken die oorsaak daarvan asook die risiko's verbonde aan tuberkulose. Nieteenstaande die feit dat al die pasiënte, as deelnemers aan die navorsing van Masinyana (1989:58), 'n geruime tyd lank behandeling ontvang het, was 69% nie van die oorsaak van tuberkulose bewus nie, terwyl 4% dit as die gevolg van die inname van alkohol beskou het. Volgens bevindinge van Moloantoa (1982:30) beskou 80% van swart tuberkulosepasiënte as deelnemers alkoholgebruik en rook as die oorsaak van tuberkulose.

Volgens Bradley en Edinberg (1990:201-202) is pasiënte dikwels geneig om 'n enkele oorsaak vir 'n gesondheidsverwante probleem voor te hou. Hierdie tendens staan as lineêre denke bekend. Dit verg van die verpleegkundige om deur middel van terapeutiese kommunikasie die pasiënt se denkpatroon te verander. As lineêre denke daarvoor verantwoordelik is dat die pasiënt nie 'n gesonde leefwyse nastreef nie, moet die verpleegkundige meer komplekse denke versterk - wat die teenoorgestelde van lineêre denke veronderstel.

Verder wys Thomson en Myrdal (1986b:264) daarop dat slegs vyf (12%) van die 42 tuberkulosepasiënte, as betrokkenes by hul navorsing, aantoon dat hulle tuberkulose-inligting by klinieke ontvang, terwyl 34 (81%) enige onderrig ontken. Volgens Masinyana (1989:60) het net 12% van die deelnemers dit genoem dat hulle gesondheidsonderrig in verband met tuberkulose ontvang het. Hierdie pasiënte het ook 'n gereelde kliniekbywoningsyfer getoon.

## **b) Emosionele belewenisse**

Al ses (6) pasiënte beleef dit dat hulle **vrees** ten opsigte van die verpleegkundige koester, en wel in die vorm van **angs** of **bang** wees. Redman (1976:16) toon aan dat dit waargeneem is dat pasiënte huiwer om vrae te vra, òf om te kla, òf om spesifieke dienste te vra, omdat hulle negatiewe reaksies van veral die ver-

pleegkundige vrees. Volgens Gross (1994:125-126) word gebeure wat gewoonlik vrees aanwakker, beskou as gebeure waar daar aanvaar word dat die individu nie 'n situasie goed sal hanteer indien hy 'n teësin/weersin daarin het nie. Ervarings wat dus die individu se doeltreffende hantering van situasies kan verhoog, verminder sy vrees vir daardie situasies en verhoog sy interaksie met daardie situasies wat hy voorheen gevrees het.

Coutts en Hardy (1985:56,64) wys daarop dat 'n hoë angsvlak nadelig is vir leer. Angs kan leer ondersteun of verhinder, naamlik: matige angse mag persone help om te leer aangaande hul gesondheid, deur hulle te motiveer om siekte en gestremdheid te voorkom, terwyl hoë angsvlakke daarvoor verantwoordelik mag wees dat persone gesondheidsonderrig weerstaan of doodgewoon nie die boodskap inneem nie.

Volgens Burton (1977:266) kan nie alleen die verskil in professionele agtergrond kommunikasieprobleme tussen die verpleegkundige en die pasiënt veroorsaak nie, maar ook die verskil ten opsigte van emosionele vlak, wat op sy beurt die begrip tussen beide belemmer. Corney (1991:11) wys daarop dat baie pasiënte dit moeilik vind om oor hul angse te praat, wat onderhoudvoering met die pasiënt dan bemoeilik, totdat hy van sy angse verlig is. In dié verband is dit waarskynlik dat 'n pasiënt se angse sal verminder indien hy volledige antwoorde op sy vrae kry. Vir Burton (1977:148) is die pasiënt wat bang is en nie in staat is om sy vrese uit te spreek nie, besig om noodsaaklike emosionele energie te verloor wat hom kon gehelp het om in sy totaliteit as mens die vrees teë te werk. Vrees het, volgens Burton (1977:153), die kragtigste uitwerking van al die emosies en kan aanleiding gee tot 'n gedrag by pasiënte waarvoor hulle min of geen beheer het nie.

Deur empatie en besorgdheid kan die pasiënt se angse verminder word, soos gestel deur Masinyana (1989:68), wat dus daartoe bydra dat hy gegewe inligting beter verstaan. Dit is dan so dat die rol van die verpleegkundige tydens die onderrig-leersituasie,

volgens Coutts en Hardy (1985:64), die verligting van die angsvlak van die pasiënt moet insluit.

Burton (1977:153) beskou luistervaardighede as die bruikbaarste metode om 'n pasiënt te help om oor sy vrese te praat en dit aan te durf, maar volgens haar is luistervaardighede 'n kuns wat nie maklik is om te bemeester nie en het verpleegkundiges ook probleme om te luister. Die probleem is daarin geleë dat die verpleegkundige so besiel is met die idee om pasiënte te onderrig met die doel om ook hul samewerking te kry, dat sy vergeet dat samewerking soms makliker verkry word deur te luister as deur te vertel of te verduidelik. Wanneer sy iets aan die pasiënt verduidelik, dink sy dikwels dat dit genoeg is, en sy voel dan geïrriteerd en gefrustreerd omdat die verduideliking nie by die pasiënt ingesink het en die pasiënt se houding of gedrag nie verander het nie, maar verduideliking is volgens Burton (1977:153) juis nie genoeg nie.

Volgens 'n bron (ANON, 1994:10) is die verpleegkundige wat opgelei is om basiese luistervaardighede toe te pas, in staat om die pasiënt te laat ontspan en word hy deur die ontspanne atmosfeer aangemoedig om vrylik oor sy eensaamheid, swak selfbeeld en sy onkundigheid ten opsigte van tuberkulose en die verspreiding daarvan te praat.

#### **4.2.2.2 Belewenisse van die eksterne omgewing**

Resultate verkry vanuit die belewenisse van die pasiënte ten opsigte van die eksterne omgewing, sal vervolgens met relevante literatuur vergelyk word. Kyk punt 3.3.2.2 in dié verband.

## **i) Fisiese belewenisse**

Al ses (6) pasiënte beleef **medikasie as die fokus** tydens tuberkulose-onderrig deurdat hulle vertrou is met die hoeveelheid medikasie per dag, asook die tye waarop die medisyne ingeneem moet word. Relevante navorsing deur Masinyana (1989:59) het aangetoon dat 73% van die deelnemers geweet het hoeveel medisyne hulle daaglik moet inneem, dog net 15% het geweet dat die behandeling oor ses maande strek.

Slegs een (1) pasiënt beleef dit dat **sosio-ekonomiese** toestande 'n rol in tuberkulose-onderrig speel. Navorsing onder swart tuberkulosepasiënte deur Thomson en Myrdal (1986b:264) het aangetoon dat net drie (7%) van 42 deelnemers 'n tekort aan huisvesting, oorbewoning en krotbewoning as oorsaak van die hoë tuberkulosevoorkoms geïdentifiseer het. Relevante navorsing deur Bateman (1984:5) toon aan dat net 30% van die deelnemers 'n verband tussen oorbewoning en tuberkulose gesien het.

Die onderlinge verbande tussen verskeie komponente moet duidelik raakgesien word, soos deur die didaktiese beginsel van geheelsiening (Fraser *et al.*, 1990:67) beklemtoon word. Hiervolgens moet die leerder gedurig bewus gemaak word van die geheelverband wat daar tussen die verskillende aspekte bestaan.

## **ii) Sosiale belewenisse**

Vyf (5) pasiënte beleef dit dat die **verpleegkundige 'n hulpbron** is, maar slegs ten opsigte van die voorsiening van medikasie. Navorsing deur Masinyana (1989:68) dui aan dat die verpleegkundige se aandeel in die verbetering of bevordering van die pasiënt se getrouheid ten opsigte van sy behandeling minimaal is. Net 12% van die deelnemers meld dat hulle gesondheidsonderrig van die verpleegkundige ontvang het. Volgens Masinyana (1989:60) kom dit voor asof tuberkulosepasiënte niks meer van klinieke verwag as

net die uitdeel van medisyne nie.

In dié verband verwys Travelbee (1971:121) na 'n hulpvaardige verpleegkundige-pasiënt-interaksie wat nooit ontwikkel tot 'n persoonlike verhoudingsvlak nie. Hiervolgens mag die verpleegkundige byvoorbeeld uitstekende fisiese sorg aan die pasiënt bied, nie omdat sy belangstel in die pasiënt nie, maar om aan haar eie verwagtinge, of dié wat andere aan haar stel, te voldoen. 'n Pasiënt mag baie dankbaar wees teenoor dié verpleegkundige vir die fisiese sorg aan hom gebied, al ervaar hy dat sy nie in hom as persoon belangstel nie.

Volgens Bradley en Edinberg (1990:73-74) wil die meeste verpleegkundiges pasiënte help, maar in 'n hulpverlenende, terapeutiese verhouding met 'n pasiënt is dit die verpleegkundige wat meer moet bied as die pasiënt, al streef beide na dieselfde doel om 'n spesifieke probleem op te los. Haar rol in die terapeutiese verhouding is om die interaksieproses te lei, te rig en te struktureer, in so 'n mate dat die pasiënt in staat is om sy gevoelens uit te spreek. Die terapeutiese verhouding strek baie verder as net die voldoening aan die pasiënt se fisiese behoeftes. Travelbee (1971:121) toon aan dat die verpleegkundige haarself terapeuties gebruik in die interaksieproses met die pasiënt, wat 'n toewyding van haarself tot die verhouding beteken.

Volgens navorsing deur Masinyana (1989:72) was gesinsbetrokkenheid teleurstellend. Waar die gesin selfs net 'n geringe belangstelling in die pasiënt se siekte getoon het, was die besoeksyfer aan die klinieke beter as dié waar die gesin geen belangstelling getoon het nie. In dié verband is **gesinsbetrokkenheid** as deel van die onderrig-leersituasie slegs deur een (1) pasiënt beleef.

Die didaktiese beginsel van sosialisering (Fraser et al., 1990:76) toon aan dat die leerder doeltreffender sal leer wanneer die individuele prestasie van die leerder deur sosiale ondersteuning, aanvaarding en aanmoediging gestimuleer word. Relevante

navorsing deur Masinyana (1989:57) toon aan dat gesinsondersteuning en -houdings die spil is waarom sukses van siektebehandeling, soos tuberkulose, wentel, want die gesinne van die pasiënte as deelnemers aan die navorsing, was ten opsigte van die aard van tuberkulose hoofsaaklik ongeërg en het nie opinies of houdings ter bevordering van die behandelingsuitkoms getoon nie. In Thomson en Myrdal (1986b:263) se navorsing erken 14% van die pasiënte dat hulle gesinne 'n negatiewe houding teenoor hulle ontwikkel het nadat hulle siek geword het.

De Villiers (1991:70) wys egter daarop dat tuberkulosepasiënte dikwels vermy word en as 'n gevaar vir die gemeenskap beskou word. Indien so 'n negatiewe reaksie van die pasiënt se gesin en vriende afkomstig is, kan dit daartoe bydra dat die pasiënt 'n verkeerde persepsie van sy siekte ontwikkel en die sosiale stigma wat aan tuberkulose kleef, versterk word. Hierdie stigma is volgens De Villiers (1991:70) om die aansteeklike aard van tuberkulose gesentreer. Die bestaan van hierdie sosiale stigma word ook deur Lee en Buch (1991:293) bevestig. Wanneer daar 'n stigma aan 'n persoon kleef, wys Quinn (1988:88) daarop dat hy 'n skande vir die gemeenskap is, en afhangende van die oorsaak van die skande kan hy uit die samelewing gewerp word. As gevolg van die sosiale reaksie wat die stigma uitlok, kan die persoon se selfbegrip verander, sodat hy glo en reageer in ooreenstemming met die stigma. Hierdie verskynsel staan as "selfvervullende profesie" bekend. Navorsing, volgens 'n bron (ANON, 1994:10), het aangetoon dat pasiënte in 'n ontspanne atmosfeer vrylik oor hul eensaamheid en die stigmatisering wat hulle as tuberkulosepasiënte beleef, kon praat.

#### 4.2.2.3 Kenmerkende wyse van interaksie

Al ses (6) pasiënte se belewenisse dui op interaksie op grond van die **ouer-kind-egostate**, omdat daar sprake is van **haastigheid, kwaad, raas, straf en beloning** van die verpleegkundige, die pasiënt haar as **verhewe** en/of as **minsame ouer** ervaar, terwyl die pasiënt ook sy **pille in die drein afgooi**.

Redman (1976:16) wys daarop dat die weerhouding van inligting aangaande die pasiënt se siekte en behandeling 'n wapen in die hand van die verpleegkundige is om die verhouding tussen haar en die pasiënt te beheer, en die pasiënt dus nie in staat gestel word om sy eie behandeling oor te neem nie. Hierdie rol van die verpleegkundige dra daartoe by dat die pasiënt se deelname beperk is; dat die verpleegkundige vashou aan 'n surrogaatmoederrol, waar dit aanvaar word dat die pasiënt nie regtig die persoon is wat hy is nie, maar 'n kind - regressief, afhanklik, egosentries, hulpeloos, angstig, met gebrek aan begrip, onttrokke van volwasse verantwoordelikhede, nie in staat om besluite te neem nie en totaal in besit geneem deur die simptome van sy siekte.

Bradley en Edinberg (1990:130-131) onderskei tussen komplementêre en simmetriese verhoudings. In eersgenoemde verhouding is een van die deelnemers in 'n hoër posisie as die ander persoon, byvoorbeeld in die ouer-kind-verhouding, terwyl 'n simmetriese verhouding 'n verhouding op 'n gelyke vlak aantoon. Sommige verhoudings vereis dit om simmetries te wees, andere komplementêr, afhange van die sosiale en kulturele verband van die verhouding. Kommunikasiekonflik ontstaan egter, volgens hulle, wanneer beide metodes op 'n ongesonde wyse aangewend word, byvoorbeeld wanneer 'n verpleegkundige haarself hoër as die pasiënt ag en dan van 'n verdedigingsgedrag soos beskuldigings in die interaksieproses gebruik maak.

Volgens Coutts en Hardy (1985:63) is verpleegkundiges bedrywige mense wat dikwels probeer om twee take gelyk uit te voer, terwyl Lee en Buch (1991:294) daarop wys dat pasiënte soms kla tuberku-

losegesondheidswerkers is ongevoelig en **haastig**. In taakgeoriënteerde verpleging, volgens Alfano (Pearson, 1991:196) is die atmosfeer gejaagd en die belangrikheid van tyd word beklemtoon.

Bradley en Edinberg (1990:188) wys daarop dat pasiënte by tye 'n sin van dringendheid in die verpleegkundige se doen en late ervaar en hul eie bekommernisse dan vir hulle te gering voorkom om haar waardevolle tyd in beslag te neem om oor hul gevoelens met haar te praat. Terselfdertyd mag die verpleegkundige ook beleef dat sy te besig is om tyd af te staan vir die gee van terapeutiese sorg. Die rede hiervoor mag wees as gevolg van haar taakrealiteite, haar eie ongemak om met pasiënte te praat, of 'n siening dat dit "nie die regte tyd/plek" is om met pasiënte te praat nie. Die verpleegkundige wat aanhoudend ervaar dat dit "nie die regte tyd/plek" is nie, het toegelaat dat die "bedrywige"-atmosfeer inmeng met doeltreffende verpleegkundige-pasiënt-kommunikasie.

Die **ouer-kind-egostaat** kom ook tot uiting in **kwaad, raas en skree**, soos in die navorsing gevind. O'Brien (1974:69) wys daarop dat dit moeilik is vir 'n persoon om te luister na iemand wat sy emosionele gevoelens op 'n onaangename wyse tot uiting laat kom, en dat dit dus 'n kommunikasieprobleem skeep.

Volgens Stanhope en Lancaster (1988:189) is volwassenes geneig om situasies te weerstaan waarin hulle ervaar dat hulle soos kinders behandel word. Wanneer die volwassene egter met respek en as 'n unieke persoon behandel word en die geleentheid tot eie besluitneming gegun word, word sy selfbeeld versterk. Gross (1994:122-123) wys egter daarop dat diegene wat glo hulle het nie die vermoë om aan die eise van die omgewing te voldoen nie, meer potensiële probleme in 'n situasie sien as wat daar werklik bestaan. Hierdie wanpersepsies veroorsaak stres en verhinder die uitvoering van handeling, aangesien die individu nou sy aandag moet verskuif van hoé die taak die beste aangepak kan word na kwellings oor foute en tekortkominge wat moontlik mag voorkom. In teenstelling hiermee wy die individu wat 'n baie positiewe

ervaring van doeltreffendheid het, meer aandag aan die eise van die onmiddellike situasie en word só aangemoedig om 'n groter poging aan te wend om die struikelblokke te oorkom.

**Straf en beloning**, as elemente van die **ouer-kind-egostaat**, is ook in hierdie navorsing gevind. Wanneer die verpleegkundige, as onderriggewer, egter straf en beloning in haar magsposisie ten opsigte van die pasiënt as leerder uitoefen, wys Coutts en Hardy (1985:93) daarop dat dit die pasiënt se gewilligheid tot onderwerping aan behandeling beïnvloed. Die pasiënt sal geneig wees om hom in die openbaar te skik volgens wat die verpleegkundige in haar magsposisie van hom verwag, maar in die pasiënt se private lewe sal hy dit verwerp. Vir Van Hoozer et al. (1987:44) is beloning doeltreffender ten opsigte van die verandering van gedrag as wat die geval is met straf, alhoewel daar ook terselfdertyd 'n stadige verskuiwing weg van eksintrieke na intrinsieke beloning moet wees. Hierteenoor vertraag negatiewe versterking die tempo waarteen 'n negatiewe optrede plaasvind, maar skakel dit nie uit nie.

Volgens 'n bron (WHO, 1988:18-21) kan 'n persoon op een van die volgende drie wyses gehelp word om 'n gesonder lewe te lei, naamlik: deur die gebruik van mag en toepassing van straf; die gee van inligting, met die hoop dat hy sal verbeter; aktiewe deelname, wat bespreking en oplossing van die probleem insluit. Laasgenoemde is die doeltreffendste, terwyl eersgenoemde die minste sukses waarborg.

In hierdie navorsing is **verhewenheid** as element van die **ouer-kind-egostaat** gevind, wat daartoe aanleiding gee dat die pasiënt geen vrae aan die verpleegkundige stel nie. Volgens Lee en Buch (1991:293) is die benadering van die onderriggewer in die onder-rig-leersituasie baiekeer eerder neerbuigend, en deur die gebruik van tegniese taal sonder die nodige verduideliking van begrippe op lekevlak, word gevolglik 'n onduidelike boodskap oorgedra.

Verder speel die leerder 'n passiewe rol, in plaas van gebruikmaking van volwassene-onderrigmetodes, wat dialoog tussen die leerder en die onderriggewer insluit. Hierdie gesondheidsonderrig word dan gekenmerk deur die afwesigheid van tweerigtingkommunikasie. McKenzie et al. (1992:27) wys daarop dat tweerigtingkommunikasie noodsaaklik vir doeltreffende gesondheidsonderrig is.

Volgens Gross (1994:165) wil die meeste onderriggewers en leerders nie die tradisie van die "opvoeder weet alles en die leerder niks" afsterf nie. Vir hulle is die "wyse man wat die waarheid ken", die manier waarop onderrig geskied, maar hierdie tradisionele metode van onderrig is reeds lankal uitgedien. In die verlede, volgens Gross, (1994:169), tydens die oorheersing van die mediese model waar siekte die fokuspunt was, is leke as onbevoeg beskou om as doeltreffende bronne van selfsorg te funksioneer. Persone is as passiewe ontvangers van gesondheidsorg en -onderrig beskou, en daar is van hulle verwag om opdragte uit te voer. Hierdie benadering het by ernstig siek pasiënte geslaag maar nie ten opsigte van persone met 'n kroniese siekte nie.

Knowles (1986:8) dui aan dat die volwasse leerder aktief moet deelneem aan die onderrig-leersituasie. Die aktiwiteitsbeginsel (Fraser et al., 1990:65-66) as didaktiese beginsel gaan van die veronderstelling uit dat onderrig en leer doeltreffend sal wees indien die leerder die geleentheid kry om aktief by die onderrig- en leergebeure betrokke te raak. In dié verband wys Coutts en Hardy (1985:65) daarop dat die verpleegkundige as onderriggewer verbeeldingryk moet wees en die leerders aktief by die onderrig-leersituasie moet betrek. Van Hoozer et al. (1987:50) toon aan dat die professionele onderriggewer deur middel van 'n dinamiese tweerigtingkommunikasieproses 'n ondersteunende, verpersoonlike, selfgemotiveerde en verantwoordelike leeromgewing skep, terwyl die onderriggewer verder ook die rol van fasiliteerder vervul.

Ter Haar (1988:541) toon egter aan dat tuberkulose-onderrig op dieselfde wyse as die uitdeel van medisyne gedoen word, naamlik dat die leerder dit moet "inneem" sonder enige vraagstelling.

Gross (1994:188) wys daarop dat gesprekke tussen die verpleegkundige en die pasiënt op gelyke grondslag met mekaar oor waardes wat spesifiek betrekking het op die aspek van gesondheid wat ter sprake is, moet plaasvind. Dit moet as 'n samewerkingsverhouding beskou word en is dus nie 'n verhouding tussen 'n deskundige en 'n leek nie, maar eerder dié van twee deskundiges wat elkeen sy spesifieke bydrae lewer.

Volgens Van Hoozer et al. (1987:216) kan die gebruik van 'n informele, persoonlike, wederkerige kommunikasiestrategie struikelblokke verminder, leer vergemaklik, terwyl die verpleegkundige nie as 'n magsfiguur beskou word nie. Vir Alfano (Pearson, 1991:198) is die taakgeoriënteerde verpleegkundige 'n slagoffer van 'n outoritêre sisteem wat outoritêre sorg vereis.

#### 4.3 NUWE INSIGTE UIT DIE NAVORSING VERKRY

Nuwe insigte wat uit hierdie navorsing verkry is en nie in die literatuur gevind is nie, sal vervolgens weergegee word.

Alhoewel in die literatuur verwys word na die verpleegkundige wat mag vashou aan 'n surrogaatmoederrol en die pasiënt dan as 'n kind in dié verhouding aanvaar, is daar nie werklik duidelike aanduidings van 'n ouer-kind-egostaat in die kommunikasie tydens tuberkulose-onderrig nie. In hierdie navorsing is gevind dat die verpleegkundige die **onderrig** vanuit die **ouerlike raamwerk** aan die pasiënt bied, wat daartoe bydra dat die pasiënt op sy beurt vanuit 'n **kinderrol** reageer. Hierdie wyse van onderrig mag daartoe lei dat die pasiënt geen vrae aan die verpleegkundige stel nie, inligting van haar weerhou en dus 'n passiewe rol in die interaksieproses vervul. Die emosionele belewenisse van woede is dan by die verpleegkundige teenwoordig, wat daartoe lei dat sy raas, skree en dreig, en hierdie ouer-kind-onderrigwyse dan die klimaat vir die totstandkoming van 'n vertrouensverhouding, asook die bevordering van leer, mag belemmer.

Data in hierdie navorsing bevestig dat die verpleegkundige die pasiënt ten opsigte van rook en drank as **nadelige gewoontes** onderrig, maar dat die pasiënt hierdie gewoontes as die oorsaak van tuberkulose verstaan. Die implikasies hiervan strek so ver dat die pasiënt selfs die aansteeklike aard van tuberkulose bevraagteken.

**Medikasie** blyk 'n belangrike faset vir die verpleegkundige en die pasiënt in hierdie interaksieproses te wees. Die verpleegkundige beleef dit dat sy die pasiënt in die korrekte gebruik van medisyne moet onderrig, terwyl sy ook gereeld die korrekte inname daarvan moet kontroleer. Dit wil voorkom asof die onderrig van medikasie 'n prominente plek in die onderrig-leersituasie beklee.

Die tuberkulosepasiënt is **bly** wanneer hy van medikasie voorsien word, en wanneer hy sy **begeerte om gesond te word** uitspreek, is hy bereid om gehospitaliseer te word. Hy dui selfs 'n gewilligheid aan om sy pille gereeld te drink en om die gebruik van alkohol, as 'n **aanpassing van sy eksterne struktuur van lewenstyl**, te staak. Alhoewel hy bly is oor die medikasie en gesond wil word, asook voornemens het om van alkohol af te sien, verbind hy hom tog nie daartoe om hom te hou by die voorgeskrewe behandeling deur sy medisyne gereeld te drink nie, en selfs nie om sy voornemens na te kom nie, en wend hy hom weer tot alkohol. Die pasiënt se dankbaarheid, begeertes en voornemens word dus nie in sy optrede vergestalt nie.

Die pasiënt se **begeerte om gesond te word** mag daarop dui dat die pasiënt tog gemotiveerd is, terwyl dit uit die literatuur voorkom dat beide die verpleegkundige en die pasiënt nie gemotiveerd is nie.

Die **taalgebruik** van die **ongeskoolde** in die onderhoude van hierdie navorsing verskil merkbaar van dié van die geskoolde pasiënt deurdat die ongeskoolde van baie konkrete woorde soos "gearbox", "vrek", "sit my by die pad" en "mooi gevoel" tydens kommunikasie gebruik maak. Die verpleegkundige hoor moontlik nie dat die pasiënt van sulke konkrete taal gebruik maak nie, omdat die pasiënt se vrees vir die verpleegkundige kommunikasie van sy kant belemmer.

Alhoewel die pasiënte aantoon dat die verpleegkundige met hulle raas en skree, word dit nie so gestel asof hulle haar hieroor **kritiseer** nie, maar een pasiënt spreek wel sy kritiek teenoor haar uit ten opsigte van die wyse waarop sy hom onderrig. Dit is dan ook so dat hierdie pasiënt 'n geskoolde, blanke pasiënt is, en dat die ongeskoolde pasiënte hul nie krities oor haar onderrigwyse uitspreek nie.

#### **4.5 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is 'n literatuurkontrole geloods, en die resultate van die navorsing is deur middel van die literatuur bevestig. Nuwe insigte wat uit hierdie navorsing verkry is, is weergegee. Hoofstuk Vyf sal die volgende insluit: gevolgtrekkings, asook tekortkominge en toepassingsmoontlikhede, wat die daarstelling van riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrig-beginsels in die onderrig-leersituasie van tuberkulose insluit.

# HOOFSTUK 5

## GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS MET SPESIFIEKE VERWYSING NA DIE DAARSTELLING VAN RIGLYNE VIR DIE TOEPASSING VAN VOLWASSENE-ONDERRIGBEGINSELS IN DIE ONDERRIGLEERSITUASIE TEN OPSIGTE VAN TUBERKULOSE

### 5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is 'n literatuurkontrole uitgevoer deurdat die resultate wat in die navorsing verkry is, soos in Hoofstuk Drie weergegee, vergelyk is met die literatuur en soortgelyke navorsing.

In hierdie hoofstuk word daar tot **gevolgtrekkings** gekom, die **tekortkominge van die navorsing** word aangedui, en **toepassingsmoontlikhede** word aangetoon.

Riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt, word as toepassing in die praktyk weergegee.

### 5.2 GEVOLGTREKKINGS

Die verpleegkundige betree die interaksieproses met skuldgevoelens weens haar haastigheid en die moontlike gebrek aan 'n vertrouensverhouding tussen haar en die pasiënt, wat mag aanleiding gee dat sy haar wend tot verdedigingsmeganismes van veral ontkenning en vermyding om dié skuldgevoelens te onderdruk. Dit mag selfs gebeur dat sy haarself "straf" oor haar skuldgevoelens,

haar wend tot kompulsiewe werkverrigting, met toenemende haastigheid, wat weer tot verdere skuldgevoelens aanleiding gee.

Die belewenis van die interaksieproses is vir die verpleegkundige 'n negatiewe ervaring wat na vore kom in 'n aggressiewe optrede teenoor die pasiënt, waar sy kwaad word, raas, skree en selfs die pasiënt dreig. Dit veroorsaak dat die pasiënt dan neig om 'n kinderrol in die interaksieproses aan te neem, wat dan verhoed dat hy sy verantwoordelikheid in die interaksie- en behandelingsproses nakom, en hier ontstaan nou 'n ouer/kind- of outoritêre-interaksieverhouding tussen die verpleegkundige en die pasiënt.

Die pasiënt, in die kinderrol, vrees die verpleegkundige, wat daartoe lei dat hy geen tweerigtingkommunikasie bevorder nie. Die verpleegkundige is moontlik nie bewus van sy emosionele gesteldheid nie, en dié tendens kan daartoe bydra dat sy net op die fisiese behoeftes van die pasiënt konsentreer.

Dit lyk nie of onderrig wat ten opsigte van die oorsaak van tuberkulose gegee word, eintlik die pasiënt se persepsies verhelder nie, aangesien bestaande persepsies wat die pasiënt het, wanpersepsies van tuberkulose is, deurdat alkohol en rook as oorsaak van tuberkulose gesien word, terwyl die aansteeklike aard van tuberkulose bevraagteken word. Dit mag wees dat die verpleegkundige se beklemtoning van alkohol en rook as nadelige gewoontes nie duidelik genoeg aan die pasiënt oorgedra word nie, en dat hierdie wanpersepsies dan ontstaan. Haar pogings is dan nie genoeg om die wanpersepsies te herstel nie, of sy is nie bewus van die bestaan daarvan nie weens die pasiënt se passiewe aandeel in die interaksieproses. Die pasiënt se vrees vir haar mag ook aanleiding daartoe gee dat hy die gesondheidsonderrig wat sy aanbied, weerstaan, wat die regstelling van die wanpersepsies benadeel.

Verder kan die wanpersepsies moontlik ook nie tydens die interaksieproses reggestel word nie, want dit wil voorkom of die verpleegkundige nie luistervaardighede bevorder nie en haar toespits

op die bied van inligting - wat met herhaling en moeite gepaard gaan. Sy mag onbewus wees dat beter resultate moontlik verkry kan word deur meer te luister.

Die verpleegkundige beleef dat sy inligting oor en oor herhaal, wat moontlik 'n leemte in haar kennis van die leerpsigologie aantoon. Verder mag sy ook meer taakgeoriënteerd wees deur nie elke pasiënt se uniekheid en individualiteit in ag te neem nie, en herhaling dus deurgaans ten opsigte van almal toegepas word. Dit mag selfs die geval wees dat sy nie oor die nodige agtergrondkennis van die pasiënt beskik nie en hom gevolglik as "een van vele" hanteer.

Die onderrig is vir die verpleegkundige moeitevol, en al beklemtoon die literatuur dat dit baie geduld verg, slaag die verpleegkundige blykbaar nie daarin nie. Dit mag gebeur dat sy hierdie moeite, wat aan gesondheidsonderrig gekoppel is, nie as deel van haar dienslewering beskou nie en daarom aan haar woede toegee en aggressief optree.

Verder mag die herhaling van inligting en moeitevolle insette wat die onderrig van die verpleegkundige verg, ook daaraan toegeskryf word dat die verpleegkundige haar moontlik nie vergewis van die pasiënt se emosionele reaksies nie, en hy dan in hierdie toestand nie in staat is om inligting in te neem alvorens hy geleentheid gegun word om sy emosies met haar te deel nie. Hierdie situasie mag dan die rede wees waarom die verpleegkundige die fasette van herhaling van inligting en moeitevolle insette dan as negatiewe persepsies beleef.

Wanneer die pasiënt se gevoelens geïgnoreer word en hy nie die geleentheid gegun word om aan sy gevoelens uiting te gee nie, kan hy tot homself inkeer, waartydens sy gedagtewêreld deur sy fisiese toestand oorheers word en hy daarom so sterk borsgesentreerd is. Hy mag moontlik so vasgevang raak in hierdie fisiese belewenis ten opsigte van sy bors dat hy nie in staat is om 'n wyer perspektief van sy siekte en verwante sake te hê nie. Hierdie

oorbeklemtoning van sy fisiese toestand word ook deur die kinderrol wat hy vertolk, verder versterk.

Dit wil voorkom of die verpleegkundige en die pasiënt nie 'n breë perspektief van tuberkulose het nie en belangrike aspekte soos sosio-ekonomiese toestande nie in ag neem nie. Dit mag dus gebeur dat beide sy en die pasiënt nie tuberkulose in sy geheelsiening beleef nie, wat dit dan vir haar moeilik maak om die teenwoordigheid van lineêre denke by die pasiënt, naamlik die toeskryf van tuberkulose aan 'n enkele gesondheidsgedrag, te identifiseer en reg te stel.

Vir die pasiënt wentel sy blydskap om medikasie, en hy beleef 'n tevredenheid dat hy van medisyne voorsien word. Die blydskap is gekoppel aan die wilsbelewensisse van sy begeerte om gesond te word, en die pasiënt het dus inherent 'n sterk behoefte om gesond te word. Hierdie begeerte na gesondheid dui daarop dat daar moontlik 'n interne motiveringsfaset teenwoordig mag wees, wat nie noodwendig deur die verpleegkundige gestimuleer word nie. Dit is dan ook so dat hierdie interaksie, waar die verpleegkundige vermydend en ontkennend is en neig om meer te raas, daartoe bydra dat die pasiënt se angs verhoog, en dat die strewe van die pasiënt dat hy gesond wil word, belemmer word, en hy dan nie verantwoordelikheid vir die neem van sy medisyne aanvaar nie, omdat hy soos 'n kind optree, want hy word deur die verpleegkundige voorgeskryf wat hy moet doen en wat nie.

Vir die verpleegkundige is medikasie blykbaar 'n belangrike faset in die interaksieproses, wat moontlik ook die kern van die inhoud in die onderrig is. Hierdie taakgeoriënteerde benadering mag daartoe bydra dat die pasiënt ook 'n sterk medikasiefokus beleef.

Die feit dat daar so 'n sterk medikasiefokus by die pasiënt is, laat hom medikasie as al faset rakende tuberkulosebeheer sien. Medikasie as enigste fokus kan dan vir hom so belangrik word, dat hy dink hy hoef nie persoonlike verantwoordelikheid vir sy lewenstyl te aanvaar nie. Die moontlikheid bestaan ook dat hy

nie oor die nodige kennis beskik om verantwoordelikheid vir sy eie lewenstyl te aanvaar nie, want die verpleegkundige mag dalk belangrike inligting aangaande tuberkulosebeheer en -behandeling van die pasiënt weerhou. Die verpleegkundige is moontlik onbewus daarvan dat hierdie optrede van haar die ouerrol aktiveer en die pasiënt se afhanklikheid van haar in die interaksieproses hierdeur in stand gehou word.

Die beeld wat die pasiënt van die verpleegkundige het, is dat sy daar is om hom van medikasie te voorsien, en soms straf sy hom deur dit van hom te weerhou. Sy siening van die verpleegkundige is dus baie beperk, en is dit vir hom moeilik, of selfs onmoontlik, om te beseft dat die verpleegkundige hom, deur psigiese ondersteuning en hulp, tot 'n onafhanklike persoon kan lei wat self verantwoordelikheid vir sy gesondheid aanvaar. Selfs die verpleegkundige identifiseer haarself nie as 'n ondersteunende hulpbron nie, en moontlik is sy nie in staat om hierdie rol te vervul nie, weens haar vermyding en ontkenning in die interaksieproses.

Hulpbronne vanuit die sosiale omgewing, soos die gesin, word gladnie deur die verpleegkundige benut nie, wat daartoe mag bydra dat die sosiale stigma wat aan tuberkulosepasiënte kleef, versterk word en die pasiënt ook nie die gesin as deel van hierdie interaksieproses beleef nie.

Deur die afwesigheid van die gesin, as ondersteuningstelsel vir die pasiënt, mag dit verder daartoe lei dat die pasiënt se motivering onderdruk word en sy verbondenheid tot die behandeling hierdeur benadeel word.

Deurdat die verpleegkundige nie tuberkulosepasiënte in die hoedanigheid van groepsondersteuning benut nie, word die aktiewe deelname van die pasiënt hierdeur belemmer. Die geleentheid dat die pasiënte onderling van mekaar se ervarings kon leer, mekaar motiveer en die ontwikkeling van onderlinge rolmodelle kon stimuleer, gaan verlore.

Die verpleegkundige wend verskeie pogings aan en ervaar dat sy verskillende fasette in die interaksieproses in aanmerking moet neem ten einde onderrig te bevorder. So neem sy die pasiënt se gesigsuitdrukking waar en besef ook dat die ongeskoolde meer intens onderrig moet word, maar ongeag hierdie pogings van haar kant is die uitvalsyfer tog hoog, en sy beleef dat die pasiënt se reaksie op die onderrig nie altyd positief is nie. Dit kan tot frustrasie lei, omdat sy nie weet hoe suksesvol sy in die interaksieproses is nie.

Tog lyk dit asof bogenoemde pogings van die verpleegkundige nie die gewenste resultaat kan oplewer nie, omdat hierdie pogings moontlik foutief aangewend word. So fokus sy dan net op die pasiënt se gesigsuitdrukking, as nie-verbale kommunikasie, wat die moontlikheid van beperkte en foutiewe interpretasie skep, terwyl belangrike data wat van ander nie-verbale gedrag vasgestel kon word, verlore gaan.

Verder wil dit voorkom of die verpleegkundige die opvoedingsvlak van die pasiënt aan sy intelligensievlak gelykstel, wat op 'n moontlike leemte ten opsigte van haar kennis aangaande die leerpsigologie dui.

Die pasiënt se stilswye dra daartoe by dat die verpleegkundige moontlik nie bewus is van die taalslagboom nie en dus nie besef dat die pasiënt van so 'n konkrete taaluiting gebruik maak nie. Die verpleegkundige betree ook hierdie interaksieproses as die kundige wat moontlik meer van wetenskaplik geformuleerde taal gebruik maak, terwyl die pasiënt 'n konkrete taal besig en verstaan, en so ontstaan die situasie nou van 'n kundige teenoor 'n onkundige, of selfs van 'n geskoolde verpleegkundige versus 'n ongeskoolde pasiënt. Dié situasie mag tot kommunikasiestruikelblokke lei, wat ook die regstelling van wanpersepsies by die pasiënt ten opsigte van tuberkulose benadeel.

Dit wil voorkom asof die pasiënt nie sinvol beraam word nie en die totale onderrigproses dan nie doeltreffend plaasvind nie.

Dit mag ook 'n rede wees waarom die verpleegkundige dan net sekere fasette, soos medikasiegebruik, beklemtoon, en net aan sekere fases, soos die implementeringsfase, aandag gee. Die gevolg is 'n ondoeltreffende beramings-, beplannings- en evalueringsfase. Moontlik fokus die verpleegkundige nie op die volledige onderrigproses nie, weens 'n gebrek aan voldoende kennis hieromtrent.

Die pasiënt, wat blykbaar 'n passiewe rol in die interaksieproses speel, word ook nie sintuiglik deur aanskouingsmiddels en onderrigmetodes voldoende gestimuleer nie. Die pasiënt mag selfs beleef dat hy nie 'n aandeel in hierdie hele beplanning en totstandkoming van die interaksieproses het nie. Hierdie tendens mag 'n aanduiding wees dat die verpleegkundige nie oor die nodige kennis ten opsigte van die onderrig-leerbeginselfs beskik nie.

Die verpleegkundige blyk hede-gesentreerd te wees, met weinig doelgerigtheid, wat die afwesigheid van beplanning in die interaksieproses mag bevestig, asook dat daar 'n moontlikheid bestaan dat die verpleegkundige en die pasiënt nie dieselfde doel nastreef nie, wat die motivering van beide nadelig kan beïnvloed.

Moontlik is die afwesigheid van motivering by die verpleegkundige die rede waarom daar blydschap by haar ontbreek, terwyl die interaksieproses haar weinig persoonlike prestasiegeleentheid bied. Dit mag wees dat sy nie oor die nodige ondersteuningstelsel beskik wat haar omstandighede kan verbeter en motivering kan bevorder nie. Die pasiënt se motivering word waarskynlik deur sy kinderrol onderdruk, terwyl die kontrole wat deur die verpleegkundige toegepas word, op straf en beloning gebaseer is, en sy motivering hierdeur ook benadeel word.

Die interaksieproses blyk nie 'n mens-tot-mens-verhouding te wees waar beide meer van mekaar kan leer nie, want kulturele aspekte van die pasiënt, soos die tradisionele geneser en toordery, asook die uniekheid van die pasiënt as individu en die taal wat hy praat, sy persepsies, motivering en geïndividualiseerde behoeftes

gaan byna ongesiens by die verpleegkundige verby, wat die vraag laat ontstaan of sy werklik die mens agter die pasiënt ken. So mag dit dan wees dat die aansteeklike aard van tuberkulose, wat so sterk as realiteit deur die verpleegkundige beleef word, 'n "tekens en simptome"-gesentreerde benadering by die verpleegkundige kan aandui, wat ook haar taakgeoriënteerde verpleegwyse beklemtoon, sodat sy moontlik nie die mens met die tekens en simptome so goed ken nie.

Dit wil dus voorkom asof hierdie verhouding in die interaksieproses oppervlakkig is en beide die verpleegkundige en die pasiënt nie 'n verbondenheid tot mekaar en die verhouding het nie, die boustene van die interaksieproses meer medies/tegnies van aard is, met klem op die fisiese aspekte, terwyl geeneen 'n werklike poging aanwend om hierdie verhouding te verdiep nie.

Wanneer die pasiënt aantoon dat hy sy verbondenheid met die interaksieproses en die behandeling staak en as 'n uitvaller geïdentifiseer word, toon die verpleegkundige verskeie sosiale faktore aan wat daarom verantwoordelik is dat die pasiënt tot so 'n drastiese stap kon oorgaan, maar hierdie faktore sluit nie die interaksieproses tussen haar en die pasiënt in nie. Hierdie redes tot uitval word hoofsaaklik voor die deur van die pasiënt gelê. Die feit dat sy net hierdie spesifieke sosiale faktore as problematies beleef, mag ook 'n proses van ontkenning by haar wees deurdat sy nie haarself as falingsfaktor erken nie. Dit is dan ook so dat die literatuur juis die interaksieverhouding tussen die verpleegkundige en die pasiënt as 'n invloed op die uitval van pasiënte aantoon.

Dit blyk dus dat volwassene-onderrigbeginsels en die didaktiese onderrig-leerbeginsels, wat noodsaaklik vir doeltreffende gesondheidsonderrig is en moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer van die pasiënt, in hierdie interaksieproses ontbreek, omdat die pasiënt as 'n passiewe, vreesbevange, afhanklike, onverantwoordelike persoon met wanpersepsies ten opsigte van tuberkulose, in sy kinderrol optree, terwyl die verpleegkun-

dige as 'n ontkennde, vermydende, skuldbelaaide persoon met negatiewe persepsies, vanuit die ouerrol, probeer om die pasiënt te onderrig. Die omgewing bevoordeel blykbaar ook nie die interaksieproses nie, en die afwesigheid van kommunikasievaardighede dra daartoe by dat die resultaat van die onderrig moeitevolle, onsuksesvolle probeerslae is; omdat die uitvalsyfer van pasiënte hoog is; terwyl wedersydse vertrouwe afwesig is; die verpleegkundige nie oor toepaslike kennis van haarself en die pasiënt beskik nie, en by die afwesigheid van genoemde elemente is die totstandkoming van 'n terapeutiese verhouding onmoontlik.

Uit die bostaande gevolgtrekkings kan die volgende **stellings**, soos van **toepassing op die verpleegkundige** en die **pasiënt**, dus geformuleer word.

### 5.2.1 Stellings soos van toepassing op die verpleegkundige

- **Interpersoonlike vaardighede** is by die verpleegkundige afwesig, met gevolglik geen onderlinge vertrouwe tussen die verpleegkundige en die pasiënt nie, terwyl 'n medies/tegniese, oppervlakkige verhouding bestaan.
- **Skuldgevoelens** van die verpleegkundige lei tot **verdedigingsmeganismes** tydens interaksie met die pasiënt.
- Die verpleegkundige se **woede** veroorsaak dat die pasiënt die verpleegkundige vrees en dan 'n kinderrol aanvaar, terwyl die verpleegkundige die ouerrol in die interaksieproses vervul.
- Die volg van 'n **ouer-kind-egostaat** ten opsigte van kommunikasie lei tot 'n gebrek aan implementering van volwassene-onderrigbeginsels.
- Die afwesigheid van **tweerigtingkommunikasie** en **luistervaar-**

**dighede** dra daartoe by dat die verpleegkundige negatiewe persepsies ten opsigte van tuberkulose-onderrig het, terwyl die pasiënt se wanpersepsies ten opsigte van tuberkulose nie reggestel kan word nie.

- Die verpleegkundige se **vakkennis** van tuberkulose is beperk, wat daartoe bydra dat sy en die pasiënt nie 'n breë siening van tuberkulose het nie.
- Die verpleegkundige se **beklemtoning van korrekte medikasiegebruik en staking van nadelige gewoontes**, as inhoud van die onderrig-leersituasie, dra by tot die ontstaan van wanpersepsies by die pasiënt.
- Die verpleegkundige is nie vertrouwd met die **leerpsigologie** nie, wat daartoe lei dat sy die pasiënt nie beraam om agtergrondkennis van die pasiënt te bekom en hom daarvolgens dan as 'n unieke individu hanteer nie.
- Die verpleegkundige beskik nie oor die nodige kennis ten opsigte van die **onderrig-leerbeginsels** nie, wat daartoe lei dat sy die onderrigproses onvolledig toepas en die pasiënt 'n passiewe rol in die interaksieproses vertolk.
- Die verpleegkundige pas nie die volledige **onderrigproses** toe nie, met gevolglike onkundigheid oor die pasiënt se agtergrond, wat tot foutiewe resultate van die onderrig-leersituasie bydra.
- Die verpleegkundige se hantering van die pasiënt as "een van vele", haar beklemtoning van "tekens en simptome" en die uitvoering van haar taak in 'n "haastige atmosfeer", toon haar **taakgeoriënteerde onderrigbenadering**.
- Die afwesigheid van 'n ondersteuningstelsel asook toepaslike kennis ten opsigte van tuberkulose en doeltreffende onderrig by die verpleegkundige dra daartoe by dat die ver-

pleegkundige **nie gemotiveerd** is nie.

- Die **gesin**, as **sosiale ondersteuningstelsel**, word nie deur die verpleegkundige benut nie, wat veroorsaak dat die pasiënt se verbondenheid tot die behandeling nadelig beïnvloed word.
- Die verpleegkundige benut nie die **tuberkulosepasiënte** as **portuurgroepondersteuning** nie, wat daartoe lei dat die pasiënt se aktiewe bydrae tot sy behandeling nadelig beïnvloed word.

### 5.2.2 Stellings soos van toepassing op die pasiënt

- Die ouer-kind-egostaat ten opsigte van kommunikasie en die afwesigheid van doelgerigtheid in die onderrig is daarvoor verantwoordelik dat die verpleegkundige nie die pasiënt se **motivering** kan stimuleer nie.
- Die vertolking van die kinderrol in die interaksieproses lei daartoe dat die pasiënt **geen verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid** aanvaar nie.
- Die pasiënt se **vrees** vir die verpleegkundige veroorsaak dat hy 'n passiewe rol in die interaksieproses vertolk, en geen tweerigtingkommunikasie kan dus plaasvind nie.
- Die pasiënt, in sy kinderrol, se onvermoë om van sy emosionele gesteldheid ontslae te raak, is daarvoor verantwoordelik dat die pasiënt **borsgesentreerd** is.
- Die oorbeklemtoning van medikasie en die afwesigheid van interpersoonlike vaardighede ten opsigte van die interaksieproses is daarvoor verantwoordelik dat die pasiënt die **verpleegkundige as hulpbron** slegs ten opsigte van die voorsiening van medikasie beleef.

### 5.3 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE NAVORSING

Die volgende is as tekortkominge van hierdie navorsing geïdentifiseer:

- Die aanvanklike beplanning van die steekproef en die vasstelling van die populasie om die konteks waarbinne hierdie navorsing uitgevoer mag word te bepaal, was baie moeilik vanweë die herindelinge en verskuiwing van landsgrense wat plaasgevind het in die provinsie, naamlik Wes-Transvaal wat vergroot het met die insluiting van ander areas, onder andere Bophuthatswana, om die huidige Noordwesprovinsie te vorm. Die navorsing val in hierdie stadium nie saam met die finale grense van hierdie provinsie nie.
- Die statistiek tot die navorsers se beskikking is ook deur die verandering van landsgrense beïnvloed, en akkurate statistiek aangaande die primêre gesondheidsverpleegkundiges wat direk met tuberkulosepasiënte betrokke is, asook dié van die tuberkulosepasiënte en die uitvalsifer van tuberkulosepasiënte kon nie vir die huidige Noordwesprovinsie gevind word nie.
- Die woord "uitval" het 'n negatiewe konnotasie, in dié sin dat dit gekoppel word aan 'n siening dat die pasiënt al die skuld vir sy staking van behandeling moet dra. Hierdie siening word nie deur die navorsers gehuldig nie. Die navorsers het die toepaslike owerhede gemoeid met die tuberkuloseprogram in Suid-Afrika, geskakel met die oog op inligting ten opsigte van 'n meer aanvaarbare woord. Dit lyk asof daar in hierdie stadium nie 'n geskikter woord in Afrikaans bestaan nie, en die navorsers het dus met die woorde "uitval" en "uitvalsifer" volstaan.

## 5.4 AANBEVELINGS

Vervolgens word aanbevelings gedoen deur eerstens na die meer **algemene toepassingsmoontlikhede** van hierdie navorsing in terme van onderrig, navorsing en praktyk te verwys, en tweedens deur meer **spesifieke riglyne** daar te stel vir die toepassing van volwasse-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulose-pasiënt.

### 5.4.1 Algemene toepassingsmoontlikhede

Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van **verpleegonderrig, -navorsing** en **-praktyk** word vervolgens bespreek.

#### 5.4.1.1 Toepassingsmoontlikhede in verpleegonderrig

- Die riglyne van hierdie navorsing kan in die kurrikulum van verpleegkundestudente met die oog op voorgraads/diploma asook nagraads/diploma ingesluit word om:
  - \* die hantering van 'n volwasse pasiënt as leerder aan te toon, met die klem op volwassene-onderrigbeginsels tydens interaksie/onderrig. Wanneer die verpleegdosent in haar eie onderrig volwasse-onderrigbeginsels tydens onderrig toepas, kan sy as rolmodel dien, en op dié wyse kan die studentverpleegkundige vertrouwd raak met hierdie metode en die beginsels van volwassene-onderrig makliker toepas wanneer sy met die pasiënt in interaksie verkeer;

- \* weg te beweeg van 'n ouer-kind-egostaat ten opsigte van kommunikasie na die volwassene-egostaat ten opsigte van kommunikasie tydens interaksie met die pasiënt;
  - \* korrekte/doeltreffende hantering van die verpleegkundestudent se eie emosies en belewenisse.
- In bestaande gemeenskapsverpleegkundekursusse en tuberkulose-onderdigprogramme kan die riglyne van hierdie navorsing ingesluit word om die primêre gesondheidsverpleegkundige in staat te stel tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

#### **5.4.1.2 Toepassingsmoontlikhede in verpleegnavorsing**

- Die resultate van hierdie navorsing kan van nut wees in die ontwikkeling van 'n verpleegmodel vir die omvattende hantering en behandeling van tuberkulosepasiënte, wat sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.
- Daar kan vasgestel word of die toepassing van volwassene-onderdigbeginsels ten opsigte van die onderdigleersituasie van tuberkulose-onderdig daartoe bydra dat die uitvalsyfer van tuberkulosepasiënte daal.
- Die belewenisse van die primêre gesondheidsverpleegkundige en die tuberkulosepasiënt kan verken en beskryf word waar volwassene-onderdigbeginsels doeltreffend in die onderdigleersituasie van tuberkulose-onderdig toegepas word.
- Tydens die onderhoue het die pasiënte in die algemeen baie ontspanne voorgekom, en die navorser as "mevrou"

of "miesies" aangespreek, wat daarop mag dui dat hulle die navorser nie as 'n verpleegkundige geïdentifiseer het nie, moontlik omdat die navorser nie 'n uniform of kentekens gedra het nie. Deur verdere navorsing kan vasgestel word of daar 'n verband is tussen die dra van 'n uniform en kentekens van die verpleegkundige en vrees wat die tuberkulosepasiënt vir die verpleegkundige het.

#### **5.4.1.3 Toepassingsmoontlikhede in verpleegpraktyk**

- Die verpleegkundige kan hierdie navorsing in die praktyk gebruik om 'n beter begrip van haar eie belewenisse asook dié van die tuberkulosepasiënt in die onderrig-leersituasie te verkry.
- Die verpleegkundige kan die riglyne gebruik om meer doeltreffend in die onderrig-leersituasie op te tree, om sodoende 'n bydrae te lewer tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.
- Deur kennisverkryging van hierdie navorsing en die toepassing van die riglyne kan die verpleegkundige:
  - \* deur die "self" te ondersoek haarself beter verstaan en doeltreffender in die onderrig-leersituasie optree;
  - \* die oorsprong van haar verdedigingsmeganismes en skuldgevoelens identifiseer en regstel;
  - \* bedag wees op elemente van die ouer-kind-egostaat ten opsigte van kommunikasie in die onderrig-leersituasie, die gevolge daarvan begryp en dit teëwerk;

- \* in staat wees om 'n vertrouensverhouding, deur middel van 'n terapeutiese verhouding, tussen haar en die pasiënt tot stand te bring, wat sal bydra tot die fasilitering van die pasiënt se strewe na gesondheid;
- \* van 'n taakgeoriënteerde verpleegbenadering na 'n pasiëntgeoriënteerde verpleegbenadering beweeg;
- \* die pasiënt lei en ondersteun sodat die pasiënt se motivering versterk kan word tot voordeel van sy strewe na gesondheid;
- \* deur middel van die toepassing van kommunikasievaardighede die pasiënt in staat stel om sy emosionele belewenisse aan haar bekend te maak en konstruktief daarmee te handel;
- \* wanpersepsies wat die pasiënt ten opsigte van tuberkulose aanhang, identifiseer en regstel;
- \* die pasiënt aktief by die onderrig-leersituasie betrek, wat hierdeur die aanvaarding van sy eie verantwoordelikheid vir sy gesondheid versterk;
- \* die rol van die pasiënt se agtergrond, kultuur en ondersteuningstelsels besef en voordelig benut.

#### **5.4.2 Spesifieke riglyne vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose soos uit die resultate van die navorsing en die literatuur voortspruit**

Vervolgens sal spesifieke riglyne gestel word vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

Riglyne, soos van toepassing op die verpleegkundige as onderrig-gewer, sowel as dié wat in ag geneem moet word by die pasiënt as leerder, sal aan die hand van die geformuleerde stellings (kyk punt 5.2.1 en 5.2.2) gestel word.

##### **5.4.2.1 Riglyne soos van toepassing op die verpleegkundige as onderrigewer**

Riglyne ten opsigte van interpersoonlike vaardighede, vakkennis ten opsigte van tuberkulose en onderrig, kennis van taakgeoriënteerde versus pasiëntgeoriënteerde verpleegbenadering, motivering van die verpleegkundige, asook die gesin en tuberkulosepasiënte as ondersteuningstelsels sal gestel word.

## i) Interpersoonlike vaardighede

### Rasionaal:

Die ontwikkeling van die verpleegkundige se interpersoonlike vaardighede mag daartoe bydra dat 'n terapeutiese interpersoonlike verhouding tussen haar en die pasiënt tot stand kom, haar negatiewe persepsies ten opsigte van onderrig verminder en sy bewus word van die pasiënt se wanpersepsies ten opsigte van tuberkulose.

### Riglyne:

- Oefeninge en strategieë ten opsigte van effektiewe interpersoonlike vaardighede moet in 'n tuberkulose-onderrigprogram ingesluit word. In dié verband toon Vaughan (1991:99) aan dat onderrig 'n interpersoonlike aktiwiteit is wat tussen twee persone plaasvind. Dit is dus nie net 'n oordrag van kennis op 'n didaktiese wyse nie.
- As indiensopleiding voorsien word, moet minstens een indiensopleidingsprogram per jaar vaardigheidsoefeninge ter bevordering van effektiewe interpersoonlike verhoudinge insluit, ten einde leer hieromtrent te versterk. Johnson (1993:21) wys daarop dat nuwe interpersoonlike vaardighede herhaaldelik beoefen moet word, ten einde blywende resultate te verseker.
- Verdere riglyne ten opsigte van interpersoonlike vaardighede sal aan die hand van die volgende onderafdelings gestel word, naamlik: **selfkennis, terapeutiese verhouding en kommunikasievaardighede.**

## a) Selfkennis

- Die verpleegkundige moet kennis van die "self" bekom, sodat sy in staat mag wees om haarself beter te verstaan, om so-doende die oorsaak van haar gevoelens en reaksies te begryp. Minstens die volgende metodes waardeur sy selfkennis kan beoefen, soos deur Bradley en Edinberg (1990:136), Burnard (1992:44-45) en Johnson (1993:35-36) gestel, moet deur haar benut word, naamlik:
    - \* Selfwaarneming en selfgesprek.
    - \* Individuele gesprekvoering, dit wil sê bekendmaking van gevoelens, persepsies, reaksies en ervarings aan 'n ander persoon, byvoorbeeld 'n kollega wat deur die verpleegkundige vertrou word.
    - \* Sosiale vergelyking, wat impliseer dat sy haarself met andere vergelyk.
    - \* Terugvoer van andere, hetsy kollegas, vriende of selfs pasiënte, waar hulle aan haar toon hoe hulle haar beskou en hoe hulle op haar gedrag reageer.
  - Vervolgens sal riglyne vir selfkennis ten opsigte van **aspekte van die "self", verdedigingsmeganismes en transaksionele analise** gestel word.
- **Selfkennis ten opsigte van aspekte van die "self"**
- Deur kennisverwerwing en interpersoonlike vaardigheidsoefeninge mag die verpleegkundige in staat wees om aspekte van die "self" te identifiseer. Dit mag daartoe lei dat sy haarself beter verstaan, mag begryp hoe ander haar beskou en hierdie verworwe kennis dan effektief in die interaksieproses kan toepas. Burnard (1992:6) se benadering ten

opsigte van die volgende aspekte van die "self" moet in 'n onderrigprogram ingesluit word.

#### - Die regte "self"

- \* Die verpleegkundige moet kennis ten opsigte van die innerlike aspekte van die "self", of te wel die "regte" self, verkry. Sy moet vertrouwd wees met die prosesse van selfbewussyn en selfblootlegging (Burnard, 1992:6; Johnson, 1993:34).
- \* Wat selfblootlegging betref, moet die verpleegkundige gelei word om meer van haarself aan andere, soos haar vriende of kollegas en later ook pasiënte, bekend te maak. Wilson en Kneisl (1988:731) wys daarop dat die verpleegkundige moet weet wanneer en hoe om selfblootlegging toe te pas. Volgens Burnard (1992:10) mag die verpleegkundige wat die proses van selfblootlegging by andere toepas, ervaar dat hulle op hul beurt ook meer van hulself aan haar bekendmaak - in dié geval dus die tuberkulosepasiënte.

#### - Die geestelike "self"

- \* Omdat die geestelike "self", volgens Burnard (1992:16), dít behels waarin die verpleegkundige glo, is dit nodig dat die verpleegkundige haar eie visie en filosofie ten opsigte van gesondheidsonderrig formuleer. Dit mag haar in staat stel om te besef wat sy glo, wat haar persoonlike waardes in die lewe is en hoe sy die tuberkulosepasiënt beskou.
- \* Dit is noodsaaklik dat die verpleegkundige selfkennis ten opsigte van die geestelike "self" bekom, ten einde struikelblokke wat die onderrig-leersituasie kan be-

nadeel, te identifiseer; dus moet die verpleegkundige:

- bewus wees van haar eie waardes, norme en houding teenoor tuberkulosepasiënte;
- bewus wees van haar reaksies wanneer sy in interaksie tree met tuberkulosepasiënte wat nie dieselfde waardes, norme en gelowe as sy het nie;
- die pasiënt vanuit sy oogpunt beskou en nie vanuit die verpleegkundige s'n nie; daarom is dit belangrik dat 'n onderrigprogram in tuberkulose 'n basiese kennis ten opsigte van waardes, norme en gelowe insluit. Dit sal die verpleegkundige help om te besef hoe verskillend kan sy en die pasiënt wees.

#### - **Die duister/donker aspekte van die "self"**

- \* Die verpleegkundige moet kennis verkry ten opsigte van die duister/donker aspekte van die "self", wat volgens Burnard (1992:19) ook aggressiewe gevoelens en gedagtes wat die verpleegkundige ten opsigte van ander het, behels. Deur middel van die prosesse van selfbewussyn en selfblootlegging moet die verpleegkundige in staat gestel word om haar onverwerkte emosies, soos woede jeens die pasiënt, bekend te maak en dit logies te ontleed, ten einde in staat te wees om beredeneerd en objektief daarmee te handel.
- \* Die konstruktiewe hanteringswyse van woede, soos deur Johnson (1993:273) gestel, moet in die onderrigprogram ingesluit word, naamlik:

- die hoofkomponente en funksies van woede;
  - die bevordering van konstruktiewe woede-hante-ring;
  - die ontmoediging van destruktiewe woede-hante-ring.
- \* Die volgende konsepte, soos deur Wilson en Kneisl (1988:33) beskryf, asook toepaslike vaardigheidsoefeninge, volgens Burnard (1992:136-139) en Poggenpoel (1986:4-6), moet in die onderrigprogram ingesluit word, naamlik: selfhandhawende, nie-selfhandhawende en aggressiewe optrede.

## ■ Selfkennis ten opsigte van verdedigingsmeganismes

- Die verpleegkundige moet kennis aangaande verdedigingsmeganismes verwerf om haar in staat te stel om as volwasse-onderriggewer die nadelige uitwerking daarvan in die onderrig-leersituasie te identifiseer en dit te vermy. Die belangrikste verdedigingsmeganismes hier van toepassing, soos deur Kreigh en Perko (1983:124-127) gestel, wat in 'n onderrigprogram opgeneem moet word, is:
  - \* rasionalisasie
  - \* projeksie
  - \* suppressie
  - \* repressie
  - \* ontkenning
- Deur middel van terugvoermeganismes van ander mense, soos deur Bradley en Edinberg (1990:136) verduidelik, kan die verpleegkundige daarvan bewus word wanneer sy van verdedigingsmeganismes gebruik maak.

## ■ Selfkennis ten opsigte van transaksionele analise

- Transaksionele analise moet in 'n onderrigprogram ingesluit word, want die verpleegkundige moet kennis ten opsigte van die verskillende egostate, naamlik volwassene-, ouer- en kind-egostate, soos deur Quinn (1988:325) omskryf, bekom, om haar in staat te stel om:
    - \* die egostate ten opsigte van kommunikasie in haarself en andere te identifiseer;
    - \* interaksies vanuit haar volwassene-egostaat aan te knoop, wanneer dit die toepaslikste metode is;
    - \* haar of die pasiënt se emosies, wat vanuit die kind-egostaat ten opsigte van kommunikasie mag ontspring, te identifiseer en reg te stel.
  
  - Die verpleegkundige moet dus weet wat elke egostaat in kommunikasie behels en deur middel van vaardigheidsoefeninge in staat wees om vanuit 'n volwassene-egostaat ten opsigte van kommunikasie die onderrig-leersituasie te hanteer.
  
  - 'n Verdere aspek van transaksionele analise, wat ook in die onderrigprogram ingesluit moet word, is die vier lewensposisies soos deur Poggenpoel (1984:15-16) verduidelik, waarvolgens die verpleegkundige haarself en die pasiënt kan beskou, die wyse waarop sy hom kan hanteer en teenoor hom optree, naamlik:
    - \* Ek's OK - Jy's OK
    - \* Ek's OK - Jy's nie OK
    - \* Ek's nie OK - Jy's OK
    - \* Ek's nie OK - Jy's nie OK
- 'n Basiese kennis van hierdie vier benaderinge moet deur

die verpleegkundige verwerf word, met as einddoel die strewe om die benadering van "Ek's OK - Jy's OK" in haarself te ontwikkel en in die onderrig-leersituasie toe te pas.

## **b) Terapeutiese verhouding en kommunikasievaardighede**

- Die verpleegkundige moet oor die nodige kennis en vaardighede ten opsigte van effektiewe kommunikasie beskik, want volgens Greeff (1990:10) is effektiewe kommunikasievaardighede nodig ten einde 'n terapeutiese interpersoonlike verhouding tot stand te bring.
- Die verpleegkundige moet kennis verwerf van die vier basiese kriteria vir effektiewe kommunikasie, soos deur Kreigh en Perko (1983:233-234) gestel, naamlik, die verpleegkundige identifiseer:
  - \* dat verbale kommunikasie en liggaamstaal nie dieselfde betekenis vir alle mense het nie;
  - \* die teenwoordigheid van spesifieke wyses waarop 'n boodskap oorgedra of ontvang word;
  - \* die belangrikheid wat persoonlike ondervinding ten opsigte van interpretering van kommunikasie speel;
  - \* die mate waarin die pasiënt in staat is om te abstraher en te konseptualiseer as deel van die kommunikasieproses.

Deur die toepassing van tweerigtingkommunikasie en luistervaardighede kan die verpleegkundige vasstel of die kommunikasie tussen haar en die pasiënt aan bogenoemde kriteria voldoen.

- Die verpleegkundige moet kennis en vaardighede ten opsigte van die terapeutiese kommunikasieproses verwerf, sodat sy dit toepaslik kan implementeer. Coutts en Hardy (1985:73-74) se verduideliking van die proses moet in 'n onderrigprogram ingesluit word. Hiervolgens bestaan die proses uit 'n driefasesiklus, naamlik:
  - \* 'n fasiliteringsfase, waar daar gepraat en geluister word op 'n wyse wat empaties, warm, ongerig en nie-veroordelend is;
  - \* 'n oorgangsfase, wat probleem-identifisering en tussentredes behels;
  - \* 'n aksiefase, waar die oplossing van die probleem begin, deurdat die verpleegkundige die pasiënt help om strategieë te beplan.

Deur hierdie proses van hulpverlening het die verpleegkundige en die pasiënt van mekaar, die situasie en die probleem geleer. Wanneer die pasiënt nie meer die hulp van die verpleegkundige in hierdie hulpverleningsverhouding benodig nie, word die verhouding verbreek.

- Vir die daarstelling van 'n terapeutiese verhouding, deur middel van die terapeutiese kommunikasieproses, moet die volgende aspekte, soos in tabel 5.1 uiteengesit, in die onderrigprogram opgeneem word.

**TABEL 5.1 TERAPEUTIESE KOMMUNIKASIE-TEGNIËKE**

NIE-VERBALE KOMMUNIKASIE	VERBALE KOMMUNIKASIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oogkontak</li> <li>- Gesigsuitdrukking</li> <li>- Liggaamshouding</li> <li>- Liggaamsbeweging</li> <li>- Persoonlike ruimte</li> <li>- Stem:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* tempo</li> <li>* toon</li> <li>* volume</li> </ul> </li> <li>- Algemene voorkoms</li> <li>- Luistervaardighede:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Responsief</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbale response:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Parafrasering</li> <li>* Reflektering</li> <li>* Opklaring</li> <li>* Uitkontrolering</li> <li>* Interpretering</li> <li>* Konfrontering</li> </ul> </li> <li>- Tweerigtingkommunikasie</li> <li>- Oop-einde-vraagstelling</li> </ul>

(Aangepas uit: Greeff, 1990:12-13; Van Hoozer et al., 1987:51)

- Die volgende twee komponente, soos deur Kreigh en Perko (1983:152) gestel, vorm deel van terapeutiese kommunikasie en moet ook in die onderrigprogram ingesluit word:

\* Eerlikheid, wat behels dat die individu kan sê wat hy bedoel, dink of voel.

- \* Openheid, wat behels dat die individu die vermoë het om te kommunikeer wat hy dink en voel, sonder vrees vir bestraffing, bespotting of vergelding.

Dit is belangrik dat die verpleegkundige daarna streef om eerlikheid en openheid by die pasiënt aan te moedig, deur vir hom die geleentheid hiertoe tydens die interaksieproses te skep. 'n Leeromgewing met fisiese gemak, wedersydse respek, vertrouwe en behulpsaamheid, vryheid van spraak en aanvaarding van verskille, soos deur Knowles (1986:7) verduidelik, kan bydra tot 'n oop en eerlike verhouding.

- Die verpleegkundige moet haar kennis uitbrei ten opsigte van die volgende vaardighede en houdings, soos deur Greeff (1990:13), Poggenpoel (1984:16-17) en Stanhope en Lancaster (1988:191) gestel, omdat dit belangrik is in die daarstelling van 'n terapeutiese verhouding.

- \* Empatie
- \* Kongruensie tussen verbale en nie-verbale kommunikasie
- \* Onvoorwaardelike aanvaarding
- \* Respek
- \* Warmte
- \* Egtheid
- \* Betroubaarheid
- \* Opregte belangstelling

## **ii) Vakkennis ten opsigte van tuberkulose**

### **Rasionaal:**

Die verbetering van die verpleegkundige se vakkennis ten opsigte van tuberkulose mag daartoe lei dat die verpleegkundige 'n breër perspektief as net medikasievoorsiening aan en die voorkoming van nadelige gewoontes van die tuberkulosepasiënt, het.

## Riglyne:

- Die volgende is die basiese aspekte wat in 'n onderrigprogram ten opsigte van tuberkulose ingesluit moet word, en wel aan die hand van Strebel en Seager (1991:58-85).
  - \* Epidemiologie
  - \* Etiologie
  - \* Diagnose
  - \* Behandeling
  - \* Voorkoming van tuberkulose
  
- Die verpleegkundige se kennis ten opsigte die volgende aspekte van tuberkulosebeheer en -behandeling moet uitgebrei word:
  - \* Die verband tussen sosio-ekonomiese aspekte en tuberkulose, soos deur Metcalf (1991:26) verduidelik (kyk punt 1.1:6).
  
  - \* Kulturele aspekte wat volgens Gumede (1990:39) tuberkulosebeheer en -behandeling mag beïnvloed (kyk punt 1.1:3).
  
  - \* Sosiale stigma ten opsigte van tuberkulosepasiënte (De Villiers, 1991:70). (Kyk punt 4.2.2.2:116.)
  
  - \* Nuwe-effekte van medikasie (Enarson, Rieder & Arnadottir, 1994:17-18). (Kyk punt 4.2.2.1:110.)
  
  - \* Emosionele- en aanpassingsprobleme van die pasiënt (Burton, 1977:268). (Kyk punt 4.2.2.1:112.)

### iii) Vakkennis ten opsigte van onderrig

#### Rasionaal:

Deurdat die verpleegkundige vakkennis ten opsigte van onderrig verwerf en dit in die onderrig-leersituasie toepas, mag dit daartoe bydra dat die verpleegkundige die pasiënt binne sy sosio-kulturele verband leer ken, toepaslike en doeltreffende onderrig aan hom bied wat die moontlikheid skeep dat leer by die pasiënt mag plaasvind.

#### Riglyne:

- Riglyne ten opsigte van die **leerpsigologie, onderrigleerbeginsels**, asook die **onderrigproses**, sal gestel word.

#### a) Kennis van die leerpsigologie

- 'n Onderrigprogram moet die volgende ten opsigte van die leerpsigologie, soos deur Fraser et al. (1990:69) gestel, insluit.
  - \* Hoe vind leer plaas.
  - \* Watter faktore mag moontlik bydra tot betekenisvolle en optimale leer.
- Die verpleegkundige moet oor die nodige kennis van faktore wat 'n invloed op leer by die pasiënt mag uitoefen, beskik, ten einde elke pasiënt as 'n individu te beraam en onderrigstrategieë volgens dié bevindinge aan te pas. Faktore soos deur Van Hoozer et al. (1987:29-41) uiteengesit, moet

in die onderrigprogram opgeneem word, naamlik die invloed van:

- \* oorerflikheid en die omgewing;
- \* groei, ontwikkeling en gereedheid tot leer;
- \* fisiese faktore, naamlik biologiese, psigologiese, omgewings- en sosiokulturele faktore;
- \* leerstyl, modaliteitsterkte, kognitiewe styl en leervoorkeure.

## **b) Kennis van onderrig-leerbeginsels**

- Die verpleegkundige moet kennis van die onderrig-leerbeginsels, soos deur Fraser et al. (1990:55-79) verduidelik, verwerf. Minstens die volgende onderrig-leerbeginsels moet in 'n onderrigprogram ingesluit word.
  - \* Motivering
  - \* Individualisering
  - \* Geheelsiening
  - \* Evaluering
  - \* Beplanning
  - \* Sosialisering
  - \* Doelgerigtheid
  - \* Moedertaalonderrig
  - \* Aktiwiteitsbeginsel
  
- Die verpleegkundige moet ook 'n basiese kennis van onderrigstrategieë, -metodes en -media verwerf. Die volgende beginsels moet deur die verpleegkundige hieromtrent in aanmerking geneem word.

- \* Kulturele aspekte van die leerder.
- \* Bevordering van 'n multimedia-onderrigbenadering (Fraser et al., 1990:64).
- \* Onderrigstrategieë, -metodes en -media moet die aktiewe deelname van die pasiënt bevorder.

### c) Kennis van die onderrigproses

- Vir die daarstelling van doeltreffende onderrig moet die verpleegkundige oor die nodige kennis van die onderrigproses beskik, soos deur Coutts en Hardy (1985:132-195) gestel.

#### **Beramingsfase:**

- \* data-insameling;
- \* data-analise;
- \* identifisering van leerbehoefte.

#### **Beplanningsfase:**

- \* stel van leerdoelwitte;
- \* bepaling van die onderrigmetode en -media;
- \* bepaling van die omgewingsmoontlikhede en die onderriggewer se vermoë;
- \* evaluering en aanmoediging van die pasiënt se motiveringsvlak en gereedheid ten opsigte van leer.

### **Implementeringsfase:**

- \* die aktivering van die onderrigplan wat deur die onderriggewer sowel as die leerder saamgestel is;
- \* deurlopende beraming en beplanning, omdat die onderriggewer gedurig bedag moet wees op nuwe gegewens ten opsigte van die leerder, wat tot aanpassings van die plan mag lei.

### **Evalueringsfase:**

- \* evaluering van die struktuur, naamlik die leeromgewing;
  - \* evaluering van die proses, naamlik die onderriggewer, die leerder en die onderrigmetode;
  - \* evaluering van die vermeerdering en soort kennis, as resultaat van die onderrig.
- 'n Volledige beraming van die pasiënt vind in die **beramingsfase** plaas, en alleen die addisionele data wat die verpleegkundige ten opsigte die tuberkulosepasiënt moet bekom na aanleiding van die resultate van hierdie navorsing, sal vervolgens aan die hand van die kategorieë en subkategorieë van die Verplegingsteorie vir Mensheehed (ORU, 1990:136-142; RAU, 1991:7) weergegee word.

## **1) Interne omgewing**

Die interne omgewing bestaan uit die subkategorieë: **liggaamlik**, **psigies** en **geestelik**, waarvolgens die volgende riglyne gestel word.

## ■ **Liggaamlik**

- die verpleegkundige moet 'n volledige liggaamlike beraming van die pasiënt uitvoer. Aspekte waaraan die verpleegkundige ook aandag moet skenk, is soos volg.
  - \* Die mate waarin die pasiënt pyn ervaar, wat leer mag belemmer (Coutts & Hardy, 1985:107-108).
  - \* Newe-effekte, indien die pasiënt reeds onder behandeling is.

## ■ **Psigies: intellektueel**

- Die pasiënt se gereedheid ten opsigte van leer moet deur die verpleegkundige bepaal word (Roberts, 1978:142).
- Verder moet die verpleegkundige ook 'n bepaling van die pasiënt se vermoë om te leer uitvoer (Coutts & Hardy, 1985:66).
- Deur middel van analise moet die verpleegkundige die pasiënt se vorige ondervinding en kennis ten opsigte van tuberkulose vasstel, waarvolgens sy dan haar onderrig aanpas.
- Foutiewe inligting en wanpersepsies ten opsigte van tuberkulose waaroor die pasiënt beskik, moet reeds by aanvang van onderrig, deur middel van tweerigtingkommunikasie, deur die verpleegkundige vasgestel word.
- Die verpleegkundige moet ook beraam of die pasiënt se taal van kommunikasie 'n probleem kan skep (Coutts & Hardy, 1985:63). Hierdeur kan sy bepaal wanneer sy van 'n tolk gebruik moet maak.

## ■ **Psigies: emosioneel**

- Die emosionele belewenisse van die pasiënt moet deur die verpleegkundige beraam word, en waar negatiewe emosies, soos vrees teenwoordig is, moet die oorsprong vasgestel en verwyder word. Volgens Coutts en Hardy (1985:64) kan negatiewe emosies verhoed dat leer plaasvind.

## ■ **Psigies: wil**

- Die verpleegkundige moet bepaal in watter mate die pasiënt ten opsigte van leer gemotiveer is (Van Hoozer et al., 1987:295). In dié verband mag die pasiënt se begeerte na gesondheid 'n aanduiding van motivering wees.

## ■ **Geestelik**

- Die pasiënt se waardes en gelowe moet deur die verpleegkundige vasgestel word (Van Hoozer et al., 1987:235). Dit mag die pasiënt se verbondenheid tot sy behandeling beïnvloed.

## 2) **Eksterne omgewing**

Die eksterne omgewing bestaan uit die subkategorieë: **fisies**, **sosiaal** en **geestelik**, na aanleiding waarvan die volgende riglyne gestel word.

## ■ Fisies

- Indien die pasiënt reeds onder tuberkulosebehandeling is, moet die verpleegkundige beraam of die pasiënt weet wat die korrekte dosis is, hoe lank hy sy medisyne moet neem, asook wat die gevolge is as hy sy behandeling voor die minimumbehandelings tydperk staak, soos deur Packard (1991:53) verduidelik (kyk punt 1.1:5).
- Die verpleegkundige moet vasstel of die pasiënt die verband tussen sosio-ekonomiese toestande en tuberkulose begryp, soos deur Metcalf (1991:26) uiteengesit (kyk punt 1.1:6).

## ■ Sosiaal

- Die gesin, as sosiale ondersteuning, moet deur die verpleegkundige evalueer word, asook die verskillende hulpbronne wat in die gemeenskap is.
- Hierby ingesluit is ook 'n kulturele beraming van die gesin en die gemeenskap, soos deur Van Hoozer et al. (1987:235) aangetoon, asook die mate waarin die pasiënt die kulturele sieninge handhaaf.
- 'n Bepaling van die pasiënt se vorige ondervindings met gesondheidsdienste moet gedoen word, want volgens Coutts en Hardy (1985:95) mag dit die pasiënt se motivering ten opsigte van leer beïnvloed.
- Die verpleegkundige moet ook vasstel hoe die pasiënt haar as hulpbron sien. Dit bied haar die geleentheid om die persepsie dat sy net daar is met die oog op medikasievoorsiening, reg te stel.

## ■ Geestelik

- Die geestelike ondersteuning wat die pasiënt geniet, byvoorbeeld kerkverband en beskikbare geestelike amptenare, moet deur die verpleegkundige vasgestel word, om as hulpbronne benut te word.

### iv) Kennis van taakgeoriënteerde versus pasiëntgeoriënteerde verpleegbenadering

#### Rasionaal:

Kennis van 'n taakgeoriënteerde en pasiëntgeoriënteerde verpleegbenadering mag daartoe bydra dat die verpleegkundige meer van 'n pasiëntgeoriënteerde benadering in onderrig gebruik maak.

#### Riglyne:

- Alfano (Pearson, 1991:194-198) se taakgeoriënteerde en pasiëntgeoriënteerde benadering (kyk punt 4.2.1.1:86-87, 90-92; punt 4.2.1.2:92-93,103,107-108) moet in die onderrigprogram ingesluit word, ten einde die verpleegkundige in staat te stel om die nodige kennis ten opsigte van:
  - \* 'n taakgeoriënteerde benadering te verwerf en sodoende hierdie benadering en sy nadele in die onderrig-leersituasie te identifiseer en daarvan af te sien;
  - \* 'n pasiëntgeoriënteerde benadering te bekom, wat haar in staat mag stel om hierdie kennis in die onderrig-leersituasie toe te pas ten einde die interaksieproses te bevorder.

## v) Motivering van die verpleegkundige

### Rasionaal:

Deur die geleentheid vir die verpleegkundige te skep om meer gemotiveerd op te tree, mag dit daartoe bydra dat die onderrigleersituasie ook vir haar 'n positiewe belewenis mag inhou.

### Riglyne:

- Riglyne vir **kennisverryking, organisasie-ondersteuningstelsel** asook **groepsondersteuningstelsel** sal vervolgens gestel word.

### a) Kennisverryking

- Deurdat die volgende aspekte, soos reeds bespreek, naamlik interpersoonlike vaardighede, vakkennis ten opsigte van tuberkulose en onderrig, asook taakgeoriënteerde versus pasiëntgeoriënteerde verpleegbenadering in 'n onderrigprogram ingesluit moet word (kyk punt 5.4.2.1:141-159), mag dit daartoe bydra dat die verpleegkundige se kennis vermeerder en haar belangstelling ten opsigte van tuberkulose toeneem. In dié verband toon Fraser et al. (1990:57) aan dat motivering ontwikkel met die toename van belangstelling in 'n taak wat geleer word. Indien die toepassing van hierdie verworwe kennis deur die verpleegkundige daartoe bydra dat die pasiënt hom meer tot sy behandeling verbind, mag dit aanleiding daartoe gee dat die verpleegkundige meer persoonlike prestasie beleef.

## **b) Organisasie-ondersteuningstelsel**

- Dit is belangrik dat daar 'n ondersteuningstelsel vir die verpleegkundige in die lewe geroep word, wat nie net aandag aan haar vaardigheid en kennis skenk nie, maar ook aan haar as totale mens, sodat sy hierdeur tot heelheid gefasiliteer en gemotiveer kan word. In hierdie verband wys Wright (1991:111) daarop dat terapeutiese verpleging nie alleen die gewilligheid en verbondenheid van die verpleegkundige tot verdere ontwikkeling behels nie, maar ook die volkome ondersteuning van die organisasie insluit.
- Die verpleegkundige moet ondersteuning van haar organisasie ontvang deur die daarstelling van persoonlike en professionele ontwikkelingsgeleenthede, wat indiensopleiding- en onderrigprogramme vir die hantering van tuberkulosepasiënte in die onderrig-leersituasie behels.
- Tuberkulose-opleidingsprogramme moet spesifiek deur onderriggewers wat kundiges op dié gebied is, aangebied word.
- Deurlopende opleiding en ondersteuning moet aan die verpleegkundige in haar daaglikse hantering van tuberkulose gebied word. Die tuberkulose-onderriggewers kan in dié verband hierdie ondersteuning en opleiding bied, en hulle vervul dan die rol van 'n mentor vir die verpleegkundige.

## **c) Groepsondersteuningstelsel**

- Die primêre gesondheidsverpleegkundiges moet onderlinge groepe vorm, waar 'n forum geskep kan word om hulle in staat te stel om mekaar te ondersteun asook om hul kennis en vaardighede ten opsigte van die daarstelling van effektiewe interpersoonlike verhoudinge te beoefen.

- Die verpleegkundiges moet mekaar ook tydens die aanbieding van onderrig evalueer, ten einde mekaar te help ten opsigte van doeltreffende onderrig.

## **vi) Die gesin as sosiale ondersteuningstelsel**

### **Rasionaal:**

Deurdadig dat die verpleegkundige die gesin by die onderrig-leersituasie betrek, mag dit daartoe bydra dat die pasiënt se verbondenheid tot sy behandeling verbeter.

### **Riglyne:**

- Die verpleegkundige moet kennis dra van die invloed wat die gesin op die verbondenheid van die pasiënt tot sy behandeling het.
- Verder is dit nodig dat sy haar eie taakgeoriënteerde verpleegbenadering, soos deur Alfano (Pearson, 1991:195) gestel, identifiseer, naamlik dat die gesin as 'n inmenging in haar werk beskou word. Om dus weg te breek van hierdie benadering moet die verpleegkundige die gesin pertinent uitnooi en betrek by onderrigaangeleenthede; sodoende mag die verbondenheid van die pasiënt tot sy behandeling verhoog en is die verpleegkundige ook in staat om die waarde wat die gesin as ondersteuningstelsel en hulpbron vir haarself inhou, te ontdek.

## vii) Tuberkulosepasiënte as groepsondersteuningstelsel

### Rasionaal:

Deurdat die verpleegkundige tuberkulosepasiënte as groepsondersteuning in die onderrig-leersituasie benut, mag dit daartoe bydra dat die pasiënt 'n aktiewe rol in die onderrigproses vertolk.

### Riglyne:

- Die verpleegkundige moet die pasiënt aanvanklik self onderrig, waarna die pasiënt dan, met begeleiding van die verpleegkundige, andere kan onderrig. Dit is dus moontlik om die tuberkulosepasiënt reeds van die staanspoor af as 'n rolmodel en onderriggewer vir nuwe tuberkulosepasiënte en die gemeenskap op te lei, en terselfdertyd mag die pasiënt se selfwaarde hierdeur ook verhoog word. In dié verband toon Roberts (1978:138) aan dat die pasiënt wat ervaar hy beteken iets, ook ervaar dat hy in beheer is.
- Verder moet die verpleegkundige die geleentheid vir die pasiënt skep om sy ervarings ten opsigte van tuberkulose met ander tuberkulosepasiënte te deel, wat die ontstaan van 'n onderlinge ondersteuningstelsel bevorder, wat wederkerige hulpverlening, soos deur Knowles (1980:58) gestel, insluit.

#### 5.4.2.2 Riglyne wat in ag geneem moet word ten opsigte van die pasiënt as leerder

Riglyne wat deur die verpleegkundige in ag geneem moet word ten opsigte van die pasiënt as leerder, sal soos volg gestel word: die **stimulering van die pasiënt se motivering en herstel van sy verantwoordelikeitsaanvaarding, herstel van sy borsgesentreerdheid, asook die herstel van die rol van die verpleegkundige.**

##### i) **Stimulering van die pasiënt se motivering en herstel van sy verantwoordelikeitsaanvaarding**

##### **Rasionaal:**

Deurdad die verpleegkundige die pasiënt se motivering stimuleer, mag dit daartoe bydra dat die pasiënt die verantwoordelikeit vir sy eie gesondheid aanvaar.

##### **Riglyne:**

- Soos reeds vermeld, moet die verpleegkundige oor die nodige kennis en vaardighede ten opsigte van die onderrig-leerbeginsels en die volwassene-egostaat ten opsigte van kommunikasie beskik (kyk punt 5.4.2.1:146,153-154). Die toepassing van hierdie kennis en vaardighede in die onderrigleersituasie deur die verpleegkundige mag daartoe bydra dat die pasiënt se motivering gestimuleer word, en sy verantwoordelikeitsaanvaarding vir sy eie gesondheid bevorder word.
- Die verpleegkundige moet die noodsaaklikheid van die pasiënt se aktiewe deelname aan die onderrigproses begryp en bevorder. Die aktiewe, wederkerige deelname van die pa-

siënt aan die interaksieproses kan volgens McMahon (1991:8) daartoe bydra dat die pasiënt homself as 'n vennoot saam met die verpleegkundige in sy eie gesondheidsorg beskou. Dit mag tot verdere stimulering van die pasiënt se motivering lei.

- Verder moet die benadering van Roberts (1978:143) in die onderrigprogram ingesluit word. Volgens hierdie benadering kan faktore en omstandighede daartoe lei dat die pasiënt magteloos/hulpeloos is. Hierdie "mag" of "beheer" wat die pasiënt verloor het, kan herwin word indien die verpleegkundige die pasiënt se psigologiese, fisiologiese en omgewingsbeheer herstel en ook wanneer die pasiënt se kennis ten opsigte van sy siekte vermeerder.
- Die volgende riglyne bepaal dus die **herstel** van die tuberkulose-pasiënt se **psigologiese, fisiologiese, omgewings** asook bykomend sy **geestelike beheer**. Die **versterking van leer en kennis** by die pasiënt sal ook aandag geniet.

#### a) **Herstel van die psigologiese beheer van die pasiënt**

- Riglyne ten opsigte van die **herkenning van die pasiënt se doel** en die **verloop van die onderrigproses, insluitend kommunikasie**, word vervolgens gestel.

#### ■ **Herkenning van die pasiënt se doel**

- Die verpleegkundige moet die pasiënt se begeerte na gesondheid, wat hy uitspreek, as mikpunt/doel vir hom stel om te bereik. In dié verband wys Roberts (1978:183) daarop dat die pasiënt se doel die hoofdeterminant ten opsigte van motivering is. Wanneer dié doel vir die pasiënt as mikpunt gestel word, sal daar, volgens haar, 'n afname in die voor-

koms van regressiewe gedrag plaasvind, want die hoop om sy doel te bereik word dan die pasiënt se interne motivering.

## ■ Die verloop van die onderrigproses, insluitend kommunikasie

- Om 'n "gejaagde"-atmosfeer tydens onderrig uit te skakel, wat 'n nadelige invloed op die pasiënt se psigologiese beheer het, moet die volgende riglyne deur die verpleegkundige toegepas word.
  - \* Geen pasiënt moet onderrig word terwyl die verpleegkundige in 'n staande posisie verkeer nie. 'n Persepsie van haastigheid mag so voorkom word.
  - \* Die verpleegkundige moet haar onverdeelde aandag aan die pasiënt wy, en is byvoorbeeld nie besig om aantekeninge te maak wanneer die pasiënt praat nie.
- 'n Terapeutiese verhouding moet deur die verpleegkundige tussen haar en die pasiënt tot stand gebring word, omdat dit ook mag bydra tot die herstel van die pasiënt se psigologiese beheer. Die volgende riglyne word in hierdie verband gestel.
  - \* Greeff (1990:12-13), asook Kreigh en Perko (1983:233-234), se benaderings vir die daarstelling van 'n effektiewe interpersoonlike verhouding (kyk punt 5.4.2.1:147-150) moet nie net in die onderrigprogram ingesluit word nie, maar dit moet ook deur die verpleegkundige in die onderrig-leersituasie toegepas word. Dit mag die verpleegkundige in staat stel om die pasiënt as geloofwaardig te aanvaar, terwyl hy sy gevoelens en idees teenoor haar mag lug en sy dit respekteer, terwyl sy ook ruimte vir kulturele verskille hierdeur laat.

- \* Insteede daarvan om vir die pasiënt te vertel wat hy mag en nie mag doen nie, kan die verpleegkundige hom eerder tot aktiewe deelname aanmoedig, terwyl sy die geleentheid skep dat hy sy belewenisse aan haar bekend maak. Volgens Roberts (1978:138) beleef die pasiënt dat hy psigologiese beheer verkry wanneer hy die geleentheid gegun word om sy gevoel van frustrasie, woede, vyandigheid, angs of vrees bekend te maak. Nie alleen kan die pasiënt ervaar dat hy in beheer is nie, maar dit mag ook daartoe bydra dat die pasiënt verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid aanvaar.
  
- \* Die verpleegkundige moet luistervaardighede toepas. Deur aktief te luister, beteken volgens Roberts (1978:138) dat die pasiënt toestemming het om te praat, sonder dat die verpleegkundige hom in die rede val.

**b) Herstel van die fisiologiese beheer van die pasiënt**

- Die verpleegkundige moet die pasiënt onderrig ten opsigte van sy behandeling, insluitend die behandelingstydperk, neue-effekte van die medikasie, die fisiese vordering wat hy telkens bereik en wat hy op verskeie tydstippte in sy behandelingstydperk kan verwag (Enarson et al., 1994:17-18). Dit mag daartoe bydra dat die pasiënt ook op fisiologiese vlak in beheer van sy gesondheidsorg geplaas word.

**c) Herstel van die beheer van die omgewing van die pasiënt**

- Waar dit in die vermoë van die verpleegkundige is, soos in 'n vaste kliniek, moet sy 'n aangename fisiese omgewing skep. In 'n mobiele kliniek sal dit moeiliker gaan, maar indien dit nie moontlik is nie, moet die verpleegkundige, waar moontlik, die pasiënt in sy eie huis hanteer, sodat die omgewing vir hom bekend is, wat daartoe mag bydra dat sy angs verminder.
- Die verpleegkundige moet die stoele van haar en die pasiënt skuins teenoor mekaar en naby mekaar plaas, met geen lesenaar tussenin nie, om die kommunikasieproses te bevorder. Verder mag dit moontlik daartoe bydra dat die stigma ten opsigte van tuberkulose nie deur die verpleegkundige aangehelp word nie en die pasiënt ook nie die verpleegkundige as verhewe beleef nie.
- Sover dit moontlik in die vermoë van die verpleegkundige is, moet sy 'n aangename temperatuur, goeie ventilasie en beligting in die omgewing skep, wat 'n ontspanne atmosfeer mag bevorder.
- Die verpleegkundige moet muurversierings aanbring wat van so 'n aard is dat dit tot 'n aangename, rustige atmosfeer mag bydra. In dié verband wys Van der Merwe (1991:23) daarop dat kleure soos geel, groen en blou tot die skep van 'n rustige atmosfeer bydra.
- Die pasiënt het die reg tot privaatheid; daarom moet die verpleegkundige die deur van die vertrek waar die onderrig plaasvind, toetrek, en ander personeel moet ingelig word dat geen persoon die vertrek mag binnekom nie. Dit mag ook daartoe bydra dat die verpleegkundige haar onverdeelde aandag aan die pasiënt skenk.

**d) Herstel van die geestelike beheer van die pasiënt**

- Deurdat die verpleegkundige 'n effektiewe interpersoonlike verhouding volgens die benadering van Greeff (1990:12-13) en Kreigh en Perko (1983:233-234) met die pasiënt handhaaf, (kyk punt 5.4.2.1:147-150) mag dit bydra tot die herstel van die pasiënt se geestelike beheer van sy gesondheid, omdat 'n terapeutiese verhouding tot stand mag kom en die pasiënt die geleentheid tot ventilering gebied word.

**e) Versterking van leer en kennis**

- Die verpleegkundige moet, in samewerking met die pasiënt, 'n leerkontrak tussen haar en die pasiënt opstel (Van Hoozer et al, 1987:246). Dit mag bydra tot die bevordering van die pasiënt se betrokkenheid by die onderrig-leersituasie, asook van sy verantwoordelikeitsaanvaarding vir sy eie gesondheid.
- Die verpleegkundige moet die pasiënt so onderrig dat hy 'n geheelsiening van tuberkulose het. Dit behels dus dat hy die oorsake, risiko-faktore, gevolge en voorkoming van tuberkulose in volle perspektief kan sien, asook die onderlinge verband tussen sosio-ekonomiese toestande en tuberkulose. Korrekte medikasiegebruik is dus net 'n gedeelte van tuberkulose-onderrig. Die verpleegkundige moet dus komplekse denke, eerder as lineêre denke soos deur Bradley en Edinberg (1990:201-202) verduidelik, by die pasiënt aanmoedig (kyk punt 4.2.2.1:111).
- Die pasiënt moet deur die verpleegkundige by die formulering van die leerdoelwitte betrek word.

- Die verpleegkundige moet toesien dat die pasiënt gedeeltelike verantwoordelikheid vir die beplanning en implementering van die onderrig-leersituasie aanvaar. In dié verband moet die verpleegkundige die verskillende onderrigmetodes en -media wat beskikbaar is, aan die pasiënt bekendstel, en hom dan by die gesamentlike besluitneming en geskiktheid daarvan betrek.
- Die pasiënt se resultate van sy diagnostiese ondersoeke, soos x-strale en sputummonsters, moet deur die verpleegkundige aan hom getoon word en op lekevlak verduidelik word. Terselfdertyd kan hierdie diagnostiese ondersoekresultate ook as onderrigmedia beskou word en as sodanig deur die verpleegkundige benut word.
- Die pasiënt kan ook vertrou word om sy x-strale in sy besit te bewaar. Dit mag die gevoel dat hy in beheer van die situasie en sy gesondheid is, versterk.
- Die verpleegkundige moet tweerigtingkommunikasie aanmoedig, deur onder andere van oop-einde-vraagstelling gebruik te maak. Dit mag daartoe bydra dat die verpleegkundige haar vergewis van die pasiënt se persepsies ten opsigte van tuberkulose, die teenwoordigheid van kommunikasiestruikelblokke soos konkrete taalgebruik, asook watter begrippe meer verduideliking verg. Terselfdertyd mag die pasiënt se kennis ten opsigte van tuberkulose ook verbeter.

## **ii) Herstel van die pasiënt se borsgesentreerdheid**

### **Rasionaal:**

Deurdat die verpleegkundige die pasiënt begelei met die doel om sy borsgesentreerdheid te verminder, mag dit daartoe bydra dat die pasiënt 'n breër siening van tuberkulose ontwikkel, terwyl sy emosionele ervarings van vrees ook in die proses verminder.

### **Riglyne:**

- Die verpleegkundige moet die pasiënt die geleentheid bied waar hy sy emosionele belewenisse aan haar kan meedeel, sodat dit konstruktief hanteer word. Die geleentheid mag moontlik geskep word deur die toepassing van 'n volwasse-egostaatbenadering ten opsigte van kommunikasie, soos deur Quinn (1988:325) beskryf, en effektiewe interpersoonlike vaardighede, volgens die benaderings van Greeff (1990:12-13) en Kreigh en Perko (1983:233-234). (Kyk punt 5.4.2.1:147-150.)
- Deurdat die verpleegkundige die denkbenaderings, soos deur Bradley en Edinberg (1990:201-202) gestel, (kyk punt 4.2.2.1:111) naamlik komplekse eerder as lineêre denke, ten opsigte van tuberkulose as onderwerp moet bevorder, mag dit daartoe bydra dat die pasiënt 'n breër siening van sy sieketoestand as net sy bors het.

### iii) Die herstel van die rol van die verpleegkundige

#### Rasionaal:

Indien die verpleegkundige se rol in die onderrig-leersituasie herstel, mag dit daartoe bydra dat sy en die pasiënt haar rol as ondersteunende hulpbron identifiseer en die pasiënt van haar ondersteunende hulp gebruik maak.

#### Riglyne:

- Die verpleegkundige moet kennis dra van die huidige tendens waar sy deur die pasiënt net as hulpbron in die voorsiening van medikasie gesien word.
- Om die pasiënt in staat te stel om 'n ruimer opvatting van haar te hê, moet die verpleegkundige kennis ten opsigte van haar verskillende rolle verwerf en weet hoe en wanneer om elke rol toe te pas. Burgess en Ragland (1983:33) se uiteensetting van die verskillende rolle wat die verpleegkundige in die gemeenskap moet vervul, naamlik: advokaat, konsultant, koördineerder, berader, onderriggewer, evalueerder, beplanner, voorsiener, navorser en spesialis, moet in die onderrigprogram ingesluit en deur haar beoefen word.
- Die verpleegkundige moet die pasiënt ten opsigte van die gesondheidsdiens oriënteer, asook wat haar aandeel in die pasiënt se behandeling gaan wees en op watter wyses sy hom van hulp kan wees (Van Hoozer et al., 1987:237). Dit mag die persepsie dat die verpleegkundige net die pasiënt kan help vir sover as dit die voorsiening van medikasie betref, teëwerk.

- Die verpleegkundige moet haar beywer vir die totstandkoming van 'n terapeutiese verhouding tussen haar en die pasiënt. Nie alleen mag dit daartoe bydra dat die pasiënt se siening van die verpleegkundige verruim nie, maar ook dat die verpleegkundige haarself as ondersteunende hulpbron aan die pasiënt sal openbaar.

## 5.5 SAMEVATTING

Aan die hand van die sentrale teoretiese stelling (kyk punt 1.5.2.1) is met hierdie navorsing ten doel gestel om, eerstens kennis te verkry van die verpleegkundige sowel as die tuberkulosepasiënt se belewenisse tydens die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig, wat die primêre gesondheidsverpleegkundige van hulp sal wees om volwassene-onderrigbeginsels tydens die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig ten opsigte van die tuberkulosepasiënt toe te pas. Tweedens om riglyne daar te stel vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie van tuberkulose, wat moontlik tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte mag bydra, asook die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt, omdat die pasiënt moontlik verantwoordelikheid vir die neem van sy medisyne mag aanvaar.

Deurdat die navorser die belewenisse van die verpleegkundige en die pasiënt in die onderrig-leersituasie verken en beskryf het, asook riglyne daargestel het vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt, het die navorser dus die navorsing verantwoord deurdat die doelstellings (kyk punt 1.3) wat gestel is, bereik is.

## BIBLIOGRAFIE

- ANON. 1993a. Practical guidelines for tuberculosis control. Nursing RSA, 8(8):23-28, Aug.
- ANON. 1993b. The treatment of TB. Nursing RSA, 8(10):23-27, Oct.
- ANON. 1993c. Tuberculosis control. Nursing RSA, 8(11/12):41-43, Nov/Dec.
- ANON. 1994. Increasing compliance for TB treatment: the development of a TB comic book. AIDS bulletin, 3(3):10-13, Oct.
- BATEMAN, E.D. 1984. Tuberculosis: "manifestation of social misery". SANTA news:4-5, Dec.
- BELL, J. & YACH, D. 1988. Tuberculosis patient compliance in the Western Cape. South African medical journal, 73(1):31-32, Jan.
- BENATAR, S.R. 1986. Failure of tuberculosis control in South Africa - the need for a unitary national health service. South African medical journal, 70(8):247-248, Aug.
- BIGNALL, J.R. 1984. Failure to control tuberculosis: a personal view. SANTA news:1-7, Dec.
- BOTES, A. 1991. 'n Funksionele denkbenadering in die verpleegkunde. Curationis, 14(1):19-23, Jul.
- BOTES, A. 1992. 'n Model vir kwalitatiewe navorsing in die verpleegkunde. Curationis, 15(4):36-42, Des.
- BRADLEY, J.C. & EDINBERG, M.A. 1990. Communication in the nursing context. 3rd ed. Norwalk : Appleton & Lange.

- BRINK, A.J. 1988. Woordeboek van Afrikaanse geneeskundeterme. Goodwood : NASOU.
- BURGESS, W. & RAGLAND, E.C. 1983. Community health nursing: philosophy, process, practice. London : Prentice-Hall.
- BURNARD, P. 1992. Know yourself: self-awareness activities for nurses. London : Scutari Press.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 1987. The practice of nursing research conduct, critique and utilization. Philadelphia : W.B. Saunders.
- BURTON, G. 1977. Interpersonal relations: a guide for nurses. 4th ed. New York : Springer.
- CLARK, M.J. 1984. Community nursing health: care for today and tomorrow. London : Prentice-Hall.
- COLLINS, T. 1993. Nurses in tuberculosis control. Nursing RSA, 8(7):27, Jul.
- COOVADIA, H.M. & BENATAR, S.R. 1991. A century of tuberculosis: South African perspectives. Kaapstad : Oxford University Press.
- CORMIER, W.H. & CORMIER, L.S. 1991. Interviewing strategies for helpers. 3rd ed. Pacific Grove, Calif. : Brooks/Cole.
- CORNEY, R. 1991. Developing communication and counselling skills in medicine. London : Tavistock/Routledge.
- COUTTS, L.C. & HARDY, L.K. 1985. Teaching for health: the nurse as health educator. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- DE HAAN, M. 1988. Gesondheid in Suidelike Afrika. Kaapstad : JUTA.

- DE VILLIERS, S. 1991. Tuberculosis in anthropological perspective. South African journal of ethnology, 14(3):69-72, Mar.
- DU PLESSIS, S.J.P. & MONTEITH, J.L. de K. 1991. Leer en die rol van onderrig daarin. DIDAKTIKOM, 12(2):14-23, Sept.
- EGGARS, R. & VAN WYK, B. 1994. Tuberculosis control programme - 1992. Epidemiological Comments, 21(1):2-8, Jan.
- ENARSON, D.A., RIEDER, H.L. & ARNADOTTIR, T. 1994. Tuberculosis guide for lower income countries. 3rd ed. Paris : International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases.
- FIELD, P.A. & MORSE, J.M. 1985. Nursing research: the application of qualitative approaches. London : Croom Helm.
- FRANKL, V.E. 1969. Psychotherapy and existentialism. New York, N.Y. : Washington Square Press.
- FRASER, W.J., LOUBSER, C.P. & VAN ROOY, M.P. 1990. Didaktiek vir die voorgraadse student. Durban : Butterworths.
- GALLOWAY, M. 1994. TB towards 2000. AIDS bulletin, 3(3):4-5, Oct.
- GLATTHAAR, E. 1991. Tuberculosis. Pretoria : Academica.
- GOLDENSON, R.M., ed. 1984. Longman dictionary of psychology and psychiatry. New York, N.Y. : Longman.
- GREEFF, M. 1990. Building blocks. Nursing RSA, 5(7):10-13, Jul.
- GRIFFITHS, M.L., MAKGOTHA, M.M. & NORDESJÖ, G. 1981. TB management in a rural community: factors in failure. SANTA news:5, Feb.

- GROSS, E.J. 1994. 'n Radikale strategie vir gesondheidsvoorligting. Johannesburg : RAU. (Proefskrif - D.Cur.)
- GUMEDE, M.V. 1990. Traditional healers: a medical practitioner's perspective. Braamfontein : Skotaville Publishers.
- HORNBY, A.S., COWIE, A.P. & GIMSON, A.C., eds. 1987. Oxford advanced learner's dictionary of current English. Oxford : Oxford University Press.
- JOHNSON, D.W. 1993. Reaching out: interpersonal effectiveness and self-actualization. 5th ed. London : Allyn and Bacon.
- KERLINGER, F.N. 1986. Foundations of behavioral research. New York, N.Y. : Holt, Rinehart and Winston.
- KIBEL, M.A. & WAGSTAFF, L.A. 1991. Child health for all. Kaapstad : Oxford University Press.
- KNOWLES, M.S. 1980. The modern practice of adult education: from pedagogy to androgogy. Cambridge, N.Y. : The Adult Education Company.
- KNOWLES, M.S. 1986. Using learning contracts. San Francisco, Calif. : Jossey-Bass.
- KREIGH, H.Z. & PERKO, J.E. 1983. Psychiatric and mental health nursing: a commitment to care and concern. 2nd ed. Reston, Va. : Reston Publishers.
- KÜSTNER, H.G.V. 1993. Tuberculosis control programme: 1991. Epidemiological comments, 20(1):2-11, Jan.
- KÜSTNER, H.C.V. 1995a. Tuberculosis up-date. Epidemiological comments, 22(1):13-17, Jan.

KÜSTNER, H.C.V. 1995b. Notifiable medical conditions. Epidemiological comments, 22(1):19, Jan.

KÜSTNER, H.C.V. 1995c. Fifth national HIV survey in women attending antenatal clinics of the public health services in South Africa. Epidemiological comments, 22(5):90-100, May.

LEE, T. & BUCH, E. 1991. Tuberculosis control in South Africa. (In Coovadia, H.M. & Benatar, S.R., eds. A century of tuberculosis: South African perspectives. Cape Town : Oxford University Press. p. 287-298.)

MASINYANA, A.N. 1989. An epidemiological compliance profile of tuberculosis in the Bizane district. Durban: University of Natal. (Dissertation - M.Soc.Sc.)

McKENZIE, A., NGOBENI, O. & BONONGO, F. 1992. Is health education effective? Nursing RSA, 7(7):26-27, Jul.

McMAHON, R. 1991. Therapeutic nursing: theory, issues and practice. (In McMahon, R. & Pearson, A., eds. Nursing as therapy. London : Chapman & Hall. p. 1-25.)

MERRIAM-WEBSTER

*kyk*

THE NEW MERRIAM-WEBSTER DICTIONARY FOR LARGE PRINT USERS.

METCALF, C. 1991. A history of tuberculosis. (In Coovadia, H.M. & Benatar, S.R., eds. A century of tuberculosis: South African perspectives. Cape Town : Oxford University Press. p. 1-31.)

METCALF, C.A., BRADSHAW, D. & STINDT, W.W. 1990. Knowledge and beliefs about tuberculosis among non-working women in Ravensmead, Cape Town. South African medical journal, 77(4):408-411, Apr.

- MOLOANTOA, K.E.M. 1982. Traditional attitudes towards tuberculosis. South African medical journal, special issue:29-31, Nov.
- MOTLANA, N. 1988. The tyranny of superstition. Nursing RSA, 3(1):17-18, Jan.
- MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1992. Basiese begrippe : metodologie van geesteswetenskappe. 3de dr. Pretoria : RGN-Uitgewers.
- MTHEMBU, C. 1981. Some aspects of traditional beliefs as they affect tuberculosis treatment. Curationis, 4(3):28, Dec.
- MÜLLER, A. 1992. Maintenance of mental health by utilizing psychiatric nurse-patient interaction. Auclandpark : RAU. (Dissertation - D.Cur.)
- NATIONAL HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT. 1992. The South African tuberculosis control programme practical guidelines. Pretoria.
- NEE, W. 1977. The spiritual man. New York, N.Y. : Christian Fellowship Publishers.
- NHPD  
*kyk*
- NATIONAL HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT.
- O'BRIEN, M. 1974. Communications and relationships in nursing. Saint Louis : C.V. Mosby.
- OKUN, B.F. 1992. Effective helping interviewing and counseling techniques. 4th ed. Pacific Grove, Calif. : Brookes/Cole.
- OMERY, A. 1983. Phenomenology: a method for nursing research. Advances in nursing science, 5(2):49-63, Jan.

ORAL ROBERTS UNIVERSITY ANNA VAUGHN SCHOOL OF NURSING. 1990. Self study report, submitted to the council of baccalaureate and higher degree programs, national league for nursing. Narrative by criteria, 1:136-142, Aug.

ORU

*kyk*

ORAL ROBERTS UNIVERSITY ANNA VAUGHN SCHOOL OF NURSING.

OSKOWITZ, B. 1991. Bridging the communication gap between traditional healers and nurses. Nursing RSA, 6(7):20-22, Jul.

PACKARD, R.M. 1991. Holding back the tide: TB control efforts in South Africa. (In Coovadia, H.M. & Benatar, S.R., eds. A century of tuberculosis: South African perspectives. Cape Town : Oxford University Press. p. 42-57.)

PARSE, R.R., COYNE, A.B. & SMITH, M.J. 1985. Nursing research: qualitative methods. Maryland : Brady Communication.

PEARCE, E.C. 1969. Nurse and patient: human relations in nursing. 3rd ed. London : Faber and Faber.

PEARSON, A. 1991. Taking up the challenge: the future for therapeutic nursing. (In McMahon, R. & Pearson, A., eds. Nursing as therapy. London : Chapman & Hall. p. 192-210.)

PLUG, C., MEYER, W.F., LOUW, D.A. & GOUWS, L.A. 1988. Psigologiese woordeboek. Johannesburg : McGraw-Hill.

POGGENPOEL, M. 1984. Psigiatriese verpleegvaardighede in ander verpleegdimensies. Curationis, 7(4):13-18;29, Des.

POGGENPOEL, M. 1986. Psigiatriese verpleegkunde metodes en vaardighede. Kaapstad : JUTA.

POGGENPOEL, M. 1990. Psychiatric nursing model: an interaction approach focussed on facilitating a patient's quest for wholeness. Johannesburg : RAU.

QUINN, F.M. 1988. The principles and practice of nurse education. 2nd ed. London : Chapman and Hall.

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT. 1991. Verplegingsteorie vir Mensheelheid. Johannesburg.

RAU

*kyk*

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT.

REDMAN, B.K. 1976. The process of patient teaching in nursing. 3rd ed. Saint Louis : C.V. Mosby.

ROBERTS, S.L. 1978. Behavioral concepts and nursing throughout the life span. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

SAVV

*kyk*

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING.

SEAGER, J.R. 1986. Health education in TB hospitals. South African journal of science, 82(7):389-390, Jul.

SEARLE, C., BRINK, H.I.L. & GROBBELAAR, W.C. 1990. Aspekte van gemeenskapsgesondheid. Kaapstad : King Edward VII Trust fonds.

SEME, R. 1982. The follow-up of defaulters. SANTA news:5, Aug.

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. 1988. Community health nursing: process and practice for promoting health. St. Louis : C.V. Mosby.

STREBEL, P.M. & SEAGER, J.R. 1991. Epidemiology of tuberculosis in South Africa. (In Coovadia, H.M. & Benatar, S.R., eds. A century of tuberculosis: South African perspectives. Cape Town : Oxford University Press. p.58-90.)

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING. 1991a. Standpuntmemorandum: etiese standaarde vir verpleegkundige navorsers. Pretoria : Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING. 1991b. Standpuntmemorandum: primêre gesondheidsorg. Pretoria : Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

TER HAAR, G. 1987. Defaulters: they or us? SANTA news:2, Feb.

TER HAAR, G. 1988. Tuberculosis in rural southern Africa. South African medical journal, 73(5):539-541, May.

THE NEW MERRIAM-WEBSTER DICTIONARY FOR LARGE PRINT USERS. 1989. Boston, Mass. : G.K. Hall.

THOMSON, E.M. & MYRDAL, S. 1986a. Regional variations in tuberculosis policy in the Cape and Ciskei. South African medical journal, 70(8):253-257, Aug.

THOMSON, E.M. & MYRDAL, S. 1986b. Tuberculosis - the patients' perspective. South African medical journal, 70(8):263-264, Aug.

TRAVELBEE, J. 1971. Interpersonal aspects of nursing. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

TSHOTSHO, N. 1993. Creating a therapeutic milieu for black patients. Nursing RSA, 8(11/12):28-32, Nov/Dec.

TUTTON, E. 1991. An exploration of touch and its use in nursing. (In McMahon, R. & Pearson, A., eds. Nursing as therapy. London : Chapman & Hall. p. 142-169.)

VAN DEN BERG, R.H. & VILJOEN, M.J. 1989. Oordraagbare siekte: 'n verpleegkundige perspektief. Bloemfontein : De Jager-HAUM.

VAN DER MERWE, N. 1991. Listening: a skill for everyone. Cape Town : Arrow.

VAN HOOZER, H.L., BRATTON, B.D., OSTMOE, P.M., WEINHOLTZ, D., CRAFT, M.J., GJERDE, C.L. & ALBANESE, M.A. 1987. The teaching process: theory and practice in nursing. Sydney : Prentice-Hall.

VAUGHAN, B. 1991. Patient education in therapeutic nursing. (In McMahon, R. & Pearson, A., ed. Nursing as therapy. London : Chapman & Hall. p. 85-101.)

WELMAN, C. 1991 Extracts from: policy guidelines for the development of primary health care in South Africa. Health promotion: information bulletin, 1(2):2, Sept.

WHO

*kyk.*

WORLD HEALTH ORGANISATION

WILSON, H.S. 1993. Introducing research in nursing. 2nd ed. New York, N.Y. : Addison-Wesley Nursing.

WILSON, H.S. & KNEISL, C.R. 1988. Psychiatric nursing. 3rd ed. Redwood City, Calif.: Addison-Wesley.

WOODS, N.F. & CATANZARO, M. 1988. Nursing research: theory and practice. St Louis : C.V. Mosby.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 1988. Education for health.  
Geneva.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 1994. TB: a global emergency.  
Geneva.

WRIGHT, S. 1991. Facilitating therapeutic nursing and  
independent practice. (In McMahon, R. & Pearson, A., eds.  
Nursing as therapy. London : Chapman & Hall. p. 102-118.)

YEATS, J.R. 1986. Attendance compliance for short-course  
tuberculosis chemotherapy at clinics in Estcourt and surround-  
ings. South African medical journal, 70(8):265-266, Aug.

# BYLAE A

## TOESTEMMINGSBRIEF AAN DIE BETROKKE HOOFDE VAN DIE INSTANSIES

Geagte.....

**TOESTEMMING VIR NAVORSING: DIE BELEWENIS VAN DIE PASIËNT EN DIE  
VERPLEEGKUNDIGE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG, VIR DIE GRAAD M.A.  
AAN DIE POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT VIR CHRISTELIKE HOËR  
ONDERWYS**

Ek is 'n M.A. (Verpleegonderwys)-student aan die Potchefstroomse  
Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys en tans besig met 'n  
navorsingsprojek getitel: **"Die belewenis van die pasiënt en die  
verpleegkundige tydens tuberkulose-onderrig"**, met dr. A.H. Nel  
as studieleier en prof. M. Greeff as mede-studieleier.

**Die doel van hierdie navorsing is om:**

- die belewenis van die verpleegkundige en die tuberkulose-  
pasiënt in die onderrig-leersituasie van tuberkulose-on-  
derrig te verken en te beskryf;
- riglyne daar te stel vir die toepassing van volwassene-  
onder-rigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte  
van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging  
van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte, en sal bydra  
tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die  
tuberkulosepasiënt.

Ten einde hierdie riglyne te bepaal word deelnemers in die Noordwesprovinsie deur middel van doelgerigte gerieflikheidsteekproefneming by hierdie navorsing betrek, naamlik:

- minstens ses (6) primêre gesondheidsverpleegkundiges wat tans by die behandeling van tuberkulosepasiënte betrokke is;
- minstens ses (6) tuberkulosepasiënte wat spesifiek uitvalers is of was.

U skriftelike toestemming word benodig om verpleegkundiges en tuberkulosepasiënte by hierdie navorsing te betrek.

'n Verpleegkundige wat as tussenganger tussen die verpleegkundiges, pasiënte en my kan optree, word benodig. Ek sal dit waardeer indien u 'n geskikte persoon aandui met wie ek kan skakel.

Die navorsingsmetode wat gebruik word, is die fenomenologiese metode van onderhoudvoering deur indiepte-, ongestruktureerde onderhoude te voer.

Die individuele onderhoude word op band opgeneem, sodat dit so gou as moontlik na afloop van die onderhoud verbatim getranskribeer kan word, met die oog op analise van die data verkry.

Alle inligting word as uiters vertroulik beskou en sal as sodanig hanteer word. Die name of instansies van deelnemers word as vertroulik behandel en sal op geen wyse in die navorsing en/of resultate bekend gemaak word nie.

Die waarde van die navorsingsresultate sal gebruik word vir die formulering van riglyne vir die toepassing van volwassene-onder-rigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitval-

syfer onder tuberkulosepasiënte, en sal bydra tot die fasilite-  
ring van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

Ek vertrou dat u gunstig op hierdie versoek sal reageer.

By voorbaat dank

-----  
MEV. M. STRYDOM  
NAVORSER

-----  
DR. A. H. NEL  
STUDIELEIER

-----  
PROF. M. GREEFF  
MEDE-STUDIELEIER

# BYLAE B

## BEKENDSTELLING VAN NAVORSING AAN TUSSENGANGERS

Geagte.....

BEKENDSTELLING VAN NAVORSING: DIE BELEWENIS VAN DIE PASIËNT EN DIE VERPLEEGKUNDIGE TYDENS TUBERKULOSE-ONDERRIG, VIR DIE GRAAD M.A. AAN DIE POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT VIR CHRISTELIKE HOËR ONDERWYS

Ek is 'n M.A. (Verpleegonderwys)-student aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys en tans besig met 'n navorsingsprojek getitel: "Die belewenis van die pasiënt en die verpleegkundige tydens tuberkulose-onderrig", met dr. A.H. Nel as studieleier en prof. M. Greeff as mede-studieleier.

Die doel van die navorsing is om:

- die belewenis van die verpleegkundige en die tuberkulose-pasiënt in die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig te verken en te beskryf;
- riglyne daar te stel vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte, en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

Ten einde riglyne te bepaal word deelnemers in die Noordwesprovinsie deur middel van doelgerigte gerieflikheidsteekproefneming by hierdie navorsing betrek, naamlik:

- minstens ses primêre gesondheidsverpleegkundiges wat tans by die behandeling van tuberkulosepasiënte betrokke is;
- minstens ses tuberkulosepasiënte wat spesifiek uitvallers is of was.

Dit sal vir my nodig wees om onderhoude met primêre gesondheidsverpleegkundiges en tuberkulosepasiënte te voer.

Dit sal hoog op prys gestel word indien u as 'n tussenganger vir my met deelnemers aan die navorsingsprojek kan optree. U rol as tussenganger is baie belangrik, omdat daar van u verwag word om deelnemers aan die navorsing binne twee weke te werf en aan die navorser bekend te stel.

Die **algemene kriteria** vir beide primêre gesondheidsverpleegkundiges en tuberkulosepasiënte is dat deelnemers:

- van alle kultuurgroepe moet wees;
- Afrikaans of Engels magtig is;
- gewillig sal wees om aan die navorsing deel te neem;
- bereid sal wees om die onderhoud op band te laat opneem.

Verder moet die **primêre gesondheidsverpleegkundige** ook aan die volgende kriteria voldoen:

- tans werksaam by die Departement van Gesondheid en Ontwikkelende Gemeenskapswelsyn of Plaaslike Owerheid in die Noordwesprovinsie;
- by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging of die Bophuthatswana Verpleegkundige Raad geregistreer is;
- in direkte kontak met tuberkulosepasiënte verkeer en verantwoordelik vir hul hantering en behandeling is.

Die kriteria waaraan die **tuberkulosepasiënte** moet voldoen, is:

- tuberkulosepasiënte wat in enige stadium van die behandeling 'n uitvaller was;
- deur primêre gesondheidsverpleegkundiges van die Noordwesprovinsie behandel;
- tussen die ouderdom van 18 en 65 jaar;
- tans onder tuberkulosebehandeling, of het behandeling binne die voorafgaande jaar voltooi of gestaak.

Die navorsing behels 'n eenmalige onderhoud met elke deelnemer. Die onderhoud word op band opgeneem en verbatim getranskribeer.

Die navorser onderneem om die anonimiteit van die primêre gesondheidsverpleegkundiges en tuberkulosepasiënte te bewaar deur geen name of plekke te noem nie. Vertroulikheid sal ook verseker word deur bande skoon te vee nadat data-analise voltooi is. Die inligting op die bande word slegs deur die navorser en 'n onafhanklike mede-kodeerder gedeel.

By voorbaat dank vir u bereidwilligheid tot deelname.

-----  
MEV. M. STRYDOM  
NAVORSER

-----  
DR. A. H. NEL  
STUDIELEIER

-----  
PROF. M. GREEFF  
MEDE-STUDIELEIER

# BYLAE C

## VERSOEK AAN EN TOESTEMMING GEGEE DEUR, DIE DEEL- NEMERS VIR DIE UITVOERING VAN DIE NAVORSING

Geagte.....

Ek is 'n M.A. (Verpleegonderwys)-student aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys en tans besig met 'n navorsingsprojek getitel: "**Die belewenis van die pasiënt en die verpleegkundige tydens tuberkulose-onderrig**", met dr. A.H. Nel as studieleier en prof. M. Greeff as mede-studieleier.

**Die doel van die navorsing is om:**

- die belewenis van die verpleegkundige en die tuberkulose-pasiënt in die onderrig-leersituasie van tuberkulose-onderrig te verken en te beskryf;
- riglyne daar te stel vir die toepassing van volwassene-onderrigbeginsels in die onderrig-leersituasie ten opsigte van tuberkulose, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer onder tuberkulosepasiënte, en sal bydra tot die fasilitering van die strewe na gesondheid by die tuberkulosepasiënt.

Ten einde hierdie riglyne te bepaal sal dit nodig wees om onderhoude met **primêre gesondheidsverpleegkundiges** en **tuberkulosepasiënte** te voer wat aan die volgende kriteria voldoen.

Die **algemene kriteria** vir beide primêre gesondheidsverpleegkundiges en tuberkulosepasiënte is dat deelnemers:

- van alle kultuurgroepe moet wees;
- Afrikaans of Engels magtig is;
- gewillig sal wees om aan die navorsing deel te neem;
- bereid sal wees om die onderhoud op band te laat opneem.

Verder moet die **primêre gesondheidsverpleegkundige** ook aan die volgende kriteria voldoen:

- tans werksaam by die Departement van Gesondheid en Ontwikkelende Gemeenskapswelsyn of Plaaslike Owerheid in die Noordwesprovinsie;
- by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging of die Bophuthatswana Verpleegkundige Raad geregistreer is;
- in direkte kontak met tuberkulosepasiënte verkeer en verantwoordelik vir hul hantering en behandeling is.

Die kriteria waaraan die **tuberkulosepasiënte** moet voldoen, is:

- tuberkulosepasiënte wat in enige stadium van die behandeling 'n uitvaller was;
- deur primêre gesondheidsverpleegkundiges van die Noordwesprovinsie behandel;
- tussen die ouderdom van 18 en 65 jaar;

- tans onder tuberkulosebehandeling, of het behandeling binne die voorafgaande jaar voltooi of gestaak.

Die kriteria waaraan die **tuberkulosepasiënte** moet voldoen, is:

- tuberkulosepasiënte wat in enige stadium van die behandeling 'n uitvaller was;
- deur primêre gesondheidsverpleegkundiges van die Noordwes-provinsie behandel;
- tussen die ouderdom van 18 en 65 jaar;
- tans onder tuberkulosebehandeling, of het behandeling binne die afgelope tyd voltooi of gestaak.

Die navorsing behels 'n eenmalige onderhoud met elke deelnemer. Die onderhoud word op band opgeneem en verbatim getranskribeer.

Ek onderneem om die anonimiteit van u as primêre gesondheidsverpleegkundige te bewaar deur geen name of plekke te noem nie. Vertroulikheid sal ook verseker word deur bande skoon te vee nadat data-analise voltooi is. Die inligting op die bande word slegs deur die navorser en 'n onafhanklike mede-kodeerder gedeel.

Deur u ingeligte toestemming behou u die reg om in enige stadium te onttrek. Verder is u ook onder geen verpligting om aan hierdie navorsing deel te neem nie.

Die voordeel wat hierdie navorsing vir u inhou, is dat u die geleentheid het om u belewenis tydens tuberkulose-onderdig te verbaliseer en my volgehoue aandag sal hê totdat gesprekvoering versadig is.

Die langtermynvoordeel is dat die verkreë inligting vir die formulering van riglyne aagaande die toepassing van volwassene-on-

derrigbeginsels gebruik sal word, wat moontlik mag bydra tot die verlaging van die uitvalsyfer van tuberkulosepasiënte, asook die strewe na gesondheid by die pasiënt.

By voorbaat dank vir u bereidwilligheid tot deelname.

-----  
MEV. M. STRYDOM  
NAVORSER

-----  
DR. A. H. NEL  
STUDIELEIER

-----  
PROF. M. GREEFF  
MEDE-STUDIELEIER

HIERMEE GEE EK \_\_\_\_\_ TOESTEMMING OM AAN DIE

NAVORSING VAN \_\_\_\_\_ DEEL TE NEEM.

GETEKEN TE \_\_\_\_\_ HIERDIE \_\_\_\_\_ DAG VAN \_\_\_\_\_ 1994

-----  
DEELNEMER

# BYLAE D

## VELDNOTAS

### ■ VERPLEEGKUNDIGES

#### DEELNEMER 1

Deelnemer kom rustig voor, en is spontaan. Haar liggaamshouding is ontspanne, maar sy maak baie min oogkontak, wat moontlik toegeskryf kan word aan kultuurverskille.

Haar benadering is baie positief, en sy toon insig in die pasiënte se probleme. Dit blyk dat sy die meeste pasiënte se kultuur begryp.

Is geneig om in die derde persoon te praat. Sy lê meer klem op die kognitiewe weergawe van inligting as op haar belewenis. Sy gebruik "ons" of "jy" ten opsigte van 'n negatiewe belewenis.

#### DEELNEMER 2

Met aanvang van onderhoud kom deelnemer gejaagd voor, maar blyk kalm te wees na verloop van ongeveer tien minute. Sy behou deurgaans goeie oogkontak.

Praat vinnig en aanmekaar, sonder veel aanmoediging. Die deelnemer gebruik die woorde "jy" en "mens" wanneer 'n negatiewe be-

lewenis gedeel word, maar in geval van 'n positiewe belewenis praat sy van "ek". Sy is geneig om haar belewenis in die verlede te projekteer. Die woord "glo" word verskeie kere tydens die onderhoud herhaal.

### **DEELNEMER 3**

Die deelnemer kom rustig voor, maar die navorser ervaar 'n onsigbare afstand wat tussen die navorser en die deelnemer gehandhaaf word. Die feit dat hierdie deelnemer van 'n ander bevolkingsgroep as die navorser is, kan moontlik 'n rol in dié verband speel, maar tog het die navorser die indruk gekry dat hierdie onsigbare afstand of "kloof" ook tussen die deelnemer en haar pasiënte bestaan wanneer sy van hulle praat.

Sy het deurgaans min oogkontak gemaak. Praat sag maar duidelik.

Sy lê meer klem op die kognitiewe weergawe van inligting as op haar belewenis. Sy gebruik "ons" of "jy" ten opsigte van 'n negatiewe belewenis.

### **DEELNEMER 4**

Kom ontspanne voor en handhaaf 'n gemaklike houding. Sy is baie spraaksaam, praat baie vinnig, en lag soms spontaan. Behou deurgaans goeie oogkontak.

Sekere woorde word sterk beklemtoon en verder versterk deur ooreenstemmende handgebare. Sy is in staat om haar belewenis spontaan weer te gee, maar soms is sy geneig om negatiewe belewenisse in die verlede tyd uit te druk. Sy gebruik "ons" of "jy" ten opsigte van 'n negatiewe belewenis.

Sy lê meer klem op die kognitiewe weergawe van inligting as op haar belewenis.

## DEELNEMER 5

Sy kom rustig en ontspanne voor.

Sy praat stadig en kalm, en sy wek kalmte by die navorser. Haar houding spreek van 'n positiewe gesindheid oor haar werk en haar pasiënte. Die navorser ervaar dat die deelnemer omgee vir haar pasiënte.

Sy is geneig om 'n negatiewe belewenis in die verlede te projekteer. Hierdie persoon vermy dit om van "ek" te praat, maar gebruik eerder "ons." Wanneer sy 'n situasie waarin sy misluk het, met die navorser gedeel het, probeer sy onmiddellik die toedrag van sake regstel deur daarop te wys dat dit nie met haar gebeur het nie, of lank gelede gebeur het.

## DEELNEMER 6

Dié deelnemer kom onrustig en gejaagd voor. Sy trek kort-kort haar vingers deur haar hare, en sy maak min oogkontak. Soms trek sy haar neus op 'n plooi om haar misnoeë aan te dui.

Dwarsdeur die onderhoud kom sy negatief voor, en die navorser ervaar dat die deelnemer by tye geïrriteerd en gefrustreerd is, wat dan ook 'n onrustigheid by die navorser laat posvat.

Kort-kort word die volgende woorde herhaal: "nè" en "jy weet."

Sy lê meer klem op die kognitiewe weergawe van inligting as op haar belewenis. Probleme word in die verlede geprojekteer. Sy gebruik "ons" of "jy" ten opsigte van 'n negatiewe belewenis.

## **DEELNEMER 7**

Hierdie deelnemer kom onrustig voor. Sy sit hoofsaaklik met gevoude arms, of sy vou haar hande terwyl sy haar duime op en af beweeg.

Deelnemer praat baie vinnig, en met kort sinne.

Sy lê meer klem op die kognitiewe weergawe van inligting as op haar belewenis. Probleme word in die verlede geprojekteer. Sy gebruik "ons" of "jy" ten opsigte van 'n negatiewe belewenis.

## **■ PASIËNTE**

### **DEELNEMER 1**

Die deelnemer kom baie gespanne, bang en senuweeagtig voor. Sit op sy hande en op die punt van die stoel. Hy kyk kort-kort angstig rond. Alhoewel dit stil was in die kliniek met geen personeel teenwoordig nie, het die pasiënt glad nie ontspan nie. Die deelnemer vind dit moeilik om die vraag korrek te interpreteer.

### **DEELNEMER 2**

Deelnemer kom ontspanne voor, lag en gesels spontaan en maak ooreenstemmende handgebare.

Die deelnemer het gesukkel om die vraag korrek te verstaan, en dit het die onderhoud bemoeilik.

### **DEELNEMER 3**

Die deelnemer kom ontspanne voor, sit vooroor op sy stoel met sy hande oop, maar maak min oogkontak.

Die deelnemer kon nie Afrikaans vlot praat nie, maar het aangepas deur Engelse woorde, of konkrete vergelykings soos "gearbox" vir die "borskas", te gebruik. Die deelnemer het weens die taalkwessie dit moeilik gevind om die vraag korrek te verstaan.

Wanneer die deelnemer oor die primêre gesondheidsverpleegkundige praat, het die navorser ervaar dat hy haar sien as iemand verhewe bo hom.

Die ontspanne wyse van gesels, asook die deelnemer se humoristiese gesegdes, het daartoe bygedra dat die navorser die onderhoud gemaklik gevind en geniet het.

### **DEELNEMER 4**

Deelnemer kom ontspanne voor en kommunikeer maklik. Behou deurgaans goeie oogkontak.

Die deelnemer kon sy belewenis verwoord, maar het aanhoudend sy eie skuld vir die mislukking van die behandeling beklemtoon.

### **DEELNEMER 5**

Die deelnemer sit regop op sy stoel, toon weinig emosies en gesigsuitdrukkings, maak min oogkontak.

Die deelnemer praat sag maar duidelik, maar wissel baie min sy stemtoon af.

Sy belewenis word oorheers deur persoonlike probleme.

## DEELNEMER 6

Die deelnemer kom aanvanklik gespanne voor, en hy vee sy hare telkens uit sy oë. Hy skuif rond op die stoel, sit met gekruisde bene, terwyl hy sy een been heen en weer swaai. Geleidelik het hy rustiger geword en 'n gemaklike, ontspanne houding ingeneem.

Praat baie vinnig en op 'n hoë stemtoon. Voltooi soms nie 'n sin nie. Die volgende woorde word kort-kort herhaal: "jy weet", "en so" en "ek bedoel."

By tye het die navorser ervaar dat dit voorkom, of die deelnemer se frustrasies uitborrel. Die navorser het dan 'n onrustigheid in haarself beleef.

# BYLAE E

## WERKSPROTOKOL

Geagte Kollega

Volg asseblief die volgende stappe in die ontleding en verwerking van die data van die getranskribeerde onderhoude.

- A.** Kategorieë en subkategorieë word volgens die operasionele definisies vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-142) gedefinieer. Vervolgens 'n uiteensetting hiervan.

### 1. INTERNE OMGEWING

Die interne omgewing van die individu sluit die totaliteit van die prosesse in wat plaasvind in die liggaam en is **liggaamlik, psigies** en **geestelik** van aard (Plug et al., 1988; ORU, 1990:136-142; RAU, 1991: 35-40).

#### 1.1 Liggaam

Hierdie konsep sluit alle anatomiese strukture en fisiologiese (biologiese) prosesse van die liggaam in (Plug et al., 1988:103).

## 1.2 Psige

Die konsep psige verwys na die draer van alle belydenis en gedrag in die individu. Dit sluit alle **intellektuele**, **emosionele** en **wilsprosesse** in (Plug et al., 1988:290; ORU, 1990:136-142; RAU, 1991:35-40).

### 1.2.1 Intellek

Hierdie konsep verwys na die kapasiteit vir en kwaliteit van die psigiese prosesse van dink, assosiasie, analisering, oordeel en begrip waartoe die individu in staat is (Plug et al., 1988:290).

### 1.2.2 Emosie

Emosie verwys na die instrument van die individuele voorkeure en afkere. Emosie is 'n komplekse toestand wat ingedeel kan word in affeksie, begeerte en gevoel (Plug et al., 1988:87; Nee, 1977:36-38).

### 1.2.3 Wil

Wil is die instrument van besluitneming van die individu en dui op die vermoë om 'n keuse te maak. Dit druk gewilligheid of onwilligheid uit, dit is besluitneming sonder eksterne druk (Plug et al., 1988:388; Nee, 1977:36-38).

## 1.3 Gees

Gees volgens Frankl (1969:60-64), word gedefinieer as 'n onstofflike element in die mens wat aan hom sin en bete-

kenis in die lewe gee. Die gees verwys na daardie deel van die individu wat geskep is om in verhouding met God te staan. Die menslike gees is saamgestel deur die interverwante dele wat op gekoördineerde wyse funksioneer, naamlik: **gewete, intuïsie en gemeenskap.**

- **Gewete** is daardie deel van die menslike gees wat reg van verkeerd onderskei.
- **Intuïsie** is die gevoelsgedeelte van die gees - dit impliseer direkte kennis onafhanklik van eksterne invloed.
- **Gemeenskap** verwys na die individu se keuse van sy God, en sy aanbidding van en kommunikasie met God.

Waardes, etiese beginsels en die belewing van betekenis in die lewe, sowel as die verhouding met die self, is morele en religieuse konsepte wat 'n invloed op gedrag uitoefen, en vorm deel van die individu se interne belewenisse, en word gereflekteer in die totale lewenstyl van die individu (ORU, 1990:136-142; RAU, 1991:35-40; Nee, 1977:31-33; Goldenson, 1984:405).

## **2. EKSTERNE OMGEWING**

Eksterne omgewing sluit daardie situasies buite die individu in wat 'n invloed op sy/haar lewe uitoefen (Hornby, Cowie & Gimson, 1989:403-426).

### **2.1 Fisies**

Fisies verwys na alle betekenisvolle stimuli of objekte binne die individu se eksterne omgewing. Stimuli verwys na enige aspek (objek, item of gebeurtenis) wat direk of

indirek lei tot enige verandering en in een of meer aspekte van gedrag. Objek verwys na enige aspek van die omgewing waarvan die individu bewus is en waarteenoor hy 'n spesifieke houding het of waarop hy reageer (Poggenpoel, 1990:9; Plug et al., 1988:240-349).

## **2.2 Sosiaal**

Sosiaal verwys na die organisasiestrukture tussen mense en gemeenskappe. Dit sluit ook alle mense of betekenisvolle ander binne die individu se eksterne omgewing in. Sosiaal verwys ook na alle menslike hulpbronne (Poggenpoel, 1990:9; Hornby et al., 1989:1213).

## **2.3 Geestelik**

Geestelik verwys na betekenisvolle geestelike elemente of gebeurtenisse in die individu se eksterne omgewing, insluitende waardes, gelowe, norme en etiese beginsels, religie en betekenis in die lewe, asook verhouding tot ander (Goldenson, 1984:405).

## **3. KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE**

Hierdie konsep verwys na unieke, kenmerkende interaksiewyses tussen die interne en eksterne omgewing van die individu. Dit impliseer beweging op die gesondheid- en siektekontinuum waarop 'n persoon se gesondheidstatus gereflekteer word. Die individu se posisie op enige van die twee kontinuums is op enige tydstip afhanklik van die interaksie tussen sy interne en eksterne omgewing (Müller, 1992:8; Merriam-Webster, 1989:389).

- B.** Lees die getranskribeerde onderhoude deur om 'n begrip van die geheel te verkry.
- C.** Lees nou weer die getranskribeerde onderhoude deur en onderstreep woorde en temas as eenhede van analise.
- D.** Dra die woorde en temas oor na geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë deur die konkrete taal na aangewese kolomme oor te dra.
- E.** Inferensies word uit die woorde en temas onder kategorieë en subkategorieë gemaak en die konkrete taal in wetenskaplike taal omskryf.
- F.** Konsensusgesprekke sal dan plaasvind ten opsigte van woorde en temas onder kategorieë en subkategorieë en inferensies wat vanuit die woorde en temas onder kategorieë en subkategorieë gemaak is.
- G.** Kwantifisering sal op grond van die aantal primêre gesondheidsverpleegkundiges asook tuberkulosepasiënte wat dieselfde aspekte beleef het, plaasvind en daarna geprioritiseer word op grond van hoogste en laagste waardes.
- H.** Veldnotas word gebruik om inferensies vanuit woorde en temas onder kategorieë en subkategorieë gemaak, te bevestig.

Baie dankie

**M. STRYDOM**

## BYLAE F

### 'N GEDEELTE VAN 'N TRANSKRIPSIE VAN 'N ONDERHOUD

**NAV:** Hoe was dit vir jou toe die suster vir jou sê sy gaan jou wegstuur?

**DEEL:** Ek het baie bly gevoel oorlaat die suster vir my so sê. Dan dink ek maar suster kan my maar wegstuur, want dit is vir my gesondheid. Ek het ook vir suster gesê ek sal bly wees as sy my wegstuur, dat ek net kan gesond word. Toe sê die suster, nee dan sal sy dit so doen. Ek sou nou môre gery het, maar daar is nou weer 'n uitstel, nou sê suster ek sal volgende week ry. Toe sê ek vir suster: "Nee, dis reg." Maar die suster het my weer gehelp met pille. Ek het nog pille wat ek nog drink by die huis. Sy het my nie geverwyt, of vir my gesê: "Nee, in die eerste plek het jy so gemaak; hoekom het jy nie geluister nie?" Nee, die suster het my mooi gehelp. Nou ek is so bly oorlaat die suster sê sy sal my wegstuur.

**NAV:** Toe die suster vir jou gesê het dat sy jou gaan wegstuur, hoe was dit vir jou?

**DEEL:** Ek het aangenaam gevoel. Sy het nie op my geskree, of wat nie; sy het mooi met my gepraat. So het ons maar tot 'n ooreenkoms gekom; sy het my die pille gegee, en ek het huis toe gegaan.

**NAV:** Jy het aangenaam gevoel? Vertel my meer.

**DEEL:** Dit was sommer lekker, want ek het vir suster gesê: "Dit sal baie goed wees as suster my kan wegstuur."

# BYLAE G

## GEKODEERDE DATA

### ■ VERPLEEGKUNDIGES

INTERNE OMGEWING			EKSTERNE OMGEWING			KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE
LIGGAAMLIK	PSIGIES	GEESTELIK	FISIES	SOSIAAL	GEESTELIK	
	<b>INTELLEK:</b> -Verdedigings meganismes-7 <b>-Persepsies:</b> *Herhaling-6 *Prestasie-3 *Moeitevol-7 *Aanvaar-3 *Doelgerig-3 -Nie-aanvaar-3 -Onverantwoor- delik-3		-Tekeninge-3 -Aansteeklike aard-6 -Liggaamstaal-4 -Taal-3 -Sosio-ekono- mies-2 -Nadelige gewoon- tes-4 -Opvoedingsvlak-4	-Reaksie op on- derrig-4 -Uitvallers-5 -Gesinsbetrokken- heid-2 -Tradisionele ge- nesers-2 -Toordery-2 -Modus operandi-6 -Portuurgroep- ondersteuning-2	-Interpersoon- like verhou- dinge-2	-Doeltreffende onderrig verbe- ter prognose-1  -Verhoogde drank- misbruik; dus verlaagde weer- stand-1

■ VERPLEEGKUNDIGES (vervolg)

INTERNE OMGEWING			EKSTERNE OMGEWING			KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE
LIGGAAMLIK	PSIGIES	GEESTELIK	FISIES	SOSIAAL	GEESTELIK	
	<b>EMOSIONEEL:</b> -Skuldgevoelens-5 <b>-Woede:</b> *Kwaad/ raas/skree/ dreig-4 *Vies-1 *Frustrasie-3 *Dwing-2 <b>- Hartseer:</b> *Seerge- maak-1 *Moedeloos-3  <b>WIL:</b> -Toekomsbe- planning-1					

■ PASIËNTE

INTERNE OMGEWING			EKSTERNE OMGEWING			KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE
LIGGAAMLIK	PSIGIES	GEESTELIK	FISIES	SOSIAAL	GEESTELIK	
-Newe-ef-fekte-2 -Bors-6	<b>INTELLEK:</b> -Kritiek: on-derrig-1 -Persepsies: onderrig-6  <b>EMOSIONEEL:</b> -Skuldgevoel-1 <b>-Vrees:</b> *angs/bang-6 <b>-Hartseer:</b> *Teleurge-steld-1 *Seergemaak-1 *Afgeskeep-1 <b>-Blydskap:</b> *Gelukkig-4  <b>WIL:</b> *Begeer ge-sondheid-6		-Aanpassing: ek-sterne lewenstyl struktuur-4 -Medikasiefokus-6 -Sosio-ekono-mies-1	-Verpleegkundige; hulpbron:medika-sie-5 -Gesinsbetrokken-heid-1		<u>Transaksionele anali-se:</u>  -Ouer-kind-egostaat-6:  <b>*Verpleegkundige:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Haastig</li> <li>● Kwaad/raas</li> <li>● Straf/beloning</li> <li>● Verhewe</li> <li>● Minsaam</li> </ul> <b>*Pasiënt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gooi pille in drein</li> </ul>