

***RIGLYNE VIR KLINIESE BEGELEIDING VAN  
STUDENTVERPLEEGKUNDIGES DEUR DIE  
KLINIESE BEGELEIDINGSPAN***

**ENGELA DU PLESSIS**

Hons-B.Soc.Sc. (Verpleegkunde)(UOVS), B.A. (Verpleegkunde)(UNISA)

Verhandeling voorgelê vir die gedeeltelike nakoming van die vereistes vir die graad Magister Artium in die Departement Verpleegkunde aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys

**Studieleier: Prof. Dr. M. Greeff**

**POTCHEFSTROOM**

**1996**

*MET SPESIALE DANK EN ERKENNING AAN DIE  
SENTRUM VIR WETENSKAPSONTWIKKELING*

*(RGN, SUID-AFRIKA)*

*VIR GELDELIKE BYSTAND GELEWER, WAT HIERDIE NAVORSING  
MOONTLIK GEMAAK HET*

Menings uitgespreek en gevolgtrekkings waartoe geraak is, is dié van die outeur en moet nie noodwendig aan die Sentrum vir Wetenskapsontwikkeling toegeskryf word nie.

# ***ERKENNING EN DANKBETUIGINGS***

- God Drie-enig, vir krag en genade wat ek dag vir dag tydens hierdie studie ervaar het.
  
- Charl, vir eindelose geduld en ondersteuning.
  
- Prieur, Renée, Carine en Wicus, vir gelate aanvaarding van 'n studerende ma.
  
- My ouers vir emosionele en fisieke ondersteuning.
  
- Prof. Minrie Greeff, vir die leiding, ondersteuning, geduld en deernis as studieleier, in hierdie tyd van akademiese vorming.
  
- Dr. Ann Müller en Mev. Estelle Deetleffs, vir hulp met data-insameling en data-analise.
  
- Prof. W.A.M. Carstens vir die taalversorging.
  
- Nicolizé wat my klasse met soveel oorgawe waargeneem het.
  
- Deelnemers aan hierdie navorsing vir hul tyd.
  
- Die Sentrum vir Wetenskapsontwikkeling vir geldelike bystand wat hierdie navorsing moontlik gemaak het.

# OPSOMMING

Hoë gehalte verpleging het die handhawing, herstel of bevordering van die gesondheid van die pasiënt ten doel, wat op sy beurt weer diensgerigte, omvattende, sorgsame verpleging impliseer. Ten einde die studentverpleegkundige wat in haar persoonlike en professionele vormingsjare verkeer, te fasiliteer in haar strewe om dié doel te bereik, is effektiewe begeleiding van die studentverpleegkundige noodsaaklik. Kliniese begeleiding in die praktykarea, waar die kuns en wetenskap van verpleging tot verwesenliking kom, vorm 'n onontbeerlike deel van die studentverpleegkundige se begeleiding en verg die betrokkenheid van die volle kliniese begeleidingspan binne vennootskapsverband. Die kliniese begeleidingspan bestaan uit die eenheidsverpleegkundige, dosent en kliniese dosent. Deur die jare het die deelname van elkeen egter gewissel en meningverskil het in Suid-Afrika sowel as in die buiteland ontstaan oor wie die werklike begeleier moet wees.

Ook in die algemene sale van hospitale in die Wesvaalstreek in die Noordwesprovinsie is standpunte oor die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges dikwels negatief, asof dit nie deel van hul verpleegfunksie is nie en daar nie tyd daarvoor is nie. Die verwesenliking van kliniese begeleiding bly dan ook in dié streek in 'n groot mate in gebreke. Die studentverpleegkundige word gevolglik aan haarself oorgelaat om haar strewe te verwesenlik om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer.

Hierdie navorsing het dus ten doel om binne die konteks van die Wesvaalstreek in die Noordwesprovinsie:

- die belewenis van alle range eenheidsverpleegkundiges in algemene sale en dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer, ten opsigte van hul eie en die ander se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges te verken en te beskryf, en
- aan die hand van die bevindinge, riglyne te beskryf waardeur alle lede van die kliniese begeleidingspan ingesluit word, om betrokke te wees by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, sodat die strewe van die studentverpleegkundige om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer, deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word.

Binne 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp is data deur middel van drie fokusgroepe ingesamel. Twee fokusgroepe is saamgestel uit eenheidsverpleegkundiges vanuit twee hospitale in die Wesvaalstreek en die derde fokusgroep uit dosente van die betrokke universiteit en verplegingskollege. Een fenomenologiese vraag is tydens die fokusgroepe aan die deelnemers gestel en die response is op band vasgelê. Die verbatim transkripsies van die fokusgroepe is deur middel van inhoudsanalise geanaliseer.

In hierdie navorsing is bevind dat die betrokkenheid van die lede van die kliniese begeleidingspan wissel, met 'n versteuring in die vennootskapsverhouding, met die gevolg dat kliniese begeleiding nie tot sy volle reg kom nie.

Die toepassingsmoontlikhede van die navorsing ten opsigte van verpleegonderwys, verpleegnavorsing en -praktyk word beskryf, met spesifieke verwysing na die toepassing daarvan in verpleegonderwys as riglyne wat vanuit die navorsingsbevindinge en literatuur geformuleer is. Dié riglyne is geformuleer ten opsigte van die implementering van die kliniese begeleidingsproses, effektiewe interpersoonlike verhoudinge, indiensopleiding in onderrig-leerbeginsels en uitbreiding van die dosent se praktykvaardigheid.

Die implementering van die riglyne kan moontlik lei tot 'n vennootskapsverhouding in die kliniese begeleidingspan, wat betrokkenheid by kliniese begeleiding kan bevorder en sodoende lei tot die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer.

**SLEUTELTERME:** Kliniese begeleiding; kliniese begeleidingsproses; onderrig-leerbeginsels; kliniese begeleidingspan; interpersoonlike verhoudinge; vennootskapsverhouding.

# SUMMARY

The objectives of high-quality nursing are the maintenance and restoration or promotion of the good health of the patient. High-quality nursing implies nursing which is service-directed, comprehensive and caring. In order to facilitate the student nurse, who is in her personal and professional formative years, in her quest to achieve such high-quality nursing, effective accompaniment of the student nurse is necessary. Clinical accompaniment in the practice area, where the art and science of nursing are realised, forms an indispensable part of the student nurse's accompaniment and requires the involvement of the full clinical accompaniment team, within a partnership context. The clinical accompaniment team consists of the professional unit nurse, lecturer and clinical lecturer. However, over the years the participation of each varied, and differences in opinion arose both in South Africa and abroad regarding who should be the actual accompanying person.

In the general wards of hospitals in the Westvaal Region of the North-West Province, points of view regarding the clinical accompaniment of student nurses are often also negative, as though clinical accompaniment is not part of the nursing function and also as though there is no time for it. Actualisation of clinical accompaniment in this province therefore to a large extent remains in abeyance. The student nurse is consequently left to her own devices in her quest to become an independent professional practitioner who renders high-quality nursing.

This research therefore has as its objective, within the context of the Westvaal Region of the North-West Province, to:

- investigate the experience of all ranks of the professional nursing staff in the general wards and of the lecturers teaching General Nursing Science in relation to their own and the others' involvement in the clinical accompaniment of student nurses, and
- describe guidelines supported by this research by which all members of the clinical accompaniment team will become involved in the clinical accompaniment of the student nurse and thereby facilitate her quest to become an independent professional practitioner who renders high-quality nursing.

Data was collected by means of three focus groups within a qualitative research design. Two focus groups were composed of professional unit nurses from two hospitals and the third focus

group of lecturers from the university and the nursing college concerned. All participants were asked one phenomenological question during the focus groups, and responses were taped. The verbatim transcriptions of the focus groups were analysed by means of content analysis.

In this research it was found that the involvement of the members of the clinical accompaniment team varied, with a disturbance in the partnership relationship, so that clinical accompaniment did not come fully into its own.

The possibilities of applying this research to nursing education, nursing research and the practice of nursing are described, with specific reference to its application in the training of nurses, as guidelines formulated from research findings and literature. These guidelines are formulated in respect of the implementation of the clinical accompaniment process, effective interpersonal relations, in-service training in teaching-learning principles and the expansion of the lecturer's skills in practice.

The implementation of the guidelines could possibly lead to a partnership relationship in the clinical accompaniment team, which could enhance involvement in clinical accompaniment and could thus lead to the facilitation of the student nurse's quest to become an independent professional practitioner who renders high-quality nursing.

**KEY TERMS:** Clinical accompaniment; clinical accompaniment process; teaching-learning principles; clinical accompaniment team; interpersonal relations; partnership relationship.

**TITEL:** Guidelines for the clinical accompaniment of student nurses by the clinical accompaniment team.

# INHOUDSOPGAWE

OPSOMMING.....	i
SUMMARY .....	iii
<b>HOOFSTUK EEN: ORIËNTERING TOT DIE NAVORSING</b>	
1.1 INLEIDING EN AGTERGROND .....	1
1.2 PROBLEEMSTELLING .....	7
1.3 DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING.....	9
1.4 NAVORSINGSMODEL.....	10
1.5 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF .....	13
1.5.1 Meta-teoretiese stellings .....	13
1.5.1.1 Die Mens.....	13
1.5.1.2 Gesondheid.....	13
1.5.1.3 Omgewing.....	14
1.5.1.4 Verpleging.....	14
1.5.2 Teoretiese stellings.....	15
1.5.2.1 Sentrale teoretiese argument .....	15
1.5.2.2 Modelle en teorieë.....	15
1.5.2.3 Konseptuele omskrywings .....	15
1.5.3 Metodologiese stellings.....	19
1.6 NAVORSINGSONTWERP EN -METODE .....	19
1.6.1 Navorsingsontwerp .....	19
1.6.2 Navorsingsmetode.....	20
1.6.2.1 Steekproef .....	20
1.6.2.2 Data-insameling .....	21

1.6.2.3 Data-analise.....	21
1.6.2.4 Verifiëring van gekategoriseerde data.....	21
1.6.2.5 Literatuurkontrole .....	21
1.7 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID .....	21
1.8 RIGLYNE .....	22
1.9 ETIESE ASPEKTE VAN DIE NAVORSING .....	22
1.10 HOOFSTUKINDELING .....	22

## **HOOFSTUK TWEE: NAVORSINGSONTWERP EN -METODE**

2.1 INLEIDING .....	24
2.2 NAVORSINGSONTWERP.....	24
2.3 NAVORSINGSMETODE .....	26
2.3.1 Steekproef .....	26
2.3.1.1 Populasie .....	27
2.3.1.2 Steekproefneming .....	27
2.3.2 Data-insameling .....	31
2.3.2.1 Rol van die navorser .....	31
2.3.2.2 Fisiese opset tydens fokusgroepe .....	32
2.3.2.3 Tydsduur .....	33
2.3.2.4 Vraagstelling .....	33
2.3.2.5 Metode van data-insameling .....	34
2.3.2.6 Veldnotas .....	36
2.3.3 Data-analise.....	37
2.3.4 Verifiëring van gekategoriseerde data.....	39
2.3.5 Literatuurkontrole .....	39
2.4 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID .....	39

2.4.1 Geloofwaardigheid (Waarheidsgetrouheid) .....	40
2.4.2 Toepaslikheid (Oordraagbaarheid).....	42
2.4.3 Konsekwentheid (Vertroubaarheid).....	42
2.4.4 Neutraliteit (Bevestigbaarheid) .....	44
2.5 SAMEVATTING.....	44

## **HOOFSTUK DRIE: RESULTATE VAN DIE FOKUSGROEPE EN BESPREKING VAN DIE RESULTATE**

3.1 INLEIDING .....	45
3.2 REALISERING VAN DIE FOKUSGROEPE .....	45
3.3 DATA-ANALISE .....	47
3.4 BESPREKING VAN RESULTATE VAN DIE DRIE FOKUSGROEPE .....	48
3.4.1 Belewensisse van die interne omgewing .....	49
3.4.1.1 Liggaamlike belewensisse .....	49
3.4.1.2 Psigiese belewensisse .....	49
3.4.1.2.1 Emosionele belewensisse .....	49
3.4.1.2.2 Wilsbelewensisse.....	58
3.4.1.2.3 Intellektuele belewensisse .....	59
3.4.1.3 Geestelike belewensisse.....	96
3.4.2 Belewensisse van die eksterne omgewing.....	105
3.4.2.1 Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing.....	105
3.4.2.2 Belewensisse van die eksterne sosiale omgewing.....	111
3.4.2.3 Belewensisse van die eksterne geestelike omgewing.....	113
3.4.3 Belewensisse van kenmerkende wyses van interaksie. ....	114
3.5 SAMEVATTENDE STELLINGS .....	115
3.6 SLOTSOM.....	115

## HOOFSTUK VIER: LITERATUURKONTROLE TEN EINDE NAVORSINGSRESULTATE TE VERIFIEER

4.1 INLEIDING .....	126
4.2 LITERATUURKONTROLE .....	126
4.2.1 Aspekte wat betrekking het op die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die <i>kliniese begeleidingsproses</i> .....	127
4.2.1.1 Plasing van studentverpleegkundiges in die <b>praktykarea</b> .....	127
4.2.1.2 Beperkte beskikbaarheid van voorraad en toerusting in die <b>praktykarea</b> .....	131
4.2.1.3 Die teorie-praktykgaping in verpleegonderwys .....	132
4.2.1.4 Die fokusverskuiwing van kliniese begeleiding na <b>evaluering</b> .....	133
4.2.1.5 Situasie-onderrig tydens kliniese <b>begeleiding</b> .....	134
4.2.1.6 Portuurgroepbegeleiding as alternatief vir kliniese begeleiding .....	135
4.2.1.7 Kliniese begeleiding as omvattende <b>proses</b> .....	136
4.2.1.8 Die noodsaaklikheid van evalueringsinstrumente tydens kliniese begeleiding .....	137
4.2.1.9 Kliniese begeleiding as bykomende las op die eenheidsverpleegkundige.....	137
4.2.1.10 Kliniese begeleiding as progressiewe proses .....	138
4.2.1.11 Effektiewe kliniese begeleiding as 'n bevredigende <b>ervaring</b> .....	138
4.2.1.12 Die belangrikheid van effektiewe interpersoonlike verhoudinge in die kliniese begeleidingsproses .....	139
4.2.1.13 Die afstand tussen opleidings- en dienslewering sinistansies as struikelblok vir kliniese <b>begeleiding</b> .....	139
4.2.1.14 Die onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie as belemmering van kliniese begeleiding .....	140
4.2.1.15 Die studentverpleegkundiges se foute as die fokus van kliniese begeleiding.....	140
4.2.2 Aspekte wat betrekking het op die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die <i>eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid</i> in die kliniese begeleidingsituasie.....	141

4.2.2.1 Die onvermoë van eenheidsverpleegkundiges om in die leerbehoefes van studentverpleegkundiges te voorsien .....	141
4.2.2.2 Die hoë werklading van eenheidsverpleegkundiges .....	142
4.2.2.3 Outonome funksionering van die verplegingskollege as struikelblok vir kliniese begeleiding .....	143
4.2.2.4 Die invloed van eenheidsverpleegkundiges se houding teenoor studentverpleegkundiges tydens kliniese begeleiding.....	144
4.2.2.5 Onkunde van die eenheidsverpleegkundige ten opsigte van die opleidingstandaard vir studentverpleegkundiges.....	145
4.2.2.6 Betrokkenheid van eenheidsverpleegkundiges by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.....	146
4.2.2.7 Pasiëntsorg as eerste prioriteit van eenheidsverpleegkundiges.....	147
4.2.2.8 Die noodsaaklikheid van deurlopende beskikbaarheid van die eenheidsverpleegkundige as rolmodel.....	148
4.2.2.9 Die negatiewe houding van die eenheidsverpleegkundige teenoor die dosent .....	148
4.2.3 Aspekte wat verband hou met die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die <i>studentverpleegkundiges</i> in die kliniese begeleidingsituasie .....	149
4.2.3.1 Studentverpleegkundiges as werkmag in die <i>hospitale</i> .....	149
4.2.3.2 Studentverpleegkundiges se verantwoordelikheid vir hul eie leerervaringe.....	151
4.2.3.3 Verhoudinge oor kultuurgrense heen as struikelblok in die kliniese begeleidingsituasie .....	152
4.2.3.4 Onsekerheid en onbeholpenheid van studentverpleegkundiges in die praktyksituasie...	153
4.2.3.5 Onvermoë van die studentverpleegkundige om teoretiese kennis in die praktyksituasie toe te pas.....	154
4.2.4 Aspekte wat betrekking het op die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die <i>dosent se betrokkenheid</i> by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges .....	154
4.2.4.1 Die deurlopende beskikbaarheid van die dosent as rolmodel .....	154

4.2.4.2 Die groot werklading van dosente.....	155
4.2.4.3 Die gebrek aan kommunikasie tussen eenheidsverpleegkundiges en dosente.....	155
4.2.4.4 Die dosente se betrokkenheid in praktykarea as leerervaring vir eenheids- verpleegkundiges.....	156
4.2.4.5 Die ontoereikende dosentekontak met studentverpleegkundiges .....	157
4.2.4.6 Ondoeltreffende kliniese begeleiding deur dosente .....	157
4.3 NUWE INSIGTE WAT UIT DIE NAVORSING BEKOM IS .....	157
4.3.1 Bevindinge wat betrekking het op die dosent in die kliniese begeleidingsituasie .....	158
4.3.2 Bevindinge wat betrekking het op die eenheidsverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie.....	158
4.3.3 Bevindinge wat betrekking het op die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie.....	159
4.4 RELEVANTE BEVINDINGE IN BESTAANDE NAVORSINGSBEVINDINGE EN BESKIKBARE LITERATUUR.....	160
4.4.1 Literatuur wat betrekking het op die betrokkenheid van die <i>dosent</i> by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.....	160
4.4.2 Literatuur wat betrekking het op die betrokkenheid van die <i>eenheidsverpleegkundige</i> by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige .....	161
4.4.3 Literatuur wat betrekking het op die <i>studentverpleegkundige</i> in die kliniese begeleidingsituasie.....	161
4.5 SLOTSOM.....	162
<b>HOOFSTUK VYF: GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN RIGLYNE</b>	
5.1 INLEIDING .....	163
5.2 GEVOLGTREKKINGS.....	163
5.3 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE NAVORSING .....	167
5.4 AANBEVELINGS.....	168
5.4.1 Algemene toepassingsmoontlikhede.....	169

5.4.1.1 Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van verpleegonderwys .....	169
5.4.1.2 Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van verpleegnavorsing .....	170
5.4.1.3 Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van die verpleegpraktyk.....	171
5.4.2 Spesifieke riglyne vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan.....	171
5.4.2.1 Riglyne vir die toepassing van die kliniese begeleidingsproses .....	172
5.4.2.2 Riglyne vir interpersoonlike verhoudinge in die kliniese begeleidingsituasie.....	183
5.4.2.3 Riglyne vir indiensopleiding van die kliniese begeleidingspan ten opsigte van andragogiese onderrig-leerbeginsels .....	186
5.4.2.4 Riglyne vir die uitbreiding van dosente se kliniese praktykvaardigheid .....	192
5.5 SAMEVATTING.....	192
<b>BRONNELYS.....</b>	<b>194</b>
 <b>BYLAE</b>	
BYLAAG 1: BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN, EN TOESTEMMING GEGEE DEUR DIE DEELNEMERS VIR DIE UITVOERING VAN DIE NAVORSING .....	208
BYLAAG 2: TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER VAN HOSPITAAL B.....	211
BYLAAG 3: TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER VAN HOSPITALE A EN C .....	214
BYLAAG 4: TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE PRINSIPAAL VAN DIE VERPLEGINGSKOLLEGE .....	217

BYLAAG 5: TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE DEPARTEMENTSHOOF VAN DIE DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE VAN DIE UNIVERSITEIT .....	221
BYLAAG 6: ANTWOORD OP DIE VERSOEK OM TOESTEMMING VIR NAVORSING VANAF DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER VAN HOSPITAAL C .....	225
BYLAAG 7: VELDNOTAS SOOS AFGENEEM TYDENS DIE FOKUSGROEPE.....	226
BYLAAG 8: WERKPROTOKOL.....	229
BYLAAG 9: 'N GEDEELTE VAN EEN VAN DIE TRANSKRIPSIES .....	234
BYLAAG 10: DATA-ANALISE BINNE KATEGORIEë EN SUBKATEGORIEë.....	239
<b>TABELLE</b>	
Tabel 2.1: Ratio van dosent : studentverpleegkundiges soos op 31 Maart 1995 .....	26
Tabel 2.2: Kategorieë en subkategorieë vir data-analise.....	38
Tabel 3.1: Emosionele belewenisse van die deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges van hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	50
Tabel 3.2: Emosionele belewenisse van die deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	54
Tabel 3.3: Emosionele belewenisse van die deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	57
Tabel 3.4: Wilsbelewenisse van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B), ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding.....	59

Tabel 3.5: Intellektuele belewensisse van die deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	64
Tabel 3.6: Intellektuele belewensisse van die deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	78
Tabel 3.7: Intellektuele belewensisse van die deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding.....	87
Tabel 3.8: Geestelike belewensisse van die deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	95
Tabel 3.9: Geestelike belewensisse van die deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	99
Tabel 3.10: Geestelike belewensisse van die deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding.....	104
Tabel 3.11: Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing van deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	106
Tabel 3.12: Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	109
Tabel 3.13: Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing van deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	111
Tabel 3.14: Belewensisse van die eksterne sosiale omgewing van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	112

Tabel 3.15: Belewensisse van die eksterne sosiale omgewing van deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	113
Tabel 3.16: Belewensisse van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B), van kenmerkende wyses van interaksie, ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding .....	115
Tabel 3.17: Stellings aangaande die dosente se belevens van hul eie en eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges .....	116
Tabel 3.18: Stellings aangaande die eenheidsverpleegkundiges se belevens van hul eie en dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges....	120
Tabel 4.1: Students' and lecturers' preferred teaching strategies.....	152
Tabel 5.1: Voorgestelde skedule vir indiensopleidingsprogram oor andragogiese onderrig-leerbeginsels in kliniese begeleiding.....	189

## FIGURE

Figuur 1.1: Botes se model vir navorsing in Verpleegkunde.....	12
Figuur 5.1: Kliniese begeleidingsprogram vir studentverpleegkundiges.....	176

# HOOFSTUK EEN

## ORIËNTERING TOT DIE NAVORSING

### 1.1 INLEIDING EN AGTERGROND

Verpleging word deur De Tornyay en Thompson (1987:14) beskou as 'n kuns en 'n wetenskap. Die kuns is die deel waar die self aangewend word om die pasiënt te versorg en sluit ook die psigomotoriese vaardighede in wat nodig is vir effektiewe verpleegsorg. "When talking about the art of nursing, we therefore mean that the nurse produces work that is skilful, innovative, personalized and a joy to see and experience" (Uys, 1992:22). Die wetenskap van verpleging vorm die teoretiese kennis van die vak Verpleegkunde. "Verpleegkunde is 'n menskundige, kliniese gesondheidswetenskap wat die kennisinhoud vir die verplegingsinteraksie vorm. Binne die praktyk-, wetlike, filosofiese en etiese raamwerk van verpleging is die verpleegkunde gemoeid met die ontwikkeling van 'n teoretiese raamwerk vir die wetenskaplike metodiese benadering in verpleging" (Botes, 1993:1).

Hoe word hierdie kuns en wetenskap bemeester? Opleiding bestaan uit teoretiese en kliniese onderrig. Deur kliniese onderrig leer die studentverpleegkundige om teoretiese kennis (vanuit die klaskamersituasie) toe te pas, sodat integrasie van die teoretiese en praktiese vaardighede in die kliniese situasie verweselik word as die kuns en wetenskap van verpleging (Mellish, 1986:243). Hierdie kliniese onderrig bestaan uit gestruktureerde kliniese onderrig en kliniese begeleiding. Laasgenoemde impliseer die noodsaaklike deel van die opleidingsprogram wat volgens Mellish (1983:4) "...die doelbewuste, doelgerigte stelselmatige leiding van die een wat opgelei word om hom of haar in staat te stel om volle verantwoordelikheid vir onafhanklike optrede te aanvaar", is. Vir die doel van hierdie navorsing word slegs op hierdie laasgenoemde kliniese begeleiding gefokus.

Wie egter by hierdie kliniese begeleiding betrokke moet wees, is 'n debat wat reeds vir baie jare gevoer word en verskeie outeurs raak die vraag aan oor wie verantwoordelik is vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige tydens praktykervaring (vergelyk onder meer Muller, 1989:21-25; Van Niekerk, 1989:16-18; Kirkpatrick, Byrne, Martin &

Roth, 1991:101-107; Acton, Gough, McCormack, Charlesworth, Kanneh & Masterson, 1992:38-41; Bezuidenhout & Basson, 1992a:27; Gross, Aysse & Tracey, 1993:156-159).

Verskeie verpleegkundiges word in die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige geïmpliseer, naamlik die eenheidsverpleegkundige, die dosent, kliniese dosent en kliniese verpleegkundige. Outeurs verskil egter oor wie betrokke moet wees en wat elkeen se funksie moet wees. Dit het tot gevolg gehad dat elkeen se betrokkenheid deur die jare gewissel het. Volgens Coetzee, Van Aardt en Venter (1985:30) was die eenheidsverpleegkundige tradisioneel gesproke en vanaf Florence Nightingale se dae betrokke by die onderrig van studentverpleegkundiges, wat kliniese begeleiding impliseer. Aanvanklik was dit hoofsaaklik die eenheidsverpleegkundige wat die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges waargeneem het in die vervulling van haar drieledige rol van **kliniese onderrig, kliniese verpleging en verpleegbestuur**, terwyl die dosent die teorie van verpleging en gestruktureerde praktika aangebied het. Mettertyd het die betrokkenheid van die eenheidsverpleegkundige en dosent egter verander met die hospitaal wat spesifiek kliniese verpleegkundiges aangestel het om kliniese begeleiding te doen, wat hierdie verantwoordelikheid van die eenheidsverpleegkundige weggeneem het. Daar is ook 'n tendens om kliniese dosente aan te stel wat die kliniese komponent van opleiding moet behartig met die gevolg dat die dosent al meer teoreties geïoriënteerd raak.

In die vroeë tagtigerjare, met die implementering van die opleidingsregulasie en direkteur **R2118** van 30 September 1983 (S.A.R.V., 1987) het verpleegonderwys in Suid-Afrika egter verander. Die Nasionale Gesondheidsbeleidsraad het dan ook, met betrekking tot die genoemde verandering in die verpleegonderwysstelsel, onder andere die volgende beleidsbesluit ten opsigte van onderrigposte geneem: "alle beamptes in dosent- en kliniese onderrigposte wat met kollegekursusse gemoeid is, (moet) op die diensstaat van die kollege (...) wees" (N.G.B.-besluit, 1983:10).

Volgens Goodchild-Brown (1986:5) het hierdie verandering 'n beduidende invloed gehad op die dinamiek van die hele stelsel van verpleegopleiding waarbinne studentverpleegkundiges ontwikkel moes word om kreatiewe, omvattende gesondheidsorg te lewer. Hiervoor was kliniese begeleiding volgens die outeur onontbeerlik en moes dit gedoen word deur 'n kliniese begeleidingspan wat bestaan het uit 'n kliniese dosent, eenheidsverpleegkundige en sone-matrone (toesighouer). Die dosent moes as bronpersoon opgetree het. Paverd (1985:9-12) verskil van die vorige outeur en reken dat die dosent

ingesluit moet word by die kliniese begeleidingspan en dat hierdie dosent meer direk betrokke moet raak in die kliniese praktyk as sodanig en nie slegs in die kliniese onderrig nie. In regulasie R425 van 1985 soos gewysig (S.A.R.V., 1988) met betrekking tot die opleiding en onderrig wat lei tot registrasie as 'n Verpleegkundige (Algemene, Psigiatrisie en Gemeenskaps-) en Vroedvrou word minimum vereistes vir sekere vakke voorgeskryf en word kliniese leerervaringe daarby ingesluit. Op grond van hierdie regulasie is Alberts (1990:19) van mening dat Verpleegkunde teoreties gedoseer moet word, maar dat kliniese leerervaringe ook ingesluit moet word en dat die verpleegdosenent tydens die onderrigproses by teoretiese sowel as kliniese onderrig betrokke moet wees. Van Niekerk (1993a:86) ondersteun hierdie mening in haar nuwere navorsing en reken dat 'n dosent wat by teoretiese sowel as kliniese begeleiding betrokke is in staat sal wees tot sinvolle teorie-praktykkorrelasie in die begeleiding van studentverpleegkundiges.

Konflik ontstaan nou ten opsigte van die persoon wat moet optree as kliniese begeleier van die studentverpleegkundige - die dosent of die eenheidsverpleegkundige? Dit wil voorkom asof daar na die verandering in die verpleegonderwysstelsel, nie duidelikheid bestaan het oor wie verantwoordelik is vir die kliniese begeleiding nie, soos blyk uit die volgende aanhaling: "Die verpleegkundige (eenheidsverpleegkundige) sê dit is nie haar verantwoordelikheid nie, daarvoor is daar kliniese personeel, buitendien het sy ook nie tyd daarvoor nie. Die kliniese dosent gee weer demonstrasies en neem vaardigheidstoetse af - tot daar en niks verder nie" (Coetzee *et al.*, 1985:30). Hierdie konflik wat in Suid-Afrika ontstaan het, is ook nie vreemd in die buiteland nie, soos blyk uit 'n debat wat in 1992 in die buiteland gevoer is (Acton *et al.*, 1992:38-41). Die een groep beklemtoon die feit dat dit nie vir die dosent moontlik is om kundig te wees ten opsigte van teoretiese onderrig sowel as om klinies vaardig te bly nie. Dié groep voer ook die argument aan dat dit nie vir die dosent nodig is om die eenheidsverpleegkundige as rolmodel van kliniese deskundigheid te vervang nie, aangesien laasgenoemde by uitstek die kundige in die praktykarea is. Die ander groep wat betrokke was in die debat, beklemtoon weer die feit dat kliniese vaardigheid van die dosent onontbeerlik is en nie gesien moet word as slegs 'n droom nie. "It is only by retaining clinical expertise and credibility, therefore, that nurse teachers can fully assist students' growth and development in the theory and practice of nursing" (Acton *et al.*, 1992:40).

Die onderskeie outeurs sien dus bepaalde aspekte wat 'n spesifieke persoon, hetsy die dosent of die eenheidsverpleegkundige, se belang in die kliniese begeleidingspan ondersteun. Die kliniese dosent of kliniese verpleegkundige wat ook 'n lid van hierdie span is, is 'n geregistreerde verpleegkundige wat 'n kundige in die kliniese algemene praktykarea is en wat ook oor onderrigkundigheid beskik of indiensopleiding oor kliniese onderrig ontvang het. Hierdie kliniese dosent is verantwoordelik vir die kliniese begeleiding van al die studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea en haar teenwoordigheid is dus nie tot een eenheid beperk nie. Die teenwoordigheid van die kliniese dosent in die kliniese begeleidingspan fluktuëer egter ook aangesien daar hospitale is wat nie oor 'n kliniese dosentekorps beskik nie, in welke geval die verantwoordelikheid vir kliniese begeleiding dan weer uitsluitlik by die dosent en eenheidsverpleegkundige berus.

Die eenheidsverpleegkundige het dus ook 'n noodsaaklike rol as kliniese begeleier in hierdie kliniese begeleidingspan. Die belangrikheid van die eenheidsverpleegkundige se taak in die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges word deur Van Niekerk (1989:16, 18) onderskryf, hoewel sy van mening is dat hierdie eenheidsverpleegkundige 'n dilemma het omdat sy nie gedurende haar basiese opleiding didaktiese vaardighede van kliniese begeleiding geleer word nie. Haar kennis en vaardigheid in basiese verpleegsorg en spesialiteitsorg is egter onontbeerlik vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.

Bezuidenhout en Basson (1992a:28, 29) identifiseer noodsaaklike eienskappe van die eenheidsverpleegkundige in die kliniese begeleidingsrol, naamlik:

- volwasse beeldraer van die norm van die volwasse lewe,
- insae in die behoeftes en omstandighede van die studentverpleegkundige,
- opbou van 'n wedersydse vertrouensverhouding,
- gesagsverhouding, waar die studentverpleegkundige deur 'n beroepsvolwassene opgeroep word tot verantwoordelikheid,
- medemenslikheid,
- raadgewer/mentor,
- samesyn van die eenheidsverpleegkundige met die studentverpleegkundige.

Die wyse waarop die eenheidsverpleegkundige haar rol vertolk, is ook van die uiterste belang in die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige op weg na professionele volwassenheid (Bezuidenhout & Basson, 1992a:29). Die eenheidsverpleegkundige se rol sluit egter verskillende dimensies in, naamlik (i) die handhaaf en lewer van hoë kwaliteit verpleegsorg, (ii) die bestuur van die eenheid waarvan sy in beheer is, (iii) deelname in en/of inisier van navorsingsprojekte om die gehalte van praktykvoering te bevorder, en (iv) verantwoordelikheid en betrokkenheid by kliniese onderrig. Muller (1989:21) reken dat dié onderrigfunksie drieledig is, naamlik:

- gesondheidsvoorligting aan die pasiënt en sy gesinslede,
- personeelontwikkeling vir ondergeskiktes deur oriëntasie en indiensopleiding,
- studentverpleegkundige onderrig.

Hierby moet die eenheidsverpleegkundige in die onderrigfunksie as kliniese begeleier optree. Die eenheidsverpleegkundige is dus 'n belangrike lid van die kliniese begeleidingspan.

Die eenheidsverpleegkundige van vandag is egter oor die algemeen heelwat jonger as dié in die sewentigerjare, soos aangedui deur Bezuidenhout en Basson (1992b:12). Hulle vind dat die grootste groep respondente (eenheidsverpleegkundiges) 35 jaar en jonger was. Die vraag ontstaan of hierdie jong eenheidsverpleegkundige paraat is, gemeet aan die genoemde kriteria vir die kliniese begeleidingsrol. Dié onsekerheid word ook gestaaf deur 'n skrywe van 'n vierdejaar-studentverpleegkundige van Kaapstad in die briewekolom van die *Nursing News/Verpeegnuus* van Maart 1994. Hy ervaar 'n leemte ten opsigte van die eenheidsverpleegkundige as rolmodel en stel dit soos volg: "We are always encouraged at college to have someone whom we can look up to and make a role model for ourselves, but in my experience so far, I've only had a handful of such people" (Veitch, 1994:10).

Buiten die bovermelde konflik ten opsigte van wie die verantwoordelikheid moet neem vir kliniese begeleiding, moet die belangrikheid van die algemene praktykarea in die leer van studentverpleegkundiges ook in oënskou geneem word. Acton *et al.*, (1992:40) vind dat leer meer effektief in die praktykarea plaasvind. Mellish (1986:243, 244) ondersteun hierdie siening en reken dat die korrelasie van teorie en praktyk en sinvolle praktykervaring slegs in die praktykarea kan plaasvind, waar verpleegsorg 'n werklikheid word. Dit is slegs hier waar sy kontak maak en in interaksie is met die individu, sy familie en vriende,

asook met ander lede van die gesondheidspan. "Nursing is a profession which cannot be practised in isolation". Dié beskouing strook ook met die beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (S.A.N.C., 1985) ten opsigte van praktykervaring wat binne spanverband moet plaasvind waar dit soos volg gestel word: "The student shall function as a member of the health team with certain responsibilities for patient care from commencement of her training". Ook Tlakula en Uys (1993:28) beweer dat die meeste van die opleidingstyd in die algemene praktykarea spandeer word, waar die oorkoepelende doelstelling is om die studentverpleegkundiges voor te berei en in staat te stel om veilige en sorgsame verpleegsorg te gee.

Die gebeure in die algemene praktykarea is egter nie altyd voorspelbaar nie en tydens die praktykervaring van die studentverpleegkundiges sal daar tye wees wanneer hulle gekonfronteer word met situasies waarvan hulle geen ervaring het nie aangesien die kliniese situasie nie gekontroleer kan word nie (De Tornyay & Thompson, 1987:145, 146). As gevolg van hierdie onvoorspelbaarheid van die algemene praktykarea is die teenwoordigheid van 'n betekenisvolle ander persoon wat onvoorwaardelik positiewe ondersteuning gee en toereikende, waardevolle gevoelens in die jong persoon bevorder so onontbeerlik dat, "...without this one cannot be whole and healthy" (Goodchild-Brown, 1986:5). Dit is tydens kliniese begeleiding dat die kliniese begeleier as die studentverpleegkundige se betekenisvolle ander in die algemene praktykarea, aan laasgenoemde hierdie ondersteuning bied.

Wat behels hierdie kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea dan nou? Kotzé (1979:294) verduidelik die konsep begeleiding in verpleegkunde as die handeling wat daarop gerig is om dit vir die persoon moontlik te maak om sy hulp- en steunbehoewendheid, sy vasgelopenheid in sy gesitueerdheid te oorwin. Dit sluit in: hulpverlenende, steungewende leiding; meedeel van kennis; voorbeeld en voorleef; wys hoe; skep van oefenmoontlikhede; aanmoediging om te volhard en verwerwing van vaardighede vir betekenisvolle handeling en eventuele selfstandigheid; en oproep en steun tot singewing en aanvaarding van verantwoordelikheid. Beide Greeff (1991:117) en Goodchild-Brown (1986:5) sien hierdie kliniese begeleiding as 'n dinamiese en intensiewe interaksie waar 'n professionele, ervare en vaardige persoon, 'n minder ervare en vaardige persoon lei, ondersteun, waarneem en evalueer in die praktykarea, om kennis en vaardigheid uit te brei.

Kliniese begeleiding figureer dus deurgaans as 'n onontbeerlike faset van die opleiding van die studentverpleegkundige. Daar bestaan ook geen twyfel dat dit 'n spanpoging tussen die opleidings- en die praktykinstansie moet wees nie (Kirkpatrick, *et al.*, 1991:101; Gross, *et al.*, 1993:156-159) en daarom word die fokus van hierdie navorsing op die betrokkenheid van al die lede van die kliniese begeleidingspan gerig.

## 1.2 PROBLEEMSTELLING

As dosent en kliniese begeleier van studentverpleegkundiges in drie hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie, is dit hierdie navorser se subjektiewe ervaring dat die gesindheid met betrekking tot kliniese begeleiding deur eenheidsverpleegkundiges in die algemene sale waar studentverpleegkundiges praktykervaring opdoen, dié is van onbetrokkenheid.

Uit informele navrae oor waarom kliniese begeleiding deur die eenheidsverpleegkundiges nie plaasvind nie, was die response uiteenlopend en vaag van aard en is hoofsaaklik redes soos "ek het nie tyd nie" en "dis nie my werk nie" aangevoer. Hierdie subjektiewe waarneming word wel ook deur ander gestaaf, soos deur Tlakula en Uys (1993:28): "Arising from inspections and discussions during S.A.N.C. committee meetings, the S.A.N.C. sent out a document in 1990 which stated that the registered nurse frequently does not apply her theoretical knowledge of nursing in practice, and that student learning in the wards is not adequate". Ook Bezuidenhout en Basson (1992a:27) stel dit dat die eenheidsverpleegkundige nie haar begeleidingstaak as prioriteit beskou nie. Selfs so onlangs as 1994 lug 'n vierdejaar- studentverpleegkundige, Andrew Veitch (1994:10), in 'n brief in die *Nursing News/ Verpleegnuus*, sy kommer oor die kwaliteit van die kliniese begeleiding wat studentverpleegkundiges ontvang en doen hy as volg 'n beroep op eenheidsverpleegkundiges: "I hope this letter encourages all registered nurses out there to take a good look at themselves and decide whether they consider themselves to be good role models for students and other nurses, or not. If you, as a registered nurse, feel that you are not, you can always change and make a new start."

Lees, Muller en Van Huyssteen (1992:8) het deur middel van gestruktureerde onderhoudvoering in dieselfde hospitale in die Noordwesprovinsie, maar met die fokus op eenheidsbestuurders, bevind dat hulle gesindheid teenoor studentverpleegkundige opleiding positief

is, maar dat hulle 'n gebrek aan tyd, insig in programinhoud en onderrigfunksie het. Vanaf 1991 tot nou was daar egter steeds 'n gebrek in die verwesenliking van kliniese begeleiding in hierdie hospitale en het die situasie na dié navorsing nie verander nie.

Die volle geïdentifiseerde span vir kliniese begeleiding bestaan nie as sodanig in al drie hierdie hospitale nie. In twee van die hospitale is daar wel kliniese dosente teenwoordig wat op die verplegingskollege se diensstaat is en dus ook slegs diplomastudentverpleegkundiges se kliniese begeleiding waarneem. Die graadstudentverpleegkundiges se kliniese begeleiding is gevolglik die universiteitsdosente en eenheidsverpleegkundiges se verantwoordelikheid. Hierdie navorser se ervaring is dat daar fluktuasie ten opsigte van die teenwoordigheid van kliniese dosente is met die implikasie dat kliniese begeleiding deur kliniese dosente nie 'n konstante faktor in die studentverpleegkundige se professionalisering is nie. Persone wat tans betrokke is by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges is dus **universiteitsdosente, kollegedosente, kliniese dosente en eenheidsverpleegkundiges.**

Die plasing van die studentverpleegkundiges van die universiteit en die verplegingskollege in die algemene praktykarea verskil. Die studentverpleegkundiges van die kollege is nie deurlopend in die algemene praktykarea nie. Hulle ontvang afwisselend teoretiese onderrig en werk in blokperiodes in hierdie praktykarea. Die totale tydperk wat die studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea werk, verskil vir die onderskeie jaargroepe en wissel van vyf maande per jaar in die eerste jaar tot een maand in die vierde jaar. Die teenwoordigheid van dosente en kliniese dosente verskil ook by die onderskeie hospitale. In een hospitaal is slegs kollegedosente betrokke wat vir die betrokke tydperk uitsluitlik die kliniese begeleidingstaak het om waar te neem. In die een hospitaal waar kliniese dosente wel deel is van die kliniese begeleidingspan, is die kollegedosente nie betrokke nie. In die ander hospitaal is kliniese dosente deurlopend betrokke en kollegedosente slegs wanneer die studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea is. Gedurende hierdie tydperk word hulle kliniese begeleiding met 'n dosent : studentverpleegkundigeratio van ongeveer 1:21, deur enige van hierdie dosente waargeneem. Die universiteitstudentverpleegkundiges daarenteen, gaan op 'n deurlopende basis gedurende lesingtye vir twee dae per week na die algemene praktykarea. Die universiteitsdosent vergesel dan ook die studentverpleegkundige na die algemene praktykarea vir kliniese begeleiding, asook gestruktureerde kliniese onderrig. Aangesien sy ook ander doseertake het, is haar kontak

met die studentverpleegkundiges egter hoogstens vyf ure per week met 'n dosent : studentratio van ongeveer 1:20.

In beide gevalle (universiteit en verplegingskollege) is die dosent-studentverpleegkundige kontak tydens die kliniese begeleiding dus by verre nie voldoende om die studentverpleegkundige paraat te kry vir die kuns en wetenskap van verpleging nie. Daarom het die dosent die hulp en ondersteuning van die eenheidsverpleegkundiges in die algemene praktykarea in 'n vennootskapsverhouding nodig.

Na al die bogenoemde omwenteling in opleiding is die twee rolspelers, naamlik die dosent en die eenheidsverpleegkundige wat aanvanklik vir kliniese begeleiding verantwoordelik was, weer die twee wat ter sprake is, aangesien die kliniese dosent nie konstant in die kliniese begeleidingspan teenwoordig is nie. Vir die doel van hierdie navorsing word die kliniese dosent daarom ingeskakel by die dosente. Uit die voorafgaande ontstaan die volgende navorsingsvrae:

- Wat is die belewenis van die eenheidsverpleegkundiges in die algemene praktykarea ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges?
- Hoe beleef dosente hul eie en die eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges?
- Hoe kan al die lede van die kliniese begeleidingspan sinvol betrek word sodat elkeen sy regmatige verantwoordelikheid neem vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges?

### 1.3 DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING

In die lig van die bovermelde agtergrond en probleemstelling word die volgende met hierdie navorsing ten doel gestel:

- 1) om die belewenis van alle range eenheidsverpleegkundiges in die algemene sale van hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie waar studentverpleegkundiges blootgestel word aan praktykervaring te verken en te beskryf, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en

- die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;
- 2) om die belewenis van die dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer en verantwoordelik is vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges wat in die genoemde praktykarea blootgestel word aan praktykervaring te verken en te beskryf, ten opsigte van:
- hul eie betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die eenheidsverpleegkundiges by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges; en
- 3) om aan die hand van die bevindinge, riglyne te stel waardeur alle lede van die kliniese begeleidingspan betrokke sal wees by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, sodat die strewende van die studentverpleegkundige om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat verpleging van hoë gehalte lewer, deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word.

#### 1.4 NAVORSINGSMODEL

Die navorsingsmodel van Botes (1992:36-42) wat vir hierdie navorsing as vertrekpunt dien, is gegrond op die teoretiese perspektiewe van Mouton en Marais (1992). Hierdie model word voorgestel in figuur 1.1 (vgl. p.12) en stel die aktiwiteite op drie vlakke of ordes voor.

Die aktiwiteite, navorsing en teorievorming vind in die tweede orde plaas. In hierdie orde word die navorsingsbesluite (inisiëring, konseptualisering, formulering, navorsingsontwerp en implementering) binne 'n raamwerk van die determinante van die navorsing (kenmerke van die navorsingsterrein, aannames van die navorser, die navorsingskonteks en die navorsingsdoelstelling) geneem.

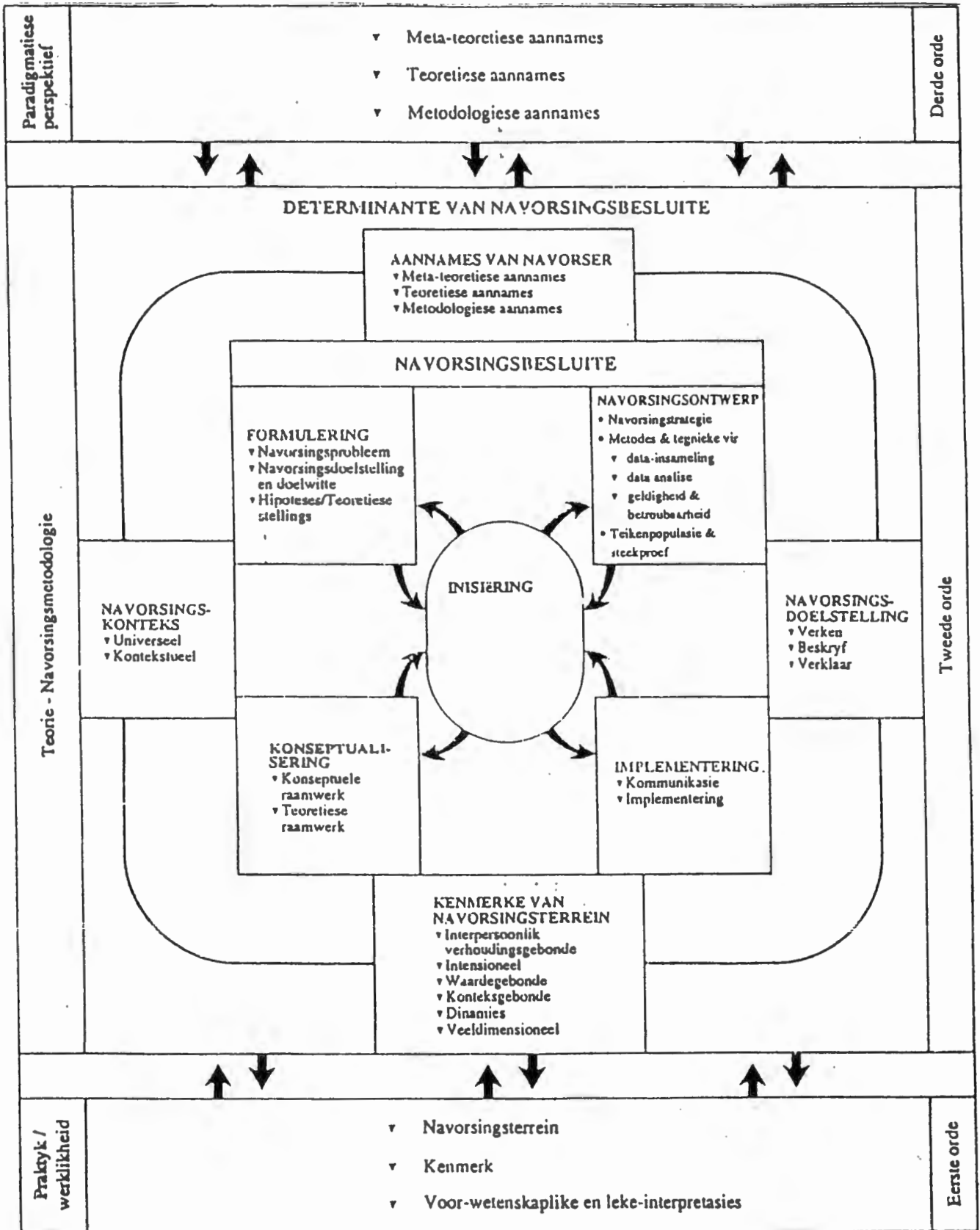
Die navorser wat besig is met die aktiwiteite in die tweede orde, is deurlopend in dialektiese interaksie met die navorsingsterrein in die eerste orde, naamlik die algemene praktykarea, waar studentverpleegkundiges praktykervaring opdoen en deur die kliniese begeleidingspan, kliniese begeleiding ontvang.

Die navorser selekteer aannames vanuit die paradigmatische perspektief in die derde orde op grond van haar interaksie met die algemene praktykarea. In hierdie navorsing word meta-

teoretiese en teoretiese aannames vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelijkheid (ORU, 1990:136-142) geselekteer.

Die navorsingsmodel van Botes (1992:36-42) impliseer 'n funksionele denkbenadering, waarvan die doel die toepassing van kennis vir die oplossing van probleme in die verplegingspraktyk is. In hierdie navorsing is die einddoel die verbetering van kliniese begeleiding deur die volle kliniese begeleidingspan aan die studentverpleegkundige, vir die fasilitering van haar strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te wees wat verpleging van hoë gehalte lewer.

Figuur 1.1: Botes se model vir navorsing in Verpleegkunde



(Botes, 1992:38).

## **1.5 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF**

Die navorser neem haar paradigmatiese vertrekpunt vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-142), aangesien dit kongruent is aan haar persoonlike filosofie en aan die filosofieë van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër onderwys en die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Die aannames word as meta-teoretiese, teoretiese en metodologiese stellings gestel.

### **1.5.1 Meta-teoretiese stellings**

Die Verplegingsteorie vir Mensheelheid, soos ontwikkel deur die Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing (ORU, 1990:136-142), is gebaseer op 'n Judeo-Christen wêreldbeskouing en filosofie wat die hele Bybel as bron van waarheid beskou en fokus op die heelpersoon. Meta-teoretiese stellings vir hierdie navorsing, berus op die volgende komponente: aan die een kant oortuigings omtrent die mens, gesondheid en verpleging, soos deur Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing (ORU, 1990:136-142) gestel en aan die ander kant, omgewing soos gestel deur die Departement Verpleegkunde van die Randse Afrikaanse Universiteit (RAU, 1992:7). Dié komponente word vervolgens kortliks bespreek.

#### **1.5.1.1 Die Mens**

Die mens is 'n geestelike wese wat op 'n geïntegreerde biopsigososiale wyse funksioneer ten einde sy strewe na heelheid te verwesenlik. Die mens tree as geheel met sy eksterne omgewing in interaksie.

In hierdie navorsing word na die studentverpleegkundige, eenheidsverpleegkundige en dosent verwys as die mens(e), waar elkeen as geheel met haar eksterne omgewing (vgl. 1.5.1.3: p.14) in interaksie tree, ten einde die studentverpleegkundige se strewe te verwesenlik, om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat verpleging van hoë gehalte lewer.

#### **1.5.1.2 Gesondheid**

Gesondheid is 'n staat van geestelike, psigiese en liggaamlike heelheid. Die mens se kenmerkende wyse van interaksie met sy eksterne omgewing bepaal sy gesondheidstatus.

Die fokus van heelheid vir hierdie navorsing is die selfstandige professionele praktykvoering van die studentverpleegkundige vir die lewer van verpleging van hoë gehalte.

#### 1.5.1.3 Omgewing

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. Die kenmerkende wyse van interaksie tussen die interne en eksterne omgewing bepaal die gezondheidstatus, wat in hierdie navorsing fokus op die studentverpleegkundige se selfstandige professionele praktykvoering vir die lewer van verpleging van hoë gehalte.

Die kliniese begeleidingsituasie in die algemene praktykarea is vir hierdie navorsing die fokus van die omgewing van die studentverpleegkundige. Die studentverpleegkundige tree in geheel (liggaam, psige en gees) in interaksie met haar eksterne omgewing, met as fokus die algemene praktykarea waar sy kliniese begeleiding van die kliniese begeleidingspan ontvang. Die lede van die kliniese begeleidingspan tree as begeleiers in geheel (liggaam, psige en gees) in interaksie met hul eksterne omgewing, wat dan ook die algemene praktykarea waar hulle kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige doen, as fokus het. Hierdie kenmerkende wyses van interaksie sal bydra tot die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat verpleging van hoë gehalte lewer.

#### 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 handhaaf, bevorder en herstel.

Sentraal aan hierdie diens is die konsep van verpleging vir mensheelheid. Die klem in hierdie navorsing is op die kliniese begeleidingspan wat die studentverpleegkundige fasiliteer om 'n verpleegdiens van hoë gehalte te lewer. Die verplegingsaktiwiteite wat dan nodig is om hierdie hoë gehalte diens te lewer, is gerig op die handhawing, bevordering en herstel van gesondheid. Dit kan as volg omskryf word:

- 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.

## 1.5.2 Teoretiese stellings

Die teoretiese stellings in hierdie navorsing sluit die sentrale teoretiese argument en teorieë in wat ter sprake is vir die navorsing en konseptuele omskrywings.

### 1.5.2.1 Sentrale teoretiese argument

Kennis van die belewenis van die kliniese begeleidingspan ten opsigte van hul deelname aan die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, tydens laasgenoemde se blootstelling in die algemene praktykarea ten einde praktykervaring op te doen, sal bydra tot die stel van riglyne vir die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat verpleging van hoë gehalte lewer.

### 1.5.2.2 Modelle en teorieë

Die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-142) dien ook as teoretiese raamwerk vir hierdie navorsing.

### 1.5.2.3 Konseptuele omskrywings

Die volgende konsepte wat sentraal staan in hierdie navorsing, word kongruent aan die raamwerk van die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-142) omskryf:

- **Kliniese begeleiding**

Kliniese begeleiding is 'n dinamiese en intensiewe interaksie, waar 'n professionele, ervare en vaardige persoon 'n minder ervare en vaardige persoon lei, ondersteun, waarneem en evalueer in die praktykarea, om kennis en vaardigheid uit te brei (Greeff, 1991:117; Goodchild-Brown, 1986:5).

Kliniese begeleiding deur die kliniese begeleidingspan dui dus op die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat verpleging van hoë gehalte lewer.

- **Kliniese begeleidingspan**

'n Span is 'n groep persone wat saamwerk om 'n gemeenskaplike doel te bereik (HAT, 1994:982). Die kliniese begeleidingspan is in hierdie navorsing dié groep persone wat die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word, ten doel het. Die kliniese begeleidingspan mag, na gelang van die heersende beleid van die hospitaal as praktykarea, uit een of meer van die volgende bestaan: die eenheidsverpleegkundige, die dosent en/of kliniese dosent.

- **Dosent**

'n Dosent is 'n verpleegkundige met onderwyskundigheid en -vaardigheid vir die hantering van andragogiese onderwysituasies en wat in besit is van 'n sertifikaat van registrasie van die addisionele kwalifikasie in verplegingsonderwys wat deur die registrator uitgereik is (Goewermentskennisgewing R118 van 1987).

Vir die doel van hierdie navorsing is hierdie dosent verantwoordelik om Algemene Verpleegkunde te doseer en word daar aanbeveel dat sy oor die volgende kwalifikasies beskik:

- Sy moet 'n geregistreerde Verpleegkundige wees.
- Sy moet 'n geregistreerde dosent wees.
- Sy moet op hoogte wees met kliniese praktyk, verkieslik met 'n toepaslike na-basiese kwalifikasie (S.A.R.V., 1992:22).

Hierdie dosent moet volgens Van Niekerk (1993a:86) betrokke wees by teoretiese sowel as kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges ter wille van sinvolle teorie-praktyk-korrelasie in die begeleiding van studentverpleegkundiges (Van Niekerk, 1993a:86).

- **Eenheidsverpleegkundige \***

'n Eenheidsverpleegkundige is 'n verpleegpraktisyn behorende tot die professionele, geregistreerde verpleegmag en verwys na die persoon wat as verpleegkundige kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging No.50 van 1978 geregistreer is en wat dan die beroep ten opsigte waarvoor sy om registrasie aansoek gedoen het, in die Republiek beoefen, behoudens die bepalings van hierdie wet en enige ander wetsbepalings (Kotzé, 1979:295; S.A., 1978:918).

Die eenheidsverpleegkundige word in hierdie navorsing onderskei as die verpleegkundige in die algemene sale waar studentverpleegkundiges aan die praktykarea blootgestel is.

- **Kliniese dosent**

'n Kliniese dosent is 'n geregistreerde verpleegkundige, verkieslik ook 'n geregistreerde dosent en indien nie 'n geregistreerde dosent nie, dan wel 'n geregistreerde verpleegkundige wat 'n toepaslike program van indiensopleiding met spesifieke klem op begeleiding en evaluering van studentverpleegkundiges deurloop het (S.A.R.V., 1992:22).

Hierdie kliniese dosent/personeel moet dan ook op die diensstaat van die betrokke kollege wees (NGB 45/82). In die geval van die universiteit is daar geen kliniese dosente beskikbaar nie.

- **Studentverpleegkundige\***

'n Studentverpleegkundige in hierdie navorsing is 'n persoon wat 'n vierjaargraad- of diplomakursus volg wat lei tot registrasie as Verpleegkundige (Algemene, Psigiatrisse en Gemeenskaps-) en Vroedvrou (S.A.R.V., 1988).

---

\* Alhoewel daar in die reël na die eenheidsverpleegkundige as "haar" verwys word, is onderstaande beskrywing ook op "hom" van toepassing.

\* Alhoewel daar in die reël na die studentverpleegkundige as "haar" verwys word, is onderstaande beskrywing ook op "hom" van toepassing.

- **Algemene Praktykarea**

Algemene praktykarea verwys na die spesifieke plek of gebied waar verpleging beoefen word. Die algemene sale van die hospitale in die Wesvaalstreek waar studentverpleegkundiges praktykervaring opdoen en deur die kliniese begeleidingspan begelei word, is die algemene praktykarea waarna in hierdie navorsing verwys word.

- **Praktykervaring**

Die praktykarea bied leergeleentheid aan die studentverpleegkundige om leerervaring op te doen. Krüger (1980:79) beskou 'n leerervaring as die eimaking van inhoude. Praktyk-ervaring verwys dus na die leergeleentheid in die algemene praktykarea wat deur die studentverpleegkundige benut word om haar kliniese ervaring uit te brei en om teorie en praktyk te integreer as deel van die bereiking van leerdoelstellings (S.A.R.V., 1988:4; S.A.R.V., 1994:11).

- **Leergeleentheid**

'n Leergeleentheid is die moontlikheid vir leer, wat vir of deur die studentverpleegkundige geskep word om leerdoelstellings te bereik en bied aan die studentverpleegkundige die moontlikheid om inhoude haar eie te maak (S.A.R.V., 1992:11; Krüger, 1980:79).

- **Algemene sale**

Algemene sale is die sale in 'n hospitaal waar pasiënte met 'n oorerflike of verworwe fisieke siektetoestand of besering wat verband hou met interne geneeskunde en chirurgie, verpleeg word. Hierdie sale dien dan as praktykarea, waar die studentverpleegkundige die teorie van Algemene Verpleegkunde kan toepas.

- **Algemene Verpleegkunde**

Algemene Verpleegkunde word deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (S.A.R.V., 1992:3) as die kuns en wetenskap van Algemene Verpleging beskou.

In die onderrig van Algemene Verpleegkunde word 'n wetenskaplike grondslag voorsien vir die kognitiewe, psigomotoriese en affektiewe vaardighede. Dié vaardighede is nodig vir omvattende verpleging, in inrigtings- of gemeenskapsopset, van pasiënte in verskillende ouderdomsgroepe, wie se vermoë om in hul eie behoeftes

te voorsien, geheel of gedeeltelik ingekort is deur 'n oorerflike of verworwe fisieke siektetoestand of besering wat verband hou met interne geneeskunde en chirurgie.

- **Belewenis**

'n Belewenis is volgens Plug, Meyer, Louw en Gouws (soos aangehaal deur Gmeiner, 1992:14) 'n ervaring van 'n besondere aard wat met heelwat emosie gepaard gaan. Dit kan beskou word as die totaliteit van direk waargenome bewussynsinhoude op 'n gegewe tydstop.

In hierdie navorsing verwys belewenis dan na die totaliteit van die bewussynsinhoude van eenheidsverpleegkundiges en dosente ten opsigte van hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.

### **1.5.3 Metodologiese stellings**

Die metodologiese stellings vir hierdie navorsing sluit aan by die funksionele denkbenadering soos deur Botes (1991:19-21) omskryf. In hierdie navorsing word die dienskarakter en praktykgerigtheid van wetenskapsbeoefening in verpleegkunde beklemtoon deur die funksionele denkbenadering, wat die toepassing van kennis vir die oplossing van probleme in die verpleegpraktyk ten doel het, deur in hierdie bepaalde konteks riglyne te stel vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur alle lede van die kliniese begeleidingspan. Die bruikbaarheid van hierdie riglyne sal dien as kriterium vir interne geldigheid.

## **1.6 NAVORSINGSONTWERP EN -METODE**

In hierdie gedeelte word die navorsingsontwerp en -metode kortliks uiteengesit, aangesien 'n breedvoerige omskrywing in Hoofstuk 2 (vgl. 2.2: p.24 en 2.3: p.26) volg.

### **1.6.1 Navorsingsontwerp**

Die kwalitatiewe navorsingsontwerp vir hierdie navorsing het verkenning en beskrywing ten doel en vind binne 'n bepaalde konteks plaas. Volgens Mouton en Marais (1992:45, 46) is die oogmerk van verkenning om onder andere nuwe insigte in te win oor 'n domeinverskynsel, terwyl beskrywing dit wat is, op een of ander wyse akkuraat en

noukeurig beskryf. Navorsing is kontekstueel van aard wanneer 'n verskynsel in terme van sy onmiddellike konteks bestudeer word (Mouton & Marais, 1992:51).

In hierdie navorsing word die belewenis van eenheidsverpleegkundiges en dosente ten opsigte van hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene sale van hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie, verken en beskryf.

## 1.6.2 Navorsingsmetode

Aspekte waaraan aandag gegee word by die navorsingsmetode, is: die steekproef, data-insameling, data-analise, verifiëring van gekategoriseerde data, literatuurkontrolle, betroubaarheid en geldigheid. Vergelyk Hoofstuk 2 vir 'n breedvoerige beskrywing.

### 1.6.2.1 Steekproef

'n Oorsig van die populasie en steekproefneming word in hierdie gedeelte weergegee. Vergelyk Hoofstuk 2 vir 'n breedvoerige beskrywing.

#### • Populasie

Vir die doel van hierdie navorsing word twee populasies ingesluit.

- \* **Populasie 1** behels die eenheidsverpleegkundiges wat werk in die algemene sale van drie hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie waar studentverpleegkundiges praktykervaring opdoen.
- \* **Populasie 2** behels die dosente, van die betrokke universiteit en dosente en kliniese dosente van die verplegingskollege, wat Algemene Verpleegkunde doseer en/of kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges waarneem.

#### • Steekproefneming

Vier steekproewe, met die doel om vier fokusgroepe saam te stel, sal vir hierdie navorsing, deur doelgerigte, gerieflikheids-, vrywillige steekproefneming, soos deur Abdellah en Levine (1979:334) beskryf, geneem word. Steekproewe 1, 2, en 3 word uit die eerste populasie, onderskeidelik uit eenheidsverpleegkundiges van hospitale A, B en C, wat in algemene sale werk, geneem. Steekproef 4 word uit die tweede populasie uit die dosente van die universiteit en die dosente en kliniese dosente van die verplegingskollege wat Algemene Verpleegkunde doseer en/of kliniese begeleiding van

studentverpleegkundiges waarneem, geneem. Vergelyk 2.3.1.2: p.27 vir verdere besonderhede.

#### 1.6.2.2 Data-insameling

Die fokusgroeptegniek soos bespreek deur Krueger (1994:3, 6, 54-69, 100-104, 111-113, 124-125) en Morse (1994:225-232) is die keuse vir die metode van data-insameling vir hierdie navorsing. Vergelyk 2.3.2: p.31 vir verdere besonderhede.

#### 1.6.2.3 Data-analise

Bandopnames wat van die fokusgroepe gemaak word, soos beskryf deur Krueger (1994:111), sal so gou as moontlik getranskribeer word ter voorbereiding van die data-analise. 'n Kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) se metode wat 'n universum en eenhede van analise insluit, en Giorgi (soos aangehaal deur Omery, 1983:57-58) se vyf basiese stappe van data-analise sal vir die doel van inhoudsanalise van die afsonderlike groepe gebruik word. Vergelyk 2.3.3 vir verdere besonderhede.

#### 1.6.2.4 Verifiëring van gekategoriseerde data

Soos beskryf deur Lincoln en Guba (1985:351) sal die navorser binne ongeveer drie weke, na afloop van die data-analise, die geanaliseerde data terugneem na die deelnemers in die fokusgroep vir verifiëring en aanvulling. Vergelyk 2.3.4 vir verdere besonderhede.

#### 1.6.2.5 Literatuurkontrole

'n Literatuurkontrole soos deur Woods en Catanzaro (1988:135) aangedui, sal gedoen word om die resultate van hierdie navorsing aan die hand van bestaande literatuur en relevante navorsing te kontroleer. Vergelyk Hoofstuk 4 vir volledige besonderhede.

### 1.7 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID

Betroubaarheid en geldigheid sal volgens Guba (soos aangehaal deur Krefting, 1991:215-217) se uiteensetting van vertrouenswaardigheid in kwalitatiewe navorsing en die model van Woods en Catanzaro (1988:136,137), wat betroubaarheid en geldigheid in kwalitatiewe navorsing verseker, geïntegreerd in hierdie navorsing aangebied word (vgl. 2.4: p.39).

## **1.8 RIGLYNE**

Aan die hand van die navorsingsresultate en literatuurkontrole sal riglyne gestel word waardeur alle lede van die kliniese begeleidingspan betrokke sal wees by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, sodat laasgenoemde deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word in hul strewe om selfstandige professionele praktisyns te word wat verpleging van hoë gehalte lewer.

## **1.9 ETIESE ASPEKTE VAN DIE NAVORSING**

Kriteria vir navorsingsetiek soos deur die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (S.A.V.V., 1991:1-7) gestel, sal gerespekteer word. Hierdie kriteria sluit die volgende aspekte in:

- die gehalte van die navorsing sal verseker word deur die kriteria vir betroubaarheid en geldigheid te volg,
- vertroulikheid van die response van die deelnemers in die fokusgroepe sal verseker word deur nie hul name tydens data-analise en verslaggewing aan response te koppel nie,
- die name van die deelnemers in die fokusgroepe word nie tydens verslaggewing bekend gemaak nie en sodoende word anonimiteit verseker,
- privaatheid word verseker deur die vertrek waarin die fokusgroepe plaasvind in 'n steuringsvrye omgewing te reserveer,
- ingeligte toestemming tot deelname aan die fokusgroepe sal van alle deelnemers verkry word, en
- toestemming van die betrokke owerhede naamlik die besture van die onderskeie hospitale, die departementshoof van die Departement Verpleegkunde van die universiteit en die prinsipaal van die verplegingskollege, sal verkry word.

## **1.10 HOOFSTUKINDELING**

Die onderstaande hoofstukindeling sal vir die doel van hierdie navorsing gevolg word:

**HOOFSTUK 1: Oriëntering tot die navorsing.**

**HOOFSUK 2:** Navorsingsontwerp en -metode.

**HOOFSUK 3:** Resultate van die fokusgroepe en bespreking van die resultate.

**HOOFSUK 4:** Literatuurkontrole ten einde navorsingsresultate te verifieer.

**HOOFSUK 5:** Gevolgtrekkings, aanbevelings en riglyne.

# HOOFSTUK TWEE

## NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

### 2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is 'n oriëntering tot die navorsing kortliks uiteengesit. Vervolgens sal in dié hoofstuk 'n breedvoerige uiteensetting gegee word van die navorsingsontwerp en -metode wat in hierdie navorsing gevolg word.

### 2.2 NAVORSINGSONTWERP

Die kwalitatiewe ontwerp van hierdie navorsing wat in dié gedeelte uiteengesit word, is soos deur Mouton en Marais (1992:45, 46, 51) aangedui, vir die doel van verkenning en beskrywing binne 'n bepaalde konteks. Hierdie verkenning het ten doel om by wyse van fokusgroepe nuwe insigte oor die belewenis van eenheidsverpleegkundiges en dosente, ten opsigte van hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, te verken en dan akkuraat te beskryf. Dié kennis sal bydra tot die stel van riglyne vir die betrokkenheid van al die lede van die kliniese begeleidingspan by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.

Die konteks van hierdie navorsing lê klem op die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan in die algemene sale van drie hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie, waar studentverpleegkundiges praktykervaring opdoen. In hierdie drie hospitale, waar naastebly 35 pasiënte in elk van die onderskeie algemene sale verpleeg word, werk ongeveer drie eenheidsverpleegkundiges op 'n oggendskof vanaf 07:00 tot 13:00 en meestal slegs een eenheidsverpleegkundige op 'n middagskof vanaf 13:00 tot 19:00 saam met studentverpleegkundiges en een of twee verpleeghulpe. Die spreektaal van hierdie persone in hierdie drie hospitale is oorwegend Afrikaans, Engels en Tswana.

Die universiteitsdosente allokeer die studentverpleegkundiges van die universiteit in die algemene sale van hierdie hospitale om as lede van die multiprofessionele span praktyk-

ervaring op te doen. Die studentverpleegkundiges van die verplegingskollege word egter deur die verpleegdiensbestuurders van die onderskeie hospitale geallokeer volgens die diensbehoefte van die betrokke hospitaal. Die tydperk van blootstelling in die algemene sale, waartydens kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan kan plaasvind, wissel ten opsigte van die studentverpleegkundiges van die universiteit en die verplegingskollege asook ten opsigte van die onderskeie jaargroepe.

Ten eerste word studentverpleegkundiges van die universiteit in hul eerste en tweede jaar alternatiewe naweke gedurende lesingtye asook gedurende die reseytydperke vir 'n 40-uur werkweek in die algemene sale geallokeer. Derdejaarstudentverpleegkundiges word gedurende lesingtye vir 17 ure en gedurende die reseytydperke vir 40 ure per week in die algemene sale van 'n hospitaal in 'n naburige dorp geallokeer. Vierdejaarstudentverpleegkundiges word nie in die algemene sale geplaas vir praktykervaring nie, aangesien hulle dan praktykervaring in Verloskunde en Psigiatrisse Verpleegkunde opdoen. Die universiteitsdosent het gedurende lesingtye slegs vir 'n periode van ongeveer vyf ure per week kontak met 'n betrokke groep studentverpleegkundiges in die praktykarea, aangesien sy ook vir ander doseertake verantwoordelik is. Die dosent-studentverpleegkundigeratio tydens hierdie kontakperiodes is ongeveer 1:20 (vgl. tabel 2.1: p.26). Tydens hierdie kontakperiodes neem sy die gestruktureerde praktykonderrig en kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges in die algemene sale waar. Gedurende die reseytydperke is dit slegs die eenheidsverpleegkundiges wat die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges kan waarneem.

Die studentverpleegkundiges van die verplegingskollege daarenteen, se opleidingstydperk word in blokperiodes verdeel en wel onderskeidelik blokke vir teoretiese onderrig en blokke waartydens praktykervaring opgedoen word. Tydens hierdie laasgenoemde blokperiode van die studentverpleegkundiges is die verplegingskollegedosent nie betrokke by teoretiese onderrig in die klaskamer nie en is hulle dan beskikbaar om agt ure per dag die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges van die verplegingskollege waar te neem. In een hospitaal is slegs kliniese dosente en eenheidsverpleegkundiges tydens die blokperiodes teenwoordig. In 'n ander hospitaal is slegs dosente en eenheidsverpleegkundiges tydens die blokperiodes teenwoordig en in die derde hospitaal is dosente, kliniese dosente en eenheidsverpleegkundiges tydens blokperiodes teenwoordig om die kliniese begeleiding waar te neem. Die beskikbaarheid van hierdie drie lede van die kliniese

begeleidingspan om kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges waar te neem, wissel dus tussen die drie hospitale. Die ratio van dosent : studentverpleegkundige in die verplegingskollege is ongeveer 1:21 (vgl. tabel 2.1: p.26). Die effektiewe tyd van blootstelling van hierdie studentverpleegkundige in die algemene sale, vir die onderskeie jaargroepe is as volg:

- Eerstejaarstudentverpleegkundiges :- vyf maande
- Tweedejaarstudentverpleegkundiges :- vier maande
- Derdejaarstudentverpleegkundiges :- twee maande
- Vierdejaarstudentverpleegkundiges :- een maand

Die afname van die tydperk wat die senior studentverpleegkundiges in die algemene sale is vir praktykervaring, is toe te skryf aan die feit dat hulle in 'n toenemende mate in hul derde en vierde jaar vir praktykervaring in die praktykareas van Verloskunde en Psigiatrisse Verpleegkunde geplaas word.

**Tabel 2.1: Ratio van dosent : studentverpleegkundiges soos op 31 Maart 1995**

Jaargroep	Universiteit		Verplegingskollege	
	Dosente	Studentverpleegkundiges	Dosente	Studentverpleegkundiges
Eerstejaars	1	20	1	22
Tweedejaars	1	21	1	23
Derdejaars	1	18	1	19
Vierdejaars			1	26

## 2.3 NAVORSINGSMETODE

Aspekte waaraan aandag gegee word by die navorsingsmetode wat gevolg word, is: die steekproef, data-insameling, data-analise, verifiëring van gekategoriseerde data, literatuur-kontrole, betroubaarheid en geldigheid.

### 2.3.1 Steekproef

Die populasie en steekproefneming word hieronder beskryf.

### 2.3.1.1 Populasie

Vir die doel van hierdie navorsing word twee populasies ingesluit:

- 1) **Populasie 1** behels die eenheidsverpleegkundiges wat werk in die algemene sale van drie hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie, waar studentverpleegkundiges praktykervaring opdoen.
- 2) **Populasie 2** behels die dosente van die betrokke universiteit en dosente en kliniese dosente van die verplegingskollege in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie, wat Algemene Verpleegkunde doseer en/of kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea waarneem.

### 2.3.1.2 Steekproefneming

Vier steekproewe, met die doel om vier fokusgroepe saam te stel, sal vir hierdie navorsing, deur doelgerigte, gerieflikheids-, vrywillige steekproefneming gedoen word. Deelnemers sal doelgerig, volgens spesifieke kriteria uit die beskikbare deelnemers wat op 'n spesifieke tydstip teenwoordig is, geselekteer word (Abdellah & Levine, 1979:333). Nadat hierdie geselekteerde deelnemers ingelig is oor wat van hulle verwag word, kan hulle 'n keuse uitoefen tot deelname al dan nie (Abdellah & Levine, 1979:334). Steekproewe 1, 2, en 3 word uit die eerste populasie geneem en steekproef 4 word uit die tweede populasie geneem.

Seleksiekriteria vir steekproefneming is in die geval van fokusgroepe van kardinale belang, soos Krueger (1994:74) dit stel: "Of all the elements of focus group interviewing, the most overlooked and underestimated aspect is the recruitment of the right people." Die algemene riglyne wat Krueger (1994:74-79) uitlig vir die seleksie van fokusgroepdeelnemers handel oor die doel, grootte en samestelling van die groep. In hierdie navorsing is die doel van die fokusgroep om tydens die fokusgroep data in te samel oor die belewenis van die deelnemers oor hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges. Daarom word deelnemers geselekteer vanuit (i) die eenheidsverpleegkundiges in algemene sale, (ii) dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer wat ook betrokke is by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges en (iii) kliniese dosente wat kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea doen.

Die grootte van die groep moet sodanig wees dat die maksimum response wat beantwoord aan die doel van die navorsing, uitgelok moet word (Krueger, 1994:78). Daarom sal vir die doel van hierdie navorsing gepoog word om ongeveer agt respondente in elke groep in te sluit.

Homogeniteit in die groep, met tóg beduidende verskille om kontrasterende opinies uit te lok, sal verder bydra tot die uitlok van maksimum response om te beantwoord aan die doel van die navorsing (Krueger, 1994:77).

Vir hierdie navorsing sal geselekteer word uit die eenheidsverpleegkundiges, dosente en kliniese dosente wat aan elke groep se gestelde kriteria voldoen en wat ook op daardie stadium beskikbaar is om deel te neem.

Die **algemeen insluitende kriteria** vir die vier fokusgroepe om homogeniteit te verseker is as volg:

Die deelnemers is:

- geregistreerde verpleegkundiges. ('n Geregistreerde verpleegkundige is 'n verpleegpraktisyn behorende tot die professionele, geregistreerde verpleegmag en verwys na die persoon wat as verpleegkundige kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging No.50 van 1978 geregistreer is en wat dan die beroep ten opsigte waarvoor sy om registrasie aansoek gedoen het, in die Republiek beoefen, behoudens die bepalinge van hierdie wet en enige ander wetsbepalinge (Kotzé, 1979:295; S.A., 1978:918).);
- ongeag kultuurgroep aanvaarbaar;
- in staat om die heersende spreektaal van die betrokke instansie te gebruik;
- bereid om skriftelik, ingeligte toestemming te gee tot deelname aan die navorsing;
- bereid dat die bespreking tydens die fokusgroep op klankband opgeneem word;
- bereid om vir die duur (ongeveer een en 'n half uur) van die fokusgroep beskikbaar te wees om deel te neem; en
- ook bereid om vir die verifiëringsgroep na afloop van die data-analise, na verloop van ongeveer drie weke beskikbaar te wees;

Vier afsonderlike fokusgroepe om data in te samel vir hierdie navorsing, word soos volg saamgestel:

- 1) Uit die eerste populasie sal steekproef 1, 2 en 3 onderskeidelik uit eenheidsverpleegkundiges van hospitale A, B en C geneem word. Drie fokusgroepe sal gevolglik saamgestel word uit eenheidsverpleegkundiges wat in die algemene sale van hierdie drie hospitale werk. Die beskikbare eenheidsverpleegkundiges sal volgens spesifieke kriteria geselekteer word. Die **spesifieke kriteria ten opsigte van die eenheidsverpleegkundiges** is as volg:

Die deelnemers is:

- vir minstens een jaar werksaam in die algemene sale van die drie hospitale;
- verteenwoordig alle range geregistreerde verpleegkundiges; en
- reeds vir 'n tydperk van minstens een jaar in direkte kontak met studentverpleegkundiges tydens blootstelling in die algemene praktykarea, in hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie.

- 2) Uit die tweede populasie sal steekproef 4 uit dosente van die universiteit en dosente en kliniese dosente van die verplegingskollege geneem word. Die vierde fokusgroep sal gevolglik saamgestel word uit dosente van die universiteit wat Algemene Verpleegkunde doseer en kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea waarneem, asook uit dosente en kliniese dosente van die verplegingskollege wat Algemene Verpleegkunde doseer en/of kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea waarneem. Die dosente sal volgens spesifieke kriteria geselekteer word. Die **spesifieke kriteria vir dosente** is as volg:

Die deelnemers is:

- dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer. ('n Dosent is 'n verpleegkundige met onderwyskundigheid en -vaardigheid vir die hantering van andragogiese onderwys-situasies en wat in besit is van 'n sertifikaat van registrasie van die addisionele kwalifikasie in verplegingsonderwys wat deur die registrateur uitgereik is (Goewermentskennisgewing R118 van 1987).);
- verantwoordelik vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea; en

- kliniese dosente wat geregisteerde verpleegkundiges is, verkieslik ook geregisteerde dosente en indien nie geregisteerde dosente nie, geregisteerde verpleegkundiges wat 'n toepaslike program van indiensopleiding met spesifieke klem op begeleiding en evaluering van studentverpleegkundiges deurloop het (S.A.R.V., 1992:22).

Verskille met betrekking tot die kriteria wat mag voorkom in al vier die groepe, is ten opsigte van :

- ouderdom; en
- tydperk van ondervinding in hul onderskeie areas van praktykvoering.

Soos deur Abdellah en Levine (1979:334) aanbeveel, sal die geselekteerde deelnemers vir die fokusgroepe in hierdie navorsing individueel per brief (vgl. Bylaag 1: p.208), volledig ingelig word oor wat van hulle verwag word tydens deelname in die groepe en dan kan hulle 'n keuse uitoefen tot deelname al dan nie.

Die potensiële deelnemers sal ook ingelig word dat daar, nadat hulle vrywillig ingestem het tot deelname, 'n verdere ewekansige seleksie vanuit die vrywilligers geneem sal word. Hierdie verdere seleksie sal gedoen word omdat die fokusgroepe uit slegs agt deelnemers saamgestel word. Die seleksie sal ewekansig gedoen word ten einde die vertrouenswaardigheid van die navorsing te verseker. Die ewekansige seleksie sal gedoen word deur die name van die vrywillige deelnemers op geslote briefies in 'n houer te plaas en dan op ewekansige wyse agt briefies daar uit te neem.

Die samestelling van die vier steekproewe is dus soos volg:

Steekproef 1, 2 en 3 sal onderskeidelik uit agt eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitale A, B en C saamgestel wees. Steekproef 4 sal uit agt dosente en kliniese dosente vanuit die universiteit en die verplegingskollege saamgestel wees. Die twee dosente van die universiteit kan nie ewekansig geselekteer word nie aangesien daar slegs drie dosente by die universiteit is wat Algemene Verpleegkunde doseer. Die derde dosent is die navorser self wat vanwêe haar noue betrokkenheid by die eenheidsverpleegkundiges van die drie hospitale en by die dosente van die universiteit en dosente en kliniese dosente by die verplegingskollege, nie kan deelneem nie. Die res van die groep van agt deelnemers bestaan uit ses dosente en/of kliniese dosente van die verplegingskollege wat dan wel ewekansig geselekteer is.

### 2.3.2 Data-insameling

Data-insameling word in hierdie navorsing deur middel van fokusgroepe gedoen aangesien dié metode, volgens Krueger (1994:3), by uitstek effektief is om insig te bekom oor opinies van mense en om nuwe programme (of dan riglyne) te ontwerp. Die metode sal dan gebruik word om data in te samel by die eenheidsverpleegkundiges, dosente en kliniese dosente met betrekking tot hul belewenis van hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by kliniese begeleiding van student-verpleegkundiges in die algemene sale.

Die fokusgroep word beskryf as " ...a special type of group in terms of purpose, size, composition, and procedures. ...a carefully planned discussion designed to obtain perceptions on a defined area of interest in a permissive, nonthreatening environment" (Krueger, 1994:6). Aan dié aspekte sal aandag gegee word tydens die gebruik van die fokusgroepmetode waar die volgende ter sake is: rol van die navorser, fisiese opset tydens fokusgroepe, tydsduur, vraagstelling, metode van data-insameling en veldnotas.

#### 2.3.2.1 Rol van die navorser

Die navorser sal voor die aanvang van die fokusgroep van tussengangers gebruik maak om potensiële deelnemers in die fokusgroep te nader. In elke hospitaal sal die hoofverpleegkundige genader word om as tussenganger op te tree om eenheidsverpleegkundiges te werf as deelnemers. Insgelyks sal die departementshoof van die Departement Verpleegkunde van die universiteit en die prinsipaal van die verplegingskollege onderskeidelik versoek word om as tussengangers op te tree om dosente en kliniese dosente as deelnemers te werf. Hierdie tussengangers sal per brief (vgl. Bylae 2, 3, 4,5: p.211-224) ingelig word omtrent die doel van die navorsing, die wyse van data-insameling en die seleksiekriteria vir deelnemers.

Vervolgens sal die tussengangers deelnemers selekteer volgens die gestelde seleksiekriteria en volgens die mees geskikte omstandighede vir die betrokke instansie. Hulle sal aan die potensiële deelnemers die doel, die wyse en tydsduur van data-insameling verduidelik. Hierna sal die tussengangers aan die navorser 'n naamlys van vrywillige deelnemers beskikbaar stel, waarna die navorser aan elkeen 'n persoonlike brief (vgl. Bylaag 1: p.208) sal rig met betrekking tot die volgende inligting:

- die doel, grootte en samestelling van die fokusgroep;

- die tydsduur van die fokusgroep;
- die aard van die opvolggroep na data-analise; en
- 'n versekering van anonimiteit en konfidensialiteit.

By hierdie brief sal 'n vorm aangeheg word wat die voornemende deelnemer sal voltooi en aan die navorser terugstuur om vrywillig haar toestemming tot deelname te gee (vgl. Bylaag 1: p.208 Hierdie ingeligte toestemming word verkry ten einde te voldoen aan etiese standaarde (S.A.V.V., 1991:3) van verpleegkundige navorsing. Die navorser sal die geselekteerde deelnemers na afloop van die ewekansige seleksie persoonlik kontak om finale reëlins vir die fokusgroepe te tref.

Die navorser sal verder ook vooraf 'n kundige in die fasilitering van fokusgroepe nader om as groepfasiliteerder op te tree. Die geskikte groepfasiliteerder om die interaksie in die fokusgroep te lei en te fasiliteer, moet volgens Krueger (1994:100-104) en Morse (1994:229) aan gestelde vereistes voldoen. Die groepfasiliteerder vir die fokusgroepe in hierdie navorsing sal 'n Psigiatriese Verpleegspesialis wees wat na-doktorale navorsingsondervinding in kwalitatiewe navorsingsmetodes het. Sy sal vooraf deur die navorser op hoogte gebring word van die agtergrond en rasionaal van die navorsingsonderwerp, en is verder bekend met die kultuur- en waardegebondenheid van die respondente wat deelneem aan die fokusgroepsessie.

'n Verpleegkundige van 'n buite-instansie sal die groepfasiliteerder as assistent bystaan. Sy stel belang in die navorsingsonderwerp en het vorige ervaring van groephantering. Sy is egter op geen wyse verbonde aan enige van die hospitale, universiteit, verplegingskollege of die navorser self nie. Die navorser sal as koördineerder optree, maar nie tydens die fokusgroepe teenwoordig wees nie.

### 2.3.2.2 Fisiese opset tydens fokusgroepe

'n Lokaal wat vir alle respondente sentraal geleë en in 'n neutrale omgewing is, sal vir die doel van die fokusgroepe gereserveer word. Die feit dat hierdie lokaal in 'n neutrale omgewing is, sal soos gestel deur Morse (1994:230), 'n psigologiese afstand skep, wat die deelname van deelnemers kan verhoog.

Die navorser sal verder seker maak dat die lokaal voorsien is van gemaklike stoele wat in 'n sirkel gerangskik is, dat die temperatuur en ventilasie gemaklik is en dat die

omgewing steuringsvry is. Twee bandopnemers van hoë gehalte, een battery-aangedrewe en een elektriesaangedrewe, sal opgestel word om 'n effektiewe, betroubare opname van die fokusgroep te verseker.

### 2.3.2.3 Tydsduur

Een fokusgroepsessie sal ongeveer een en 'n half uur duur. Die totale tydsduur vir elke deelnemer sal dus ongeveer een en 'n half uur beloop. Twee groepe sal op die eerste dag in die namiddag gehou word en twee groepe in die voormiddag van die volgende dag.

### 2.3.2.4 Vraagstelling

Die navorsingsvraag is slegs een ongestruktureerde fenomenologiese vraag ten einde dit vir die deelnemers moontlik te maak om, soos Gmeiner (1992:35) dit stel, persoonlike gedagtes, persepsies en gevoelens op 'n ongestruktureerde wyse mee te deel.

Die vraag wat aan elke deelnemer op 'n kaartjie aangebied word ten einde elkeen se belewenis van haar eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges te deel, is soos volg:

- Vraag aan eenheidsverpleegkundiges:

**"Beskryf u belewenis as verpleegkundige in 'n algemene saal ten opsigte van u eie betrokkenheid en dié van die verplegingskollege- en universiteitsdosente by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges."**

**"Describe your experience as professional nurse in a general ward in relation to your own involvement and that of the nursing college and university lecturers in the clinical accompaniment of student nurses."**

- Vraag aan dosente:

**"Beskryf u belewenis as dosent in Algemene Verpleegkunde ten opsigte van u eie betrokkenheid en dié van die verpleegkundiges in die algemene sale by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges."**

**"Describe your experience as lecturer in General Nursing Science in relation to your own involvement and that of the professional nurses in the general wards in the clinical accompaniment of student nurses."**

#### 2.3.2.5 Metode van data-insameling

Die fokusgroep wat as metode in hierdie navorsing gebruik sal word om data in te samel, sal deur die groeppasiliteerder (vgl. 2.3.2.1: p.31) ingelei word en vir die hele duur van die fokusgroep deur haar gefasiliteer word. Die verpleegkundige (vgl. weer 2.3.2.1: p.31) wat as assistent optree in die fokusgroepe, verrig dan die volgende funksies:

- Sy sal al die deelnemers verwelkom wanneer hulle arriveer.
- Sy sal deurlopend vir 'n steuringvrye omgewing sorg.
- Sy sal die bandopnemers hanteer om 'n deurlopende opname te verseker en die bande toepaslik merk.
- Sy sal tydens die fokusgroepe veldnotas (vgl. verder 2.3.2.6: p.36) afneem.
- Na afloop van die fokusgroep sal sy die deelnemers vir hul deelname aan die groep bedank.
- Sy sal haar waarnemings direk na afloop van die fokusgroep met dié van die groeppasiliteerder vergelyk.

Die navorser sal self as koördineerder verantwoordelik wees vir die opstel van alle toerusting en rangskikking van die lokaal.

Die fasiliteringstegnieke wat deur die groeppasiliteerder gebruik sal word, is noodsaaklik, aangesien die fokusgroep nie slegs 'n versameling is van individuele onderhoude nie, maar eerder 'n groepsbespreking waar die interaksie vloeiend is as gevolg van fasilitering deur die moderator (Krueger, 1994:100). Alhoewel Krueger die term **moderator** gebruik, word in hierdie navorsing van die term **groeppasiliteerder** gebruik gemaak.

Met die aanvang van die groepsessie sal die groeppasiliteerder deur nie-verbale gedrag toon dat sy die deelnemers in die groep aanvaar. Sy sal hulle (i) op hul gemak stel en hulle gerus stel omtrent die konfidensialiteit en anonimiteit van die gesprek (ii) asook

ten opsigte van die feit dat die gesprek op klankband opgeneem word en (iii) dat daar 'n assistent teenwoordig is. Sy sal hulle verder ook inlig oor (iv) die doel van die fokusgroep en (v) die belang van elkeen se bydrae.

Aangesien die groepfasiliteerder se deelname aan die groep beperk is omdat slegs een ongestruktureerde fenomenologiese vraag gestel word, is dit belangrik dat sy spesifieke tegnieke gebruik om die deelnemers te fasiliteer om hul belewenis so volledig as moontlik te verbaliseer.

Die volgende kommunikasietegnieke soos beskryf deur Okun (1982:56, 61-63) sal in die fokusgroep tydens fasilitering benut word:

- **Minimale verbale respons:** Dit is die verbale weergawe van 'n kopknik, byvoorbeeld "mm-mm", "ja" en "uh-huh" om aan te dui dat die fasiliteerder volg wat die deelnemer sê.
- **Ondersoek:** Om meer inligting te bekom oor 'n aspek deur 'n oop-einde poging, soos: "Vertel my meer", "Kom ons gesels daaroor", "Ek wonder of...".
- **Refleksie:** Dit verwys na die oordra van begrip aan die deelnemer(s) oor 'n spesifieke perspektief of mening. Verklaarde of bedoelde gevoelens en spesifieke inhoud kan gereflekteer word soos: "Dit klink of jy moedeloos is", "Jy is onseker oor...".
- **Opklaring:** Dit is 'n poging om die deelnemer se respons te begryp of daarop te fokus, byvoorbeeld: "Ek is nie seker of ek u reg verstaan nie...kan u asseblief weer daaroor gesels", "Dit klink vir my of u van mening is dat...".
- **Aanmoediging:** Die doel is hier om die deelnemers aan te moedig om meer inligting te verskaf deur die gebruik van minimale verbale response soos: "mm-mm", "ja...", "ek sien..." en 'n knik van die kop.
- **Opsomming:** 'n Opklarende soort verklaring waardeur die primêre affektiewe en kognitiewe temas aangedui word.
- **Nie-verbale tegnieke en luistervaardighede** waar die groepfasiliteerder belangstelling en sensitiwiteit aan die luisteraar toon deur:
  - \* **Liggaamsposisie:** Ontspanne, leun na vore.

- \* Oogkontak: Eweredig, gemaklik.
- \* Liggaamshouding: Ontspanne, gemaklik.
- \* Gesigsuitdrukking: Opgewek, belangstellend, toon luistervaardighede.
- \* Stem: Gemaklik, vloeiend, duidelik, ontspanne.
- \* Voorkoms: Netjies, goed versorg, skoon, professioneel.

Ter voorbereiding van die data-analise word bandopnames so gou as moontlik deur die navorser getranskribeer.

#### 2.3.2.6 Veldnotas

Dokumentering van die groepproses en -dinamika in die fokusgroep is volgens Krueger (1994:111) asook Wilson (1989:434), noodsaaklik ter wille van die volledigheid van data en data-analise.

In hierdie navorsing sal die assistent haar waarneminge van die groepproses en -dinamika, asook van die response in die fokusgroep tydens die groep afneem. Na afloop van die fokusgroep sal die groeppasiliteerder haar waarneminge vergelyk met dié van die assistent en hierdie gesamentlike waarneminge van die assistent en die groeppasiliteerder sal dan as veldnotas (vgl. Bylaag 7: p.226) by die transkripsies van die bandopnames, vir die doel van data-analise, ingesluit word. Sodoende kan belangrike waarnemings herroep en geanaliseer word. Die veldnotas sal op so 'n wyse afgeneem word dat dit nie steurend op die groepproses inwerk nie.

Die volgende raamwerk vir die afneem van veldnotas, word deur Schatzman en Strauss voorgestel, en beskryf deur Wilson (1989:434-436):

- Observasienotas: Dit is die beskrywing van die gebeure deur te kyk en te luister. Dit bevat die **wie, wat, waar** en **hoe** van die situasie met so min as moontlik interpretasie.
- Teoretiese notas: Dit is 'n doelbewuste poging om betekenis te gee aan die observasienotas. Hier word geïnterpreteer, afleidings, veronderstellings en hipoteses gevorm om 'n skema vir analise te vorm.
- Metodologiese notas: Hiermee word bedoel instruksies, kritiek en wenke om 'n moontlik toekomstige metodologiese benadering te verbeter.

- Persoonlike notas: Dit is notas oor persoonlike reaksies, refleksies en ervarings. Die assistent en groepfasiliteerder moet hier die vermoë toon om hulself in die deelnemers se rol te verplaas en introspektief te wees.

Die veldnotas word getik, genommer en by elke spesifieke fokusgroep se transkripsies gevoeg.

### 2.3.3 Data-analise

In hierdie navorsing is die doel van die data-analise om die deelnemers se belewenisse van hul eie en die ander se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van student-verpleegkundiges in die algemene praktykarea, te analiseer en te klassifiseer (Goetz & Le Compt soos aangehaal deur Lincoln & Guba, 1985:334).

Die metode van analise van data behels 'n kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) se metode wat 'n universum en eenhede van analise insluit, en Giorgi (soos aangehaal deur Omery, 1983:57-58) se vyf basiese stappe van inhoudsanalise. Hier is die volgende stappe ter sake:

- Die universum wat vir hierdie navorsing geïdentifiseer word, sluit al die verbale response in wat respondente gegee het na aanleiding van die sentrale vraag wat gevra is.
- Die transkripsies van al die groepe word eers deurgelees om 'n begrip van die geheel te kry.
- Daarna word die transkripsies van die groepe een vir een weer as geheel gelees en dan ge-analiseer.
- Daar word vervolgens op woorde en temas as eenhede van analise vir hierdie navorsing besluit.
- Volgens Giorgi (soos aangehaal deur Omery, 1983:57) elimineer die analiseerders oortollighede in die eenhede en maak hulle gebruik van uitklaring en uitbreiding van agtergeblewe eenhede deur die eenhede met mekaar te vergelyk en dit dan met die geheel te vergelyk.

- Kategorieë en subkategorieë word volgens die operasionele definisies van die konsepte van die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (RAU, 1992:23-28), gedefinieer. Vergelyk Bylaag 8: p.229 vir operasionele definisies in die werkprotokol.
- Data word nou in konkrete taal vanaf die transkripsies na die geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë (vgl. tabel 2.2: p.38) oorgedra.
- Hierdie konkrete taal word vervolgens, steeds binne die kategorieë en subkategorieë, na wetenskaplike taal omskryf (vgl. Bylaag 10: p.239).

**Tabel 2.2: Kategorieë en subkategorieë vir data-analise**

Kategorieë	Belewenisse van die interne omgewing	Belewenisse van die eksterne omgewing	Kenmerkende wyse van interaksie
Subkategorieë	Liggaamlike belewenisse	Fisiese belewenisse	
	Psigiese belewenisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emosionele belewenisse</li> <li>• Wilsbelewenis</li> <li>• Intellektuele belewenisse</li> </ul>	Sosiale belewenisse	
	Geestelike belewenisse	Geestelike belewenisse	

Ten einde die betroubaarheid van hierdie navorsing te verhoog, sal drie analiseerders by hierdie data-analise betrokke wees, naamlik (i) die navorser en as onafhanklike mede-analiseerders, (ii) die groeppasiteerder en (iii) die assistent. Skoon afskrifte van die transkripsies (vgl. Bylaag 9: p.234 vir 'n gedeelte van een van die transkripsies) en veldnotas (vgl. Bylaag 7: p.226) asook 'n werkprotokol (vgl. Bylaag 8: p.229) sal aan die onafhanklike analiseerders voorsien word. Die werkprotokol sluit die operasionele definisies in van kategorieë en subkategorieë asook die werkstappe wat tydens data-analise gevolg moet word.

Na afloop van die data-analise wat afsonderlik deur die analiseerders gedoen sal word, sal konsensusgesprekke tussen die navorser en beide onafhanklike mede-analiseerders plaasvind totdat konsensus bereik is met betrekking tot die plasing van woorde en temas en inferensies in die kategorieë en subkategorieë.

#### **2.3.4 Verifiëring van gekategoriseerde data**

Na afloop van die inhoudsanalise en konsensusgesprek deur die navorser en twee onafhanklike mede-analiseerders sal die navorser binne ongeveer drie weke die geanaliseerde data na die deelnemers in die fokusgroepe terugneem vir verifiëring en aanvulling. Hierdie verifiëringgesprek sal in dieselfde lokaal waar die fokusgroepe gehou is, plaasvind nadat reëlings vooraf telefonies met elke deelnemer getref is. Elke verifiëringsgroep sal ongeveer een uur duur. Hierdie verifiëring word gedoen ten einde te verseker dat die analise 'n werklike weergawe is van die belewenis van die deelnemers ten opsigte van hul eie en die ander se betrokkenheid by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges.

#### **2.3.5 Literatuurkontrolle**

Die bevindinge van hierdie navorsing oor die belewenis van die deelnemers in die fokusgroepe van hul eie en die ander se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges sal deur middel van 'n literatuurkontrolle geverifieer word. Hierdie navorsingsbevindinge sal met beskikbare literatuur en bestaande navorsingsbevindinge vergelyk word. Die stellings wat vanuit die fokusgroepe data geformuleer sal word, sal as raamwerk vir hierdie literatuurkontrolle dien.

### **2.4 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID**

Alhoewel die terminologie van kwalitatiewe navorsing met betrekking tot betroubaarheid en geldigheid volgens Guba (soos aangehaal deur Krefting, 1991:215-217) se model verwys na vertrouenswaardigheid, sal hierdie model en die model van Woods en Catanzaro (1988:136, 137), wat betroubaarheid en geldigheid in kwalitatiewe navorsing verseker, geïntegreer in hierdie navorsing aangebied word. Die vier kriteria om betroubaarheid en geldigheid te verseker, is volgens Guba (soos aangehaal deur Krefting, 1991:215-217) **waarheidsgetrouheid, toepaslikheid, konsekwentheid en**

**neutraliteit.** Die terminologie wat in kwalitatiewe navorsing met betrekking tot hierdie kriteria gebruik word, is dan volgens Guba (soos aangehaal deur Krefting, 1991:215) soos volg:

- Waarheidsgetrouheid :- Geloofwaardigheid
- Toepaslikheid :- Oordraagbaarheid
- Konsekwentheid :- Vertroubaarheid
- Neutraliteit :- Bevestigbaarheid

Om vertrouenswaardigheid in hierdie navorsing te verseker, sal hierdie kriteria dan soos volg toegepas word:

#### **2.4.1 Geloofwaardigheid (Waarheidsgetrouheid)**

Waarheidsgetrouheid verwys na die navorser se vermoë om vertrouwe in die waarheid van die bevindinge en interpretasies te vestig. Volgens Krefting (1991:215) word waarheidsgetrouheid in kwalitatiewe navorsing verkry deur die ontdekking van persone se belewenis soos dit deur hierdie persone self beleef word. Sandelowski (soos aangehaal deur Krefting, 1991:216) beskou kwalitatiewe navorsing as geloofwaardig wanneer die weergawe van die respondente se belewenis só akkuraat is, dat ander persone wat in 'n soortgelyke situasie is of was, onmiddellik die belewenis sal herken.

Kruisvalidasie is volgens Krefting (1991:219) 'n kragtige strategie om waarheidsgetrouheid van navorsing te verseker. In hierdie geval word 'n verskeidenheid van perspektiewe bymekaar gebring word om gemeenskaplike bevestiging van data te kry en sodoende te verseker dat alle aspekte van 'n verskynsel verken is. Daar sal dan ook in hierdie navorsing van die volgende kruisvalideringstegnieke gebruik gemaak word:

- Kruisvalidasie van bronne word gedoen deurdat die navorser na afloop van die data-analise, die temas, kategorieë en inferensies, tydens 'n opvolggroep met die deelnemers uitklar en bevestig of aanvul. Ook die literatuurkontrole wat na afloop van hierdie opvolggroep gedoen word om resultate aan die hand van bestaande literatuur en relevante navorsing te kontroleer, dien as 'n tegniek van kruisvalidasie van bronne.
- Kruisvalidasie van navorsers word gedoen in die opsig dat daar saam met die groepsfasiliteerder ook 'n assistent tydens die fokusgroep teenwoordig is. Die assistent

maak klankopnames van die gesprek in die groep en neem ook veldnotas af. Die groepfasiliteerder en die assistent sal dan direk na afloop van elke groepsessie hulle waarneminge en notas vergelyk.

- Tydens data-analise word ook van kruisvalidasie gebruik gemaak aangesien die groepfasiliteerder, assistent en die navorser as analiseerders optree.

Verdere bedreigings vir **geldigheid** wat volgens Woods en Catanzaro (1988:137) in kwalitatiewe navorsing kan voorkom en wat dan in hierdie navorsing beheer sal word, is:

#### **(1) Waarnemingseffekte:**

- Dit kom voor waar die deelnemers as gevolg van die feit dat hulle waargeneem word, data verswyg of verdraaid voorstel om aanvaarbaar voor te kom (Woods & Catanzaro, 1988:137), en
- waar die navorser data kan interpreteer en weergee as gevolg van die navorser se eie posisie (Woods & Catanzaro, 1988:137). Die navorser in hierdie navorsing is 'n dosent in Algemene Verpleegkunde wat ook betrokke is by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie, wat dan ook maatrëels in hierdie verband noodsaak.

#### **Kontrolemaatrëels:**

- \* sy sal verseker dat onafhanklike teoretiese analise en kruisvalidasie van analiseerders tydens data-analise onjuiste response uitwys,
- \* 'n literatuurkontrolle om interpretasies van die navorser met bestaande literatuur en relevante navorsing te kontroleer sal uitgevoer word,
- \* in die verslag van die navorsingsresultate sal die navorser haar verbintenis met die navorsingsituasie bekend maak, en
- \* bevestiging van temas, kategorieë en inferensies sal met die deelnemers in die onderskeie groepe, na afloop van data-analise, gedoen word.

#### **(2) Seleksie en regressie:**

Dit kom voor waar deelnemers volgens Woods en Catanzaro (1988:137) by die steekproef ingesluit word deur middel van seleksie, wat tot gevolg kan hê dat die steekproef nie verteenwoordigend van die teikenpopulasie is nie.

### **Kontrolemaatrëels:**

Die navorser sal in hierdie verband 'n doelgerigte, gerieflikheids-, vrywillige steekproef neem. Nadat tussengangers (vgl. 2.3.2.1: p.31) die beskikbare deelnemers volgens die vasgestelde steekproefkriteria geselekteer het en die deelnemers vrywillig ingestem het tot deelname aan die fokusgroepe, sal die groepe deur 'n verdere ewekansige steekproefneming saamgestel word (vgl. 2.3.1.2: p.27). Die moontlikheid van regressie van data word in hierdie navorsing uitgeskakel aangesien data slegs eenmalig ingesamel word.

### **(3) Mortaliteit:**

Dit kom voor waar deelnemers volgens Woods en Catanzaro (1988:137) verlore raak indien hulle vir 'n lang tydperk tot deelname in die navorsing verbind word. In hierdie navorsing kan deelnemers tussen die eerste fokusgroep en die deelname vir die bevestiging van temas, kategorieë en inferensies verlore raak as gevolg van die tydsverloop van drie weke.

### **Kontrolemaatrëels:**

In hierdie opsig sal die navorser beskikbaarheid vir deelname tydens verifiëring van gekategoriseerde data by die seleksiekriteria insluit om sodoende mortaliteit te beperk. Die tydsverloop tussen data-insameling en verifiëring sal so kort as moontlik wees.

## **2.4.2 Toepaslikheid (Oordraagbaarheid)**

Aangesien kwalitatiewe, kontekstuele navorsing volgens Krefting (1991:220) as gevolg van die situasionele uniekheid nie veralgemeenbaar is nie, berus die verantwoordelikheid vir oordraagbaarheid nie by die navorser nie, hoewel voldoende data in die verslaggewing ter insae sal wees, indien ander navorsers die oordraagbaarheid sou wou beoordeel.

## **2.4.3 Konsekwentheid (Vertroubaarheid)**

Guba (soos aangehaal deur Krefting, 1991:221) is van mening dat die kriterium vir vertroubaarheid verband hou met die konsekwentheid van bevindinge. Hy gebruik die term **auditbaar** om die situasie te beskryf waar dit vir 'n ander navorser moontlik sou wees om die argumentasielyn van die navorser in 'n bepaalde studie te volg. Ten einde hierdie navorsing auditbaar te maak en vertroubaarheid te verhoog, sal die navorser 'n digte beskrywing van die metode van data-insameling, data-analise en gevolgtrekkings

gee. Hierdie beskrywing sal volgens 'n vasgestelde raamwerk (die Verplegingsteorie vir Mensheelheid) gedoen word. Dié maatreëls sal aandui hoe herhaalbaar of uniek hierdie navorsingsituasie is.

Verdere bedreigings vir **betroubaarheid** wat volgens Woods en Catanzaro (1988:136) in kwalitatiewe navorsing kan voorkom en wat dan in hierdie navorsing beheer sal word, is:

**(1) Die status van die navorser:**

Dit kom voor waar die navorser aan die deelnemers bekend is en betroubaarheid van die navorsing volgens Woods en Catanzaro (1988:136) beïnvloed kan word.

**Kontrolemaatrëels:**

Aangesien die navorser in hierdie navorsing 'n dosent in Algemene Verpleegkunde aan die deelnemende universiteit is, kliniese begeleiding van graadstudentverpleegkundiges in een van die hospitale doen en ook moderator in Algemene Verpleegkunde vir teorie en praktyk by die deelnemende verplegingskollege is, sal die navorser slegs as koördineerder by die fokusgroepe en as mede-analiseerder tydens data-analise optree, ten einde betroubaarheid in hierdie opsig te verhoog. Die navorser maak gebruik van 'n groeppasiliteerder wat onafhanklik is ten opsigte van die volgende:

- Sy is onbekend aan die deelnemers in die fokusgroepe.
- Die deelnemers is nie ondergeskik aan die groeppasiliteerder nie.
- Sy het geen betrokkenheid by hierdie navorsing nie anders as om die fokusgroepe waar te neem en as mede-analiseerder tydens data-analise op te tree.
- Sy is kundig met betrekking tot groepwerk aangesien sy 'n Psigiatrisiese Verpleegspesialis is met na-doktorale navorsingsondervinding in kwalitatiewe navorsingsmetodes.
- Sy het geen persoonlike of professionele betrokkenheid by die navorser nie anders as slegs die fasilitering van die fokusgroepe en data-analise.

Die navorser sal wel die groep tydens die bevestiging van gekategoriseerde data hanteer.

**(2) Keuse van deelnemers:**

Waar die deelnemers volgens Woods en Catanzaro (1988:136) deur 'n tussenganger geselekteer word, kan hulle sogenaamde "goeie" deelnemers wees, met eienskappe wat nie by die nie-deelnemers in die populasie aanwesig is nie.

**Kontrolemaatrëels:**

Ten einde hierdie bedreiging vir betroubaarheid uit te skakel, stel die navorser eksplisiete seleksiekriteria (vgl. 2.3.1.2: p.27) waarvolgens deelnemers doelgerig deur tussengangers geselekteer word en dan vanuit hierdie seleksie vrywillig instem tot deelname in die fokusgroepe. 'n Verdere ewekansige seleksie vanuit die vrywillige, potensiele deelnemers sal gedoen word.

**(3) Sosiale omgewing van die deelnemers:**

Dit kom voor waar deelnemers die toepaslikheid van hul response binne die bepaalde konteks kan bevraagteken (Woods & Catanzaro, 1988:136). In hierdie navorsing kan die deelnemers bedreig voel omdat hulle kan reken hulle bydrae tot kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige word beoordeel en daarom nie eerlike response gee nie.

**Kontrolemaatrëels:**

Om die betroubaarheid in hierdie opsig te verhoog, sal die groeppasiteerder die doelstelling van die navorsing voor die aanvang van elke fokusgroep aan die deelnemers verduidelik en die belangrikheid van hulle bydrae in die fokusgroep beklemtoon. Die assistent neem deurlopend tydens die fokusgroep veldnotas af en vergelyk haar waarneminge van die groepsituasie direk na afloop van elke fokusgroep met dié van die groeppasiteerder. Sodoende kan nie-verbale aanduidings dat response nie 'n werklike weergawe van die deelnemer(s) se belewenis nie, gedokumenteer word en tydens data-analise in ag geneem word.

**2.4.4 Neutraliteit (Bevestigbaarheid)**

Deur rou data, veldnotas, data-analisedokumente, interpretasie van kategorieë en formaat van vraagstelling beskikbaar te stel vir oudit, soos deur Lincoln en Guba (soos aangehaal deur Krefting, 1991:221) beskryf, sal die bevestigbaarheid van die navorsing verhoog word.

**2.5 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die navosingsontwerp en -metode volledig uiteengesit. Daar sal vervolgens in Hoofstuk 3 'n uiteensetting en bespreking van die resultate van die navorsing aangebied word.

# HOOFSTUK DRIE

## RESULTATE VAN DIE FOKUSGROEPE EN BESPREKING VAN DIE RESULTATE

### 3.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die navorsingsontwerp en metode wat vir hierdie navorsing beplan is. Vervolgens word die resultate wat na afloop van die navorsing en vanuit die data-analise van die fokusgroepe verkry is, in hierdie hoofstuk weergegee.

### 3.2 REALISERING VAN DIE FOKUSGROEPE

Vir die doel van hierdie navorsing (vgl. 2.3.1.1: p.27) is daar beplan om as navorsingspopulasie eenheidsverpleegkundiges vanuit drie hospitale en dosente van die universiteit en verplegingskollege in die Wesvaalstreek in die Noordwesprovinsie by die ondersoek te betrek. Slegs drie van die beplande vier fokusgroepe het vanuit die vier steekproewe gerealiseer, aangesien die verpleegdiensbestuurder van een hospitaal nie gewillig was om die eenheidsverpleegkundiges te nader vir deelname in die navorsing nie (vgl. Bylaag 6: p.225).

Die data is gevolglik verkry uit die bydraes van die deelnemers in drie fokusgroepe wat as volg gerealiseer het:

- **Groep 1: Eenheidsverpleegkundiges werksaam in algemene sale in hospitaal A.**

Aanvanklik is 12 eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A aan die hand van vasgestelde seleksiekriteria (vgl. 2.3.1.2: p.27) deur die verpleegdiensbestuurder geselekteer. Hierdie eenheidsverpleegkundiges moes die dag waarop die fokusgroep gehou is beskikbaar wees. Almal wat op dié wyse geselekteer is, het ingestem om vrywillig aan die fokusgroep deel te neem. Na 'n verdere ewekansige seleksie (vgl. weer 2.3.1.2: p.27) uit hierdie 12 potensiële deelnemers, is agt eenheidsverpleegkundiges telefonies deur die navorser gekontak om finale reëlings te tref. Van hierdie agt eenheidsverpleegkundiges het

ses opgedaag vir deelname aan die fokusgroep. Die deelnemers in die groep was Afrikaans- en Engelssprekend en die fokusgroep het ook in beide hierdie tale plaasgevind.

- **Groep 2: Eenheidsverpleegkundiges werksaam in algemene sale in hospitaal B.**

Op dieselfde wyse as hierbo is aanvanklik 14 eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal B aan die hand van vasgestelde seleksiekriteria (vgl. 2.3.1.2: p.27) deur die verpleegdiensbestuurder geselekteer. Van die 14 eenheidsverpleegkundiges wat op dié wyse gekies is, het 12 ingestem om vrywillig aan die fokusgroep deel te neem. Na 'n verdere ewekansige seleksie (vgl. weer 2.3.1.2: p.27) uit hierdie 12 potensiële deelnemers, is agt eenheidsverpleegkundiges telefonies deur die navorser gekontak om finale reëlins te tref. Van hierdie agt eenheidsverpleegkundiges het sewe opgedaag vir deelname aan die fokusgroep. Die deelnemers in hierdie groep was almal Afrikaanssprekend en die fokusgroep het ook in Afrikaans plaasgevind.

- **Groep 3: Dosente van die universiteit en verplegingskollege wat Algemene Verpleegkunde doseer en kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges waarneem.**

Twee dosente\* van die universiteit is doelgerig, aan die hand van seleksiekriteria (vgl. 2.3.1.2: p.27) deur die departementshoof geselekteer en beide het ingestem om vrywillig deel te neem aan hierdie fokusgroep. Vanuit die dosente en kliniese dosente van die verplegingskollege is 12 dosente/kliniese dosente deur die prinsipaal van die verplegingskollege doelgerig aan die hand van seleksiekriteria (vgl. weer 2.3.1.2: p.27) geselekteer. Hierdie dosente/kliniese dosente het almal ingestem om vrywillig aan die fokusgroep deel te neem. Na 'n verdere ewekansige seleksie uit hierdie 12 potensiële deelnemers, is ses dosente/kliniese dosente telefonies deur die navorser gekontak om finale reëlins te tref. (Die ander twee deelnemers in hierdie groep is die dosente van die universiteit.) Nege, in plaas van agt deelnemers, het opgedaag vir deelname aan die groep aangesien een wat nie by die ewekansige steekproef ingesluit was nie, maar wel aan die seleksiekriteria voldoen het, versoek het om aan te sluit by die groep. Die deelnemers in hierdie groep was Afrikaans- en Engelssprekend en die fokusgroep het in albei hierdie tale plaasgevind.

---

\*Dosente impliseer voortaan dosente én kliniese dosente.

### 3.3 DATA-ANALISE

Nadat 'n inhoudsontleding van die getranskribeerde fokusgroepe deur die navorser gedoen is, is die twee mede-analiseerders elk van 'n werkprotokol, skoon afskrifte van die drie transkripsies van die fokusgroepe en 'n afskrif van die veldnotas voorsien. Hierna het elkeen die inhoudsanalise afsonderlik gedoen, volgens 'n kombinasie van Kerlinger (1986:477-483) se metode wat 'n universum en eenhede van analise insluit en Giorgi (soos aangehaal deur Omery, 1983:57-58) se vyf basiese stappe vir inhoudsanalise behels.

Die universum waaruit data-analise vir hierdie navorsing gedoen is, het al die verbale response ingesluit wat deelnemers gegee het na aanleiding van die volgende ongestruktureerde fenomenologiese vraag:

Vraag aan eenheidsverpleegkundiges:

**"Beskryf u belewenis as eenheidsverpleegkundige in 'n algemene saal ten opsigte van u eie betrokkenheid en dié van die kollege- en universiteitsdosente by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges."**

**"Describe your experience as professional unit nurse in a general ward in relation to your own involvement and that of college and university lecturers in the clinical accompaniment of student nurses."**

Vraag aan dosente:

**"Beskryf u belewenis as dosent in Algemene Verpleegkunde ten opsigte van u eie betrokkenheid en dié van die eenheidsverpleegkundiges in die algemene sale by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges."**

**"Describe your experience as lecturer in General Nursing Science in relation to your own involvement and that of the professional unit nurses in the general wards in the clinical accompaniment of student nurses."**

Die response verteenwoordig dus die belewenis van die eenheidsverpleegkundiges en dosente oor hul eie betrokkenheid en dié van die ander lede van die kliniese begeleidingspan by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.

Woorde en temas is as eenhede van analise geïdentifiseer en dit is in kategorieë en subkategorieë soos in tabel 2.2 (p.35) uiteengesit, ingedeel, alhoewel 'n oopheid ten opsigte van die identifisering van die kategorieë behou is om te voorkom dat eenhede in sekere kategorieë geforseer word. Sodoende is ruimte gelaat om kategorieë buite dié van die Verplegingsteorie vir Mensheelijkheid (ORU, 1990:136-142) te skep indien daar temas was wat nie ingepas het nie.

Vier weke na afloop van die fokusgroepe en die inhoudsanalise het die navorser en mede-analiseerders vergader vir 'n konsensusgesprek, wat vier ure geduur het. Inferensies van die woorde en temas wat deur elke analiseerder in kategorieë en subkategorieë geplaas is, is vergelyk totdat konsensus hieroor bereik is en veldnotas is gebruik om die bevindinge te verifieer.

Direk na afloop van die konsensusgesprek het die navorser die geanaliseerde data teruggeneem na die deelnemers in die afsonderlike fokusgroepe ten einde te verseker dat die gekategoriseerde data 'n werklike weergawe van hul belewenis, ten opsigte van hul eie en die ander se betrokkenheid by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, is. Hierdie verifiëringsgesprek wat ongeveer 45 minute geduur het, het plaasgevind in 'n lokaal by elke groep se werkplek nadat vooraf telefoniese reëlings met elke deelnemer getref is.

Die deelnemers in groepe 1 en 2 (eenheidsverpleegkundiges) het saamgestem met die gekategoriseerde data. In groep 3 (dosente) was daar egter 'n verskil ten opsigte van een van die kategorieë. Hierdie verskil is met die mede-analiseerders uitgeklaar en finale konsensus is bereik.

### **3.4 BESPREKING VAN RESULTATE VAN DIE DRIE FOKUSGROEPE**

Die resultate wat vanuit die drie fokusgroepe verkry is, word in afsonderlike tabelle aan die hand van die onderskeie kategorieë en subkategorieë weergegee. Die resultate reflekteer die response van die belewenis van elke individu in die fokusgroep, waar "N" dui op die aantal deelnemers in elke afsonderlike groep. Voorbeelde van individuele bydraes word uitgelig ten einde die kwaliteit van die belewenis aan te dui.

Die belewenisse van groep 1 ( ses eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A), groep 2 (sewe eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal B) en groep 3 (nege dosente vanuit die universiteit en verplegingskollege) sal afsonderlik, as belewenisse van die interne omgewing en belewenisse van die eksterne omgewing, soos in tabel 2.2 uiteengesit, bespreek word.

### **3.4.1 Belewenisse van die interne omgewing**

Die belewenisse van die interne omgewing word volgens die subkategorieë, liggaamlike, psigiese en geestelike belewenisse van die deelnemers in die fokusgroepe verdeel.

#### **3.4.1.1 Liggaamlike belewenisse**

Nie een van die fokusgroepe meld enige belewenis in hierdie verband nie.

#### **3.4.1.2 Psigiese belewenisse**

Die psigiese belewenisse van die deelnemers in elk van die drie fokusgroepe word elke keer afsonderlik onder die subkategorieë **emosionele, wils- en intellektuele** belewenisse weergegee.

##### **3.4.1.2.1 Emosionele belewenisse**

Volgens Okun (1982:51) kan emosionele belewenisse in vier hoofgroepe, naamlik **woede, vrees, hartseer en blydskap** verdeel word. Die emosionele belewenisse wat in die onderskeie fokusgroepe voorgekom het, het soms emosies in al vier hierdie hoofgroepe bevat, maar soms net emosies uit twee of drie van hierdie hoofgroepe. Die emosionele belewenisse, soos dit in die drie groepe voorgekom het, word vervolgens afsonderlik bespreek.

- **Emosionele belewenisse van groep 1 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A)**

In hierdie groep het emosionele belewenisse in twee van die vier hoofgroepe emosies, naamlik **vrees** en **hartseer**, voorgekom (vgl. tabel 3.1 : p.50). Hier volg 'n bespreking om die resultate van tabel 3.1 toe te lig:

\* *Vrees*

'n Gevoel van onsekerheid word ge verbaliseer. Die eenheidsverpleegkundiges voel onseker oor die verwagtinge wat dosente van hulle het met betrekking tot hul rol in kliniese begeleiding, asook onsekerheid of hul pogings tot kliniese begeleiding wel van so 'n aard is dat dit tot voordeel van die studentverpleegkundige strek. Hierdie gevoelens word as volg deur die groep ge verbaliseer:

"..., because you don't know what is expected of you, "  
 "..., and then you don't know whether the student is benefiting or what, "  
 "So, they the tutors expected us to deliver that eh, they don't actually guide us ... "

\* *Hartseer*

In hierdie groep was die emosie een van **magteloosheid**, omdat die deelnemers voel dat hul pogings om kliniese begeleiding te doen, nie realiseer nie en dat die studentverpleegkundiges gevolglik daar onder ly. Hierdie emosie word as volg uitgedruk:

"... you know, can't give e-e-e- the whole input ... you know, students and us suffering, 'cause it is sad when, let's say you are accompanying, ... you are suppose to ... "

**Tabel 3.1: Emosionele belewenisse van die deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges van hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

EMOSIONELE BELEWENISSE	N = 6
<u>VREES</u>	
'n Gevoel van onsekerheid oor wat van hulle verwag word.	
<u>HARTSEER</u>	
'n Magtelose gevoel met betrekking tot die realisering van kliniese begeleiding.	

• **Emosionele belewenisse van groep 2 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal B)**

In groep twee het emosionele belewenisse in al vier hoofgroepe emosies, naamlik woede, hartseer, vrees en blydskap voorgekom (vgl. tabel 3.2 : p.54) en dit sal vervolgens bespreek word.

\* *Woede*

Woede word geverbaliseer as:

◇ *Frustrasie*

Eenheidsverpleegkundiges ervaar frustrasie omdat hulle te min tyd en personeel het om die begeleiding te doen wat hulle graag wil, soos blyk uit die volgende:

"... maar dis verskriklik erg ... frustrerend ... ons het nooit regtig die tyd en personeel om hierdie mens te begelei nie."

"... , jy is so gefrustreerd, want jy wil graag die goed nou klaar doen, maar jy wil die kind ook graag help."

◇ *Ongeduld*

Ongeduld word deur die eenheidsverpleegkundiges beleef omdat die studentverpleegkundiges nie genoeg ervaring het nie, soos die volgende respons aandui:

"... , dan't sy nie die ondervinding en weet glad nie ... en dan voel jy jy kan vir hulle sê maar jy werk nou al 'n week hier, weet jy nou nog nie dat ... "

◇ *Kwaad*

Die eenheidsverpleegkundiges word kwaad vir die dosente omdat hulle reken die dosente verwag te veel van die studentverpleegkundiges. Hierdie belewenis blyk uit die volgende:

"... partykeer so kwaad vir hierdie dosent wat gedink het, maar hemel, verwag jy nou wragtag hierdie kind moet al hierdie goed kan doen."

◊ Wantroue

Die eenheidsverpleegkundiges voel wantrouig teenoor die studentverpleegkundiges omdat hulle nie seker voel oor hul vlak van ervaring nie. Dit blyk uit die volgende stelling:

"... jy kan nie jou pasiënt blootstel nie ... aan hierdie risikos as jy nie in jou hart seker is dat dit reg gedoen word nie."

◊ Verlies van vertroue

As gevolg van die studentverpleegkundige se onervarenheid ten opsigte van verpleegtake vertrou die eenheidsverpleegkundige haar nie genoeg om take aan haar te deleger nie. Die volgende aanhalings dui daarop:

"Jy moet vertrou op die verpleegsters. En hulle moet die regte prosedure ken en hulle doen nie altyd so nie."

"... , dis verskriklik moeilik om iemand te vertrou ... om vir 'n tweedejaar te sê: gaan doen die EKG's, ... want jy weet hierdie verpleeghulp wat hier werk, doen dit in elk geval elke dag en jy kan haar vertrou."

\* *Hartseer*

Hartseer word geverbaliseer as skuldgevoelens en gevoelens van jammerte.

◊ Skuldgevoelens

Eenheidsverpleegkundiges verbaliseer hul skuldgevoelens omdat hulle nie by hul begeleidingstaak uitkom nie, as volg:

"... jy voel verskriklik skuldig, want hulle kom vra vir jou ... maar daar is net nooit die geleentheid nie."

"... en dan voel jy alweer skuldig, want jy kom nie by hierdie persoon uit nie."

◊ Jammerte vir die studentverpleegkundige asook vir hul kollegas

Die eenheidsverpleegkundige ervaar 'n gevoel van jammerte vir die studentverpleegkundiges as gevolg van hul druk program en ook omdat hulle swak punte kry wanneer die dosent hulle in die praktykarea kom evalueer.

Hulle voel ook jammer vir hulle kollegas in die praktyk, omdat daar nie tyd is om die studentverpleegkundiges te begelei en seker te maak dat hulle reg werk nie.

Hierdie gevoelens word as volg aangedui:

"... ek is jammer vir hulle, want hulle (studente) het 'n stywe druk program wat hulle moet gaan, ... eh ... die pas volhou."

"Ek kry hulle jammer, want hulle kry hierdie swak punte, want hulle het nou verkeerde terugvoer gegee."

"En nou kry ek vir hulle baie jammer, die opgeleide personeel, omdat hulle regtig nie die tyd het om seker te wees dat dinge reg gedoen word nie."

#### \* *Vrees*

Vrees word geverbaliseer as gevoelens van:

##### ◇ Ontoereikendheid

Eenheidsverpleegkundiges ervaar 'n gevoel van ontoereikendheid omdat hulle nie op hoogte is met die nuutste verwickelinge nie, en omdat hulle voel hulle het nie die nodige kennis nie, soos blyk uit:

"... , want ons is rolmodelle vir hulle ... dink hulle ... nee jy leer hierdie vier jaar of wat... en jy weet nog nie eers alles nie..."

##### ◇ Onsekerheid

Gevoelens van onsekerheid word beleef op twee vlakke: (i) omdat hulle nie op hoogte is met die nuutste verwickelinge nie en (ii) ook ten opsigte van hul verhouding met die dosente, soos uit die volgende aanhalings blyk:

"Maar nou kry jy dit van die student en jy weet nie ... moet jy dit andersom doen nie ..."

"Want omdat jy onseker is, jy is nie seker jy weet, wat is nou die nuutste nie ... "

"Ek dink óf hulle is bang vir ons, ons is bang vir hulle. Ek weet nie wat nie ... daar's iets..."

◇ Oorweldig

Die groot getalle studentverpleegkundiges wat soms op een slag in 'n saal geplaas word, laat die eenheidsverpleegkundiges oorweldig voel omdat al' hierdie studentverpleegkundiges begelei en waargeneem moet word. Dit blyk uit die volgende aanhalings:

"... hulle oordonder jou, jy weet nie waar jy links of regs moet draai nie."  
"En dan die volgende maand, dan storm hier twintig studente op jou af, ..."

**Tabel 3.2: Emosionele belewenisse van die deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

EMOSIONELE BELEWENISSE	N = 7
<u>WOEDE</u>	
Gevoelens van frustrasie ten opsigte van tyd en personeel	
Ongeduldig met studentverpleegkundiges	
Kwaad vir dosente	
Wantroue teenoor studentverpleegkundiges	
Verlies van vertroue in studentverpleegkundiges	
<u>HARTSEER</u>	
Skuldgevoelens met betrekking tot hul betrokkenheid by kliniese begeleiding	
Jammer vir die studentverpleegkundige	
Jammer vir die geregistreerde verpleegkundiges	

EMOSIONELE BELEWENISSE	N = 7
<u>VREES</u>	
Gevoel van ontoereikendheid met betrekking tot hul kliniese begeleidingsrol	
Onsekerheid ten opsigte van hul kennis, ontwikkeling in die professie en verhouding met dosente	
Voel oorweldig deur onhanteerbare getalle studentverpleegkundiges in die sale	
Voel onveilig as gevolg van 'n hoë werklading, verantwoordelikheid en kultuurverskille	
<u>BLYDSKAP</u>	
Kliniese begeleiding word as bevredigend beleef	

Belewenisse van vrees, soos in tabel 3.2 : p.54 weergegee word voorts bespreek.

◇ Onveiligheid

Die eenheidsverpleegkundiges ervaar 'n gevoel van onveiligheid ten opsigte van die verhouding oor die kultuurgrense heen, tussen kollegas en ook tussen eenheidsverpleegkundiges en studentverpleegkundiges, wat as volg uitgedruk is:

"... ek het deur 'n stadium gegaan wat ek te bang was om iets te sê omdat ek bang was ek sê die verkeerde ding."

Hierdie onveiligheid word ook ervaar rondom die feit dat die werklading en verantwoordelikheid groot is. Hierdie belewenis word as volg geformuleer:

"...as 'n mens dit dalk nou sien uit die oogpunt van 'n kliniese dosent ... Want in 'n sekere mate voel 'n mens maar ... half onveilig ... omdat jy 'n sekere hoeveelheid werk het wat jy moet afhandel, ... jy kan nie by alles uitkom nie."

\* *Blydskap*

Blydskap word as 'n gevoel van bevrediging weergegee.

'n Gevoel van bevrediging word ervaar wanneer dit moontlik is om kliniese begeleiding te doen, vergelyk:

"So in daai opsig dink ek ... is dit vir my redelik bevredigend om te sê ek kan hulle wel begelei in hul kliniese ervaring."

- **Emosionele belewenisse van groep 3 (Dosente vanuit die universiteit en verplegingskollege)**

In groep drie het emosionele belewenisse in drie hoofgroepe, naamlik *woede*, *vrees* en *blydschap*, as volg voorgekom (vgl. tabel 3.3 : p.57):

- \* *Woede*

Woede word in hierdie groep geverbaliseer as:

- ◊ Frustrasie

'n Gevoel van frustrasie word beleef rondom die probleem dat studentverpleegkundiges se plasing en getalle dit vir die dosent onmoontlik maak om kliniese begeleiding in die beskikbare tyd te doen. Ook die onbekombaarheid van toerusting en die sisteem van voortdurende evaluering wat verhinder dat werklike kliniese begeleiding gedoen kan word, skep frustrasie. Dit blyk uit die volgende response:

"... , ek voel ook baie onvergenoegd en gefrustreerd in my begeleidingsrol, ... want 'n mens moet deurlopend beskikbaar wees en weens hul plasing en getalle maak dit dit heeltmal onmoontlik."

"Ons het basies dieselfde frustrasies, ... net in die opsig dat ons nóg minder tyd met die studente het, dat hulle nóg minder in die situasie is en ons nog meer evalueringsgeoriënteerd raak."

"want ewe skielik het hier 'n onding voor ons verrys, ... evaluering ... die evaluerings!"

**Tabel 3.3: Emosionele belewenisse van die deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

EMOSIONELE BELEWENISSE	N = 9
<u>WOEDE</u>	
Frustrasie word beleef rondom tyd, studentverpleegkundige plasing en -getalle, toerusting en evalueringstelsel	
Geïrriteerdheid omdat tyd verlore gaan as gevolg van swak beplanning	
Verlies van vertroue in die eenheidsverpleegkundige	
<u>VREES</u>	
Bekommernis oor kliniese onderrig	
Verwarring met betrekking tot die verskil tussen teorie en praktyk	
<u>BLYDSKAP</u>	
'n Gevoel van tevredenheid wanneer begeleiding wel gedoen word	

Emosionele belewenisse van dosente van die universiteit en verplegingskollege, soos in tabel 3.3 : p.57 weergegee, is verder as volg:

◇ Geïrriteerdheid

Geïrriteerdheid ontstaan as gevolg van die feit dat daar voortdurend na toerusting gesoek moet word voordat eers begin kan word met demonstrasies, soos blyk uit die volgende:

"... dit is knaende deurlopende irritasie, ... 'n irriterende gesoek na dinge wat nie daar is nie."

◇ Verlies van vertroue

Daar bestaan 'n verlies van vertroue in die eenheidsverpleegkundige met betrekking tot kliniese begeleiding, aangesien hulle te veel konsentreer op kuratiewe sorg en dus nie voorsien in die studentverpleegkundiges se leerdoelwitte nie. Hierdie belewenis blyk soos volg:

"And what I've realized is that I don't count on the professional nurses, ... and so tutored to be curative ... a different orientation from the students' objectives."

\* *Vrees*

Vrees word uitgespreek as belewenisse van:

◇ Bekommernis

Hierdie bekommernis bestaan ten opsigte van die waarde van kliniese onderrig waar die onderrig verskil van die praktyksituasie. Dit blyk uit die volgende aanhaling:

" ... nou kry ek hierdie gevoel van as dit regtig gaan soos wat hulle nou hier vertel in die sale, dan kan ek nie sien hoe enige student kan werk soos wat ek hulle oplei nie ... , hoeveel meer tyd vat dit om 'n bakkie te vat en 'n spuit in te sit as om dit in jou hand te gryp ... "

◇ Verwarring

Die gevoel van verwarring ontstaan as gevolg van die feit dat die verskil tussen teorie en praktyk 'n gegewe is. Die volgende respons is hier beduidend:

" ... so ek weet nie waar die leemtes lê dat ons moet kort paaie neem nie. Dít verstaan ek nie ... "

\* *Blydskap*

Blydskap word as 'n gevoel van bevrediging geverbaliseer.

Die tevredenheid wat ontstaan wanneer dit vir die dosent moontlik is om kliniese begeleiding te doen, blyk uit die volgende response:

"... so ons is besig, maar dis lekker!"

### 3.4.1.2.2 Wilsbelewenisse

Wilsbelewenisse het slegs by eenheidsverpleegkundiges van hospitaal B voorgekom, soos in tabel 3.4 hieronder weergegee:

**Tabel 3.4: Wilsbelewensisse van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B), ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

WILSBELEWENISSE	N = 7
Die eenheidsverpleegkundiges is gewillig om hul kennis en ervaring van die praktyk met dosente te deel	

Die eenheidsverpleegkundiges verbaliseer hulle *gewilligheid* om hul ervaring en kennis in die praktyk met dosente te deel as volg:

"En ons is altyd so bereid om te deel dit wat ons het ..."

### 3.4.1.2.3 Intellektuele belewensisse

Intellektuele belewensisse word vir die doel van hierdie bespreking onder die volgende hoofde ingedeel:

- **Persepsies**, waaronder:
  - \* Algemene persepsies van kliniese begeleiding
  - \* Persepsies van die studentverpleegkundige
  - \* Persepsies van die eenheidsverpleegkundige
  - \* Persepsies van die dosent
- **Probleemoplossing**
- **Verdedigingsmeganismes**

Al hierdie intellektuele belewensisse kom nie by al drie die groepe voor nie en vervolgens sal die intellektuele belewensisse soos dit in die drie groepe na vore gekom het, afsonderlik bespreek word.

- **Persepsies wat deur groep 1 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A) weergegee word, is die volgende:**

\* **Algemene persepsies** wat deur die **eenheidsverpleegkundiges** in hospitaal A as intellektuele belewensse weergegee word (vgl. tabel 3.5: p.64), is as volg:

- ◊ **Gapings met betrekking tot kommunikasie en begeleidingsinstrumente**

Die persepsies van die eenheidsverpleegkundige dat daar gapings bestaan met betrekking tot kommunikasie en instrumente, blyk uit die volgende aanhalings:

"Daar is vir my baie groot gapings, want as mens vir hulle met die evaluering sekere vrae vra, ... goed waarmee jy groot geword het ... dan weet hulle dit nie."  
"They (tutors) must be at ward level so that they can try to get discrepancies ... 'cause if they don't come ... it means there's still going to be loopholes in communicating."

- ◊ **Die verlede was anders**

Wanneer verwys word na die verlede van kliniese begeleiding wat anders was, word verwys na hoe kliniese begeleiding in die verlede gerealiseer het en dat dit verkieslik is, soos die volgende uittreksel aantoon:

"What we have done, the years ... when we were students is that ... eh ... the tutors ... they came with us and they show us the procedures, according to the format they have and then there after, when we come to the wards ... the sisters in the wards helped us to do those procedures."

- ◊ **Prosedures is gestandaardiseer/nie gestandaardiseer nie**

Dit blyk duidelik uit die response van eenheidsverpleegkundiges wat vanuit verskillende afdelings kom, dat daar 'n verskil in belewens is ten opsigte van die standardisasie van prosedures, soos aangedui deur:

"... soos die een in teater werk, so werk almal en daar is 'n standaard waarvolgens ons werk."  
"And then the demonstrations in the wards are poorly done, because of poor standardization."

◇ Kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges

Die eenheidsverpleegkundiges verskil ten opsigte van hul belewenis van die kommunikasie tussen die eenheidsverpleegkundiges en die dosente wat bestaan of nie bestaan nie, soos blyk uit hul response.

"Ek weet nie as daar nie kommunikasie êrens by die ander sale is nie ... ek het nie 'n probleem nie."  
"... so you know there's no, that communication between a tutor and a ward sister."  
"En dan skryf jy nou in jou kommentaar, maar jy kry nie terugvoer nie."

◇ Houdings beïnvloed kliniese begeleiding

Die persepsie in die groep is dat die eenheidsverpleegkundige se houding teenoor kliniese begeleiding 'n belangrike invloed het op die realisering van die begeleiding, soos blyk uit die volgende:

"Ek weet nie ... as jy net 'oop' is ... "  
"Ek dink as opleiding nie regtig vir mens na aan die hart lê nie, dan is mens onbetrokke daarby ... "

◇ Fokus op evaluering

Dit blyk dat die fokus van begeleiding, volgens die eenheidsverpleegkundige se persepsie, hoofsaaklik gerig is op evaluering van die studentverpleegkundige, soos onder meer aangedui deur:

"... , of dan gaan doen hulle die evaluering by die dosent."  
"I was working night duty ... and then I assist a first year student the ... she actually came to me and ask me to evaluate her"

\* **Eenheidsverpleegkundiges se persepsies van die studentverpleegkundige** in die kliniese begeleidingsituasie (vgl. tabel 3.5: p.64) word as volg geverbaliseer:

◇ Die studentverpleegkundiges is oningelig

Die eenheidsverpleegkundiges ervaar dat daar soms basiese kennis is wat die studentverpleegkundige behoort te hê en dat dit nie die geval is nie. Hulle verbaliseer dié belewenis soos volg:

"Hulle weet dit nie ... en dan voel 'n mens, maar dis die inligting wat eintlik vir hulle gegee moet word, ... maar dan weet hulle dit nie."

◇ Studentverpleegkundiges is verward

Die kommunikasie met betrekking tot die studentverpleegkundige se kliniese onderrig tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges is volgens hierdie eenheidsverpleegkundiges nie na wense nie, wat dan verwarring by die studentverpleegkundige meebring omdat sy nie weet wat werklik van haar verwag word nie. Dit word soos volg uitgedruk:

"That's the problem, actually to the student nurses ... they don't know which is the correct procedure ... ja it's their main problem."

"... , and then I asked the student to produce his main objectives, whether the student ... is he aware of his main objectives? ... So that I can follow on those objectives. So the student was a little disorientated."

◇ Studentverpleegkundiges is eiewys

Die studentverpleegkundiges weet nie wat van hulle in die praktyk verwag word nie as gevolg van die kommunikasiegaping tussen dosent en eenheidsverpleegkundige en volg dan hul eie koppe. Die deelnemers stel dit soos volg:

"Hulle besluit: 'nou sal ek maak soos wat ek wil'. Hulle luister nie na die dosent nie en hulle luister nie na die saalsuster nie."

◇ Studentverpleegkundiges is die werkmag

Eenheidsverpleegkundiges sien die studentverpleegkundige as die werkmag in die praktyk-area, soos geïllustreer deur die volgende stelling:

"The student ... at the end of the day ... is the working force you see."

◇ Die studentverpleegkundige moet self verantwoordelikheid vir leer aanvaar

Die deelnemers reken dat dit soms die studentverpleegkundige is wat nie voorbereid is nie en dat dit nie te doen het met die dosent of die eenheidsverpleegkundige se kliniese begeleiding nie. Die eenheidsverpleegkundige reken die studentverpleegkundige moet ook self verantwoordelikheid aanvaar vir haar leerervaring en hulle stel dit soos volg:

"En hulle het riglyne ... daai student wat nie die riglyne gehad het nie, was dalk nie voorbereid vir haar prakties nie."

◇ Studentverpleegkundiges is bang vir die eenheidsverpleegkundige

Die studentverpleegkundige se gewilligheid om te leer, hang soms af van die eenheidsverpleegkundige se houding. Dikwels kom die eenheidsverpleegkundige koud voor en dan is die studentverpleegkundige te bang om haar te nader, of vermy sy haar selfs. Hierdie belewenis word as volg weergegee:

"... , want hulle is bang. Nou skram hulle, die student weg. Daai kind is heeltemal verbouereerd."

◇ Die studentverpleegkundiges is onbeholpe

Die deelnemers beleef die studentverpleegkundiges as onbeholpe ten opsigte van alledaagse verpleegtake. Selfs die eenheidsverpleegkundiges wat pas afgestudeer het, word as onbeholpe ervaar. Vergelyk die volgende aanhaling:

"Jy gee hulle 'n ambusak en dan sê jy vir haar: 'Goed die ambulans hou stil, dis 'n pasiënt wat jy hier voor jou het' ... dan ... sy kan nie ... sy kan nie daai goed aanmekaar sit nie, ... die kloutjie by die oor bring nie."

**Tabel 3.5: Intellektuele belewenisse van die deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

INTELLEKTUELE BELEWENISSE	N = 6
<p><u>ALGEMENE PERSEPSIES VAN KLINIESE BEGELEIDING</u></p> <p>Gapings bestaan met betrekking tot kommunikasie en begeleidingsriglyne</p> <p>Kliniese begeleiding is nou anders as in die verlede</p> <p>Prosedures is gestandaardiseer/is nie gestandaardiseer nie</p> <p>Belewenisse van die kommunikasie tussen die dosente en die eenheidsverpleegkundiges</p> <p>Houdings beïnvloed kliniese begeleiding</p> <p>Die fokus van kliniese begeleiding is op evaluering gerig</p>	
<p><u>EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES SE PERSEPSIES VAN DIE STUDENTVERPLEEGKUNDIGES</u></p> <p>Die studentverpleegkundiges is oningelig</p> <p>Studentverpleegkundiges is verward</p> <p>Studentverpleegkundiges is eiewys</p> <p>Studentverpleegkundiges is die werkmag</p> <p>Die studentverpleegkundige moet self verantwoordelikheid vir leer aanvaar</p> <p>Studentverpleegkundiges is bang vir die eenheidsverpleegkundige</p> <p>Die studentverpleegkundiges is onbeholpe</p> <p>Studentverpleegkundiges word benadeel in die proses van swak kommunikasie tussen dosent en eenheidsverpleegkundige</p> <p>Graadstudentverpleegkundiges word nie paraat in die teater nie</p>	
<p><u>EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES SE PERSEPSIES VAN DIE DOSENTE</u></p> <p>Dosente is betrokke/onbetrokke by kliniese begeleiding</p> <p>Die dosent moet toesig hou oor die eenheidsverpleegkundiges</p> <p>Die eenheidsverpleegkundiges leer by die dosente</p>	
<p><u>EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES SE PERSEPSIES VAN HUL EIE BETROKKENHEID</u></p> <p>Die eenheidsverpleegkundige is betrokke/onbetrokke by kliniese begeleiding</p> <p>Die eenheidsverpleegkundige voel bedreig</p> <p>Die ouer eenheidsverpleegkundiges bied weerstand teen kliniese begeleiding</p>	

INTELLEKTUELE BELEWENISSE	N = 6
<p>Eenheidsverpleegkundiges het 'n negatiewe houding</p> <p>Eenheidsverpleegkundiges kry geen opleiding nie</p>	
<p><u>PROBLEEMOPLOSSING DEUR EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES</u></p> <p>Prosedures moet gestruktureer word</p> <p>Stel 'n standaard waarvolgens almal moet werk</p> <p>Dosente en eenheidsverpleegkundiges moet gereeld kommunikeer</p>	
<p><u>VERDEDIGINGSMEGANISMES VAN EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES</u></p> <p>Die deelnemers rasionaliseer met betrekking tot hul betrokkenheid by kliniese begeleiding</p> <p>Minimisering ten opsigte van die probleem van kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges</p>	

Die eenheidsverpleegkundiges se persepsies van die studentverpleegkundige soos in tabel 3.5 : p.64 weerspieël word vervolgens verder bespreek.

◇ Studentverpleegkundiges word benadeel

Die deelnemers is van mening dat dit die studentverpleegkundige is wat benadeel word omdat daar nie voldoende kommunikasie tussen die dosent en eenheidsverpleegkundige is nie en hulle stel dit soos volg:

"... so you know there's no, that communication between a tutor and a wardsister, you know .... students and us suffering .."

◇ Graadstudentverpleegkundiges word nie paraat in die teater nie

Die persepsie oor die graadstudentverpleegkundiges in die teater is, dat sy as gevolg van die feit dat hulle tyd en getalle met betrekking tot hul plasing nie goed beplan is nie, nie voldoende leerervaring opdoen nie. Hierdie persepsie word as volg weergegee:

"..., want dit het nou gebeur dat ek die tweedejaaruniversiteitstudente gehad het in die skoolvakansie, daar is nie baie operasies gewees nie, ... as mens hulle vandag gaan

vra: '...wat het jy in teater geleer?', dan gaan hulle sê 'niks nie' .. né, want hulle was 'n te groot groep, ..."

\* **Eenheidsverpleegkundiges se persepsies van dosente in die kliniese begeleidingsituasie** (vgl. tabel 3.5: p.64), word deur hierdie groep weergegee as:

◇ Dosente is betrokke/onbetrokke by kliniese begeleiding

Dit blyk duidelik uit hierdie persepsies van die eenheidsverpleegkundiges dat daar 'n verskil in mening bestaan ten opsigte van die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding en selfs 'n verskil tussen universiteits- en kollegedosente. Sommige eenheidsverpleegkundiges meen dat die universiteitsdosent gereeld in haar eenheid besig is met kliniese begeleiding terwyl van die ander noem dat hulle die dosente van die universiteit nooit sien nie, maar darem die kollegedosent soms op 'n afstand sien. Ander deelnemers het weer meer kontak met die kollegedosente. Vergelyk die volgende opmerkings in hierdie verband:

"Ek het nie die dosentes, of die kliniese personeel in die afdeling gesien waar ek gewerk het vir twee jaar nie ... ek het hulle gesien beweeg ..."

"... they don't actually come to the wards and explain the ... procedure to the children ... the tutors are not involved in the student accompanying."

"... , in my eie self kan ek nou glad nie saamstem met die mense nie. Hulle trap my saal deur, ..."

◇ Die dosente moet toesig hou oor die eenheidsverpleegkundiges

Daar het 'n persepsie uit die groep na vore gekom dat dit die dosent se verantwoordelikheid is om toe te sien dat die eenheidsverpleegkundiges wel hul begeleidingstaak nakom, soos deur die volgende aanhaling weerspieël word:

"... , so it (accompaniment) is the sister's responsibility, and it is also the tutor's responsibility, to see that the sister is doing her work."

◇ Die eenheidsverpleegkundiges leer by die dosent

Die eenheidsverpleegkundige leer by die dosent deurdat die dosent teenwoordig is in die eenheid en dan die voorbeeld van kliniese begeleiding stel. Vergelyk die volgende aanhaling:

"Alhoewel hulle van die kliniese dosente af leer ... hulle moet dit kom toepas in die praktyk."

\* Persepsies van die eenheidsverpleegkundige ten opsigte van hul eie **betrokkenheid** in die kliniese begeleidingsituasie (vgl. tabel 3.5: p.64) word deur die volgende weerspieël.

◇ Eenheidsverpleegkundiges is betrokke/onbetrokke by kliniese begeleiding

Daar bestaan 'n verskil in persepsies van die eenheidsverpleegkundige se betrokkenheid by kliniese begeleiding. Sommige reken hul is wel betrokke, terwyl ander reken hulle sien nie kans daarvoor nie. Vergelyk hieroor:

"... , dit vat mens nie lank om in daai hospitaal te wees om agter te kom daar's net 'n paar susters wat die evalueringsboeke teken ... "

"En hulle wil nie baie betrokke raak by die student nie, want die student het nuwe tegnologiedinge."

"Die saalsuster is regtig baie betrokke by onderrig van die studente."

◇ Die eenheidsverpleegkundige voel bedreig

Dit blyk soos volg uit die weergawe van die eenheidsverpleegkundiges dat hulle bedreig voel in die kliniese begeleidingsituasie omdat die studentverpleegkundiges vrae vra oor aspekte waarmee die eenheidsverpleegkundige nie op hoogte is nie:

"... en ek dink op die oomblik miskien wat 'n probleem is hierso is, die saalsuster voel bedreig. ....want die student vra vrae."

◇ Die ouer eenheidsverpleegkundiges bied weerstand teen kliniese begeleiding

Die eenheidsverpleegkundiges beleef van hul ouer kollegas as weerstandig teen kliniese begeleiding omdat hulle aan ander werkmodes gewoond is en nie bereid is om op hoogte te kom van die nuwe manier nie. Hierdie belewenis word soos volg weerspieël:

"Daar's baie saalsusters wat regtig lank terug ... en dan hou hulle by daai siening en daai werksmetodes.

"I've seen that happening. Especially to old sisters ... - they don't know about this new techniques and so on, so that's why they are resisting to teach the student nurses."

◇ Die eenheidsverpleegkundiges het 'n negatiewe houding teenoor kliniese begeleiding

Eenheidsverpleegkundiges beleef hul kollegas se reaksie teenoor kliniese begeleiding as negatief wanneer daar pogings aangewend word om die eenheidsverpleegkundiges op hoogte te bring van opleidingsdoelwitte. Daar is ook eenheidsverpleegkundiges wat reken dit is nie hulle werk om kliniese begeleiding te doen nie, soos die volgende aanhaling aandui:

"... 'n vergadering van die universiteit se kant af, hulle het probeer om aan die susters opleiding te gee, ... en dit was net afgeskiet, né, dit was baie negatief ervaar ..."

◇ Die eenheidsverpleegkundiges kry geen opleiding nie

Eenheidsverpleegkundiges voel dat die noodsaaklike opleiding wat hulle moet ontvang om kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges te kan doen, ontbreek. Vergelyk:

"The problem is that they are outdated and then ... if there is nobody who is helping them to try to teach the student."

"Daar moet onder verpleegkundiges meer onderrig gegee word, ... en dit is regtig 'n tekort wat daar is."

• **Probleemoplossing** wat deur eenheidsverpleegkundiges van hospitaal A aangebied word ten opsigte van die kliniese begeleidingsituasie(vgl. tabel 3.5: p.64), behels die volgende:

\* Prosedures moet gestruktureer word

Die eenheidsverpleegkundiges is van mening dat 'n prosedurelêer wat deur die studentverpleegkundige byderhand gehou word, hul taak in die kliniese begeleiding kan vergemaklik. Vergelyk die volgende aanhaling:

" ... what I feel, the students must have their own procedure file that when they are demonstrating something ... they ... you must have that procedure file ... you must know which procedure she is going to present tomorrow ... "

- \* Werkswyses moet gestandaardiseer wees

Die eenheidsverpleegkundiges reken dat 'n standaard waarvolgens almal moet werk, nodig is om kliniese begeleiding effektief te doen en hulle verbaliseer dit as volg:

"... ek ken nie die saalsituasie se goed nie, né, maar daar moet tog 'n standaard wees waarvolgens ons werk."

- \* Kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges

Dosente en eenheidsverpleegkundiges moet gereeld kommunikeer ten einde die beplanning en implementering van kliniese begeleiding effektief uit te voer. Dié voorstel word as volg geverbaliseer:

"... so my advice is that the sisters ... let's say the tutor notices that there are problems in this ward, she must discuss it with the sister ... "

"... we thought the tutor can facilitate the communication between the sisters."

- **Verdedigingsmeganismes** van rasionalisering en minimisering wat by hierdie eenheidsverpleegkundiges voorgekom het (vgl. tabel 3.5: p.64), word soos volg weerspieël:

- \* Rasionalisering met betrekking tot hul onbetrokkenheid by kliniese begeleiding word soos volg uitgedruk:

"Dis twee persone, né ... ek meen ... dit bly ons verantwoordelikheid om onderrig te gee. Mens kan nie van hulle verwag ... vandag het ek 'n stil teater, maar nou moet sy na my toe kom vandag, want môre het sy nie tyd nie. So, mens moet realisties wees ook omtrent die ding."

- \* Eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep minimiseer die behoefte aan kommunikasie met die dosent as volg:

"... ek meen ... ek sou hulle graag daar wou sien, maar dit is nie, ... dit is nie só 'n groot probleem nie ... dis nie 'n krisis ... nee geen krisissituasie nie ..."

- **Persepsies wat deur groep 2 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal B), weergegee word, is die volgende:**

Persepsies wat deur die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep weergegee word kan ingedeel word as:

- \* Algemene persepsies,
- \* Persepsies van die studentverpleegkundige,
- \* Persepsies van die dosente se betrokkenheid en
- \* Persepsies van hul eie betrokkenheid.

'n Kort bespreking van elkeen volg hierna:

- \* **Algemene persepsies** (vgl. tabel 3.6: p.78) wat deur die volgende aspekte weergegee word, is:

- ◇ Studentverpleegkundiges is onbekend

Studentverpleegkundiges is onbekend aan die eenheidsverpleegkundiges wat tot gevolg het dat daar voortdurende toesig nodig is. Hulle stel dit soos volg:

"... , maar jy moet nog toesig hou ... jy weet jy voel nie regtig om hierdie persoon te laat aangaan nie want sy's vreemd vir jou, jy werk nie elke dag saam met haar nie."

- ◇ Die delegering van verpleegtake aan studentverpleegkundiges is moeilik

Die eenheidsverpleegkundiges vind dit moeilik om verpleegtake aan studentverpleegkundiges te deleger omdat hulle dan nog moet toesig hou ook. Vergelyk:

"... , kan jy nie die verantwoordelikheid totaal vir haar gee nie, want jy weet jy gaan nie die tyd kry om weer te kyk nie."

- ◇ Verlies aan leergeleenthede

Leergeleenthede in die eenhede gaan verlore as gevolg van die feit dat die studentverpleegkundiges se teenwoordigheid in die eenhede sporadies van aard is. Vergelyk:

"Want môre kan jy haar ook nie weer reg wys nie, môre kom jy agter dit en dit was 'n leemte, maar sy's nie môre weer in die saal nie."

#### ◇ Gaping tussen teorie en praktyk

Die eenheidsverpleegkundiges reken dat hierdie gaping tot gevolg het dat die dosent nie 'n realistiese beeld van die vaardigheid van die studentverpleegkundige het nie en dat haar verwagtinge van die studentverpleegkundige in die praktyk ook onrealisties is. Die eenheidsverpleegkundige reken dat die dosent se persepsies van die praktyk verskil van dié van die eenheidsverpleegkundige, wat hierdie teorie-praktykgaping tot gevolg het. Hierdie gaping word ook al groter as gevolg van stygende onderrigstandaarde terwyl die praktykstandaard agteruitgaan. Hierdie teorie-praktykgaping skep ook ongemak by die studentverpleegkundige. Hierdie aspekte word soos volg beklemtoon:

"... want hulle (studentverpleegkundiges) moet nou hierso sê dit word so en so gedoen volgens die boeke, want voor hulle heilige siele weet hulle dit kan nie so in die saalopset werk nie en dit maak dit vir hulle verskriklik ongemaklik."

"Nou sy's dalk hierdie uitstaande akademiese student, maar sy's heeltemal ... heeltemal ... die kluts kwyt wanneer dit kom by praktika en dan weet hulle (dosente) dit nie."

"... en ek dink nie ons let op na sekere dinge waarna die dosente oplet nie."

"Dat dit is asof dit wat die studente geleer word baie gevorderd is en al meer gevorderd raak ... en is jou standaard (praktyk) teenoorgestel van wat hulle vorder, ..."

#### ◇ Kommunikasiegaping tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges

Die eenheidsverpleegkundiges beleef 'n gaping in kommunikasie tussen hulle en die dosente wat lei tot 'n gebrek aan eenvormige kliniese begeleiding en gebrekkige terugvoer oor 'n studentverpleegkundige se vordering of probleme. Hierdie kommunikasiegaping word soos volg deur hulle geverbaliseer:

"Môre, oormôre ... oor twee weke sien jy die dosent, dan het jy lankal daai kind vergeet."

"... maar dit lyk vir my hulle kommunikeer nie eintlik met ons nie, ... hulle is net meer ... daar vir die studente."

◇ Die fokus van kliniese begeleiding is op evaluering gerig

Die fokus van kliniese begeleiding is op evaluering gerig en dit word soos volg deur die eenheidsverpleegkundiges beleef:

"... maar net as hulle praktiese prosedure kom doen ... ja, ... eksamen, maar hulle kom nie om te kyk of werk hulle reg, of kom leer hulle iets daar nie."

" die suster kom dan op diens en al wat sy die heeldag doen, is sy doen evaluering, evaluering."

◇ Evalueringinstrumente is irrelevant en onnodig

Die eenheidsverpleegkundiges beskou die evalueringinstrumente as irrelevant en onnodig en hulle verbaliseer dit soos volg:

"..., dan leer hulle daai instrument uit hulle koppe uit ... hulle mis nie 'n punt nie ... en jy weet vir 'n feit dis nie so 'n 'bright nursie' nie."

"Ja, want jy kan nie, as 'n student 'n prosedure doen, kan jy sommer 'n punt gee op daai, ... kan jy sommer evalueer uit jou kop uit. Kan jy sommer weet hierdie persoon behoort te slaag. Ja, daai instrument gee 100% miskien wanneer hulle dit nie verdien nie."

◇ Konsekwente kliniese begeleiding is onmoontlik

Selfs om die studentverpleegkundige tydens een prosedure enduit te begelei, is volgens die eenheidsverpleegkundiges nie moontlik nie. Hulle stel dit soos volg:

"Jy kan nie 'n verpleegkundige kry wat die hele dag vir hulle begelei nie... dit is onmoontlik in onse saal om ... vir 'n hele prosedure ... 'n student te begelei."

◇ Dosente se kontak met studentverpleegkundiges is onvoldoende

Die eenheidsverpleegkundiges reken dat die beplande kontakssessies wat die dosente met studentverpleegkundiges reël, onvoldoende in kliniese begeleiding is. Vergelyk die volgende aanhaling:

"Nou jy kan nie van 'n kliniese dosent net miskien vier keer 'n maand gebruik maak op 'n kontakssessie nie. Dit maak nie vir my regtig eintlik sin nie."

◇ Kliniese begeleiding was in die verlede anders

Die eenheidsverpleegkundiges het die kliniese begeleidingsituasie en kontak met dosente meer positief beleef in die tyd toe dosente nog permanent as kliniese dosente in die hospitaal teenwoordig was, dus voor alle dosente op die diensstaat van die verplegingskollege geplaas is met die verplegingskollege as hul permanente basis. Hierdie belewenis word soos volg uitgedruk:

" ... ek voel vroër, voordat ons kliniese dosente oorgegaan het kollege toe, het jy hulle meer in die saal gesien, jy't 'n oop gesprek gehad."

" ... jy't 'n ... amper 'n vertrouensverhouding met hulle opgebou ... toe hulle meer in die saal was."

◇ Kliniese begeleiding is tydrowend en 'n duplisering van take

Die eenheidsverpleegkundige sien kliniese begeleiding as tydrowend en 'n duplisering van take, wat ook kan aanleiding gee tot konflik, soos blyk uit die volgende:

"... , as jy nou iemand eers weer die prosedure gaan leer, dan het jy nou die tyd geneem om dit te leer. Dan moet jy nou weer terug gaan en sien het hierdie persoon, jy moet gaan kontroleer, waar jy intussen al tien ander take kon verrig het."

"En al hierdie dinge dink ek, gee tog in 'n mate aanleiding tot konflik ook weer in die saalsituasie. Omdat jy nie deur al jou werk kom nie, ..."

\* **Persepsies** wat die **eenheidsverpleegkundiges** in die kliniese begeleidingsituasie van **studentverpleegkundiges** het (vgl. tabel 3.6: p.78), word deur die volgende aspekte weergegee:

◇ Die studentverpleegkundiges kan nie hul kennis in die praktykarea toepas nie

Studentverpleegkundiges het die kennis, maar is onseker oor die toepassing daarvan in die praktyk. Hierdie belewenis word soos volg deur die eenheidsverpleegkundiges geverbaliseer:

" ... hulle het al hierdie kennis maar hulle kry nie die geleentheid om dit toe te pas nie, en dit maak hulle onseker."

◇ Die studentverpleegkundiges is stadig

Die studentverpleegkundiges is stadig omdat hulle te min in die praktykarea blootstelling kry. Eenheidsverpleegkundiges beskou dit soos volg:

"... die kinders se tempo is stadiger ... as normaalweg wanneer hulle elke dag in die sale sou gewees het."

◇ Die studentverpleegkundiges het 'n druk program

Die eenheidsverpleegkundige is bewus van die feit dat die studentverpleegkundige 'n druk program het en dat dit vir hulle moeilik is om die pas vol te hou. Hulle verbaliseer hierdie belewenis soos volg:

"Dit is vir my iets wat ek nogal agtergekom het ... want hulle het 'n stywe druk program, wat hulle moet gaan en die pas volhou."

◇ Studentverpleegkundiges onttrek hulle aan leerervarings en is nie staatmakers nie

Wanneer die studentverpleegkundige nie van die tipe werk in 'n spesifieke eenheid hou nie, onttrek sy haar in so 'n mate dat sy ook die leerervarings ontbeer. Die eenheidsverpleegkundiges beleef ook die studentverpleegkundige as iemand op wie sy nie kan staat maak in die kliniese praktykarea nie. Hierdie persepsie wat die eenheidsverpleegkundige van die studentverpleegkundige het, word soos volg uitgedruk:

"Dan, as hulle nie daarvan hou nie, ... jy weet dan sluit hulle hulle uit en hulle onttrek hulle ja."

"..., intussen het jy daai kind gevra, kan jy 'n EKG neem, ja suster ... goed ... nou kom jy daar... . dokter die EKG's is geneem ... en hier maak hy dit oop en jy voel soos 'n aap, dan voel jy hoekom het jy nie die verpleeghulp gevra ..."

◇ Die studentverpleegkundiges is bang

Die studentverpleegkundiges is bang om vir die eenheidsverpleegkundige iets te vra en soek liefse hulp by 'n medestudentverpleegkundige, want hulle is onseker oor die eenheidsverpleegkundige se gesindheid. Die eenheidsverpleegkundiges verbaliseer hul bewustheid hiervan soos volg:

"... , dan doen sy dit nie eers nie, dan doen die ander een dit en dan vra jy haar hoekom doen jy dit nie, dan sê sy nee, sy gaan my nou wys hoe."

"... , hulle is bang om te sê hulle weet nie van iets nie, bang vir 'n slegte verslag, of jy gaan 'n slegte indruk van hulle kry."

◇ Fokus op evaluering

Die eenheidsverpleegkundiges vind dat die studentverpleegkundiges ook in die kliniese begeleidingsituasie op evaluering fokus en dat hulle dit as angswekkend ervaar. Vergelyk:

"Nou kom sy in die eksamen, nou weet sy oeh! Jig, vandag is dit in totaliteit, dis nie net die instrument nie."

"In die eksamen is daar mos altyd vrees en spanning en dan doen jy mos alles verkeerd."

\* **Eenheidsverpleegkundiges se persepsies van die dosente** (vgl. tabel 3.6: p.78) word deur die volgende aspekte weergegee:

◇ Die aard van die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges

Die eenheidsverpleegkundiges verskil van opinie met betrekking tot die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea. Hulle beleef 'n verskil in betrokkenheid tussen universiteitsdosente en kollegedosente en reken dat die kollegedosent minder in die sale kom vandat hulle op die diensstaat van die verplegingskollege is, soos blyk uit die volgende stellings:

"Want jy kom agter as die dosente die dag kom hulle begelei ...vir die eksamen ...of jy weet ... 'n pasiëntstudie."

"... , die B. Cur-studente ... ek praat nie nou van hulle nie, hulle is gewoonlik, ... hulle is baie begelei."

Ek praat nou van die kollegestudente, nie van die graadkursusouens nie. Vandat die kliniese dosente nie meer hier in die hospitaal is nie, is dit vir my of mens hulle minder sien."

◇ Dosente se kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges is ondoeltreffend

Die eenheidsverpleegkundiges beleef die dosente se kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea as ondoeltreffend, soos blyk uit die volgende:

"Hierdie studente het regtig nie die begeleiding wat hulle moet kry nie."

◇ Dosente is bang

Eenheidsverpleegkundiges beleef die dosente as bang vir geslote afdelings en om te oortree op die terrein van die eenheidsverpleegkundige. Hulle stel dit soos volg:

"Weet jy ek weet nie of dit is dat hulle bang is vir die geslote afdelings, dat hulle nie daarna toe wil kom nie ... "

"Ek dink óf hulle is bang vir ons, ons is bang vir hulle. Ek weet nie wat nie ... daar's iets... "

◇ Dosente is onregverdig en onrealisties in hul verwagtinge

Eenheidsverpleegkundiges beleef die dosente as onregverdig teenoor die studentverpleegkundiges en ook dat hul verwagtinge van die studentverpleegkundiges onrealisties is, soos uit die volgende blyk:

"... ek kry die idee partykeer hóé! ... hierdie mense is darem baie hard met hierdie kinders, né."

"Ek weet hulle verwag seker kwaliteit, maar ek dink ons is meer realisties ten opsigte van wat is werklik moontlik in die ... saalopset."

\* **Persepsies wat die eenheidsverpleegkundiges het ten opsigte van hul eie betrokkenheid** by kliniese begeleiding (vgl. tabel 3.6: p.78), word op 'n hele aantal wyses weergegee.

◇ Eenheidsverpleegkundiges word uitgesluit by die kliniese begeleidingsproses

Eenheidsverpleegkundiges beleef dat hulle uitgesluit word by die proses van kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige ten spyte van die feit dat hulle wel die behoefte het om betrokke te wees by die beplanning van kliniese begeleiding, soos blyk uit die volgende aanhalings:

"... jy weet nie eintlik of hulle klaar is nie ... en dan praat hulle met die student en dan is hulle weer uit ... en jy weet nie regtig wat daar gepraat word nie ..."

"Maar ons as verpleegkundiges het nie direk te doen met die kurrikulum nie. Mens sou graag dink ek ... wou weet hoe verander hulle dit."

"... in die verlede het hulle van die susters gevra ... om ... eksaminators te wees. Dit was nogal vir my interessant gewees om nou deel te wees en dan te kyk waarna let hierdie mense regtig op."

◇ Die eenheidsverpleegkundige is nie op hoogte van die ontwikkeling in verpleegopleiding nie

Die eenheidsverpleegkundige vind dit moeilik om op hoogte te bly van ontwikkeling in verpleegopleiding en hulle word soms deur die studentverpleegkundiges op hoogte gebring. Hulle verbaliseer dit soos volg:

"'n Mens is ook nie self regtig altyd op hoogte met al die prosedures nie ..., want dit verander baie keer dat jy nie eers daarvan bewus is nie."

"... as die student in die saal kom, dan sê ek, vertel eers gou vir my wat is die nuutste ... andersins sou jy dit nie eers geweet het nie

**Tabel 3.6: Intellektuele belewenisse van die deelnemers in groep2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

INTELLEKTUELE BELEWENISSE	N = 7
<p><u>ALGEMENE PERSEPSIES VAN KLINIESE BEGELEIDING</u></p> <p>Studentverpleegkundiges is onbekend aan die eenheidsverpleegkundige</p> <p>Eenheidsverpleegkundiges vind dit moeilik om verpleegtake te deleger</p> <p>Leergeleenthede gaan verlore</p> <p>Daar bestaan 'n gaping tussen teorie en praktyk</p> <p>Daar is onvoldoende kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges</p> <p>Die fokus van kliniese begeleiding is op evaluering gerig</p> <p>Evalueringinstrumente is irrelevant en onnodig</p> <p>Konsekwente kliniese begeleiding is onmoontlik</p> <p>Bepaalde kontakssessies van dosente met studentverpleegkundiges is onvoldoende</p> <p>Kliniese begeleiding was in die verlede anders as tans</p> <p>Kliniese begeleiding is tydrowend en 'n duplisering van take</p> <p>Die verantwoordelikheid vir kliniese begeleiding gee aanleiding tot konflik</p>	

EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES SE PERSEPSIES VAN STUDENTVERPLEEGKUNDIGES

Studentverpleegkundiges het kennis, maar is onseker oor die toepassing in die praktykarea

Studentverpleegkundiges is stadig

Studentverpleegkundiges het 'n druk program

Studentverpleegkundiges onttrek hulle aan leerervarings

Studentverpleegkundiges is nie staatmakers nie

Studentverpleegkundiges is bang

Studentverpleegkundiges fokus ook op evaluering in die kliniese begeleidingsituasie en vind dit angswekkend

EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES SE PERSEPSIES VAN DOSENTE

Dosent is betrokke/onbetrokke by kliniese begeleiding

Dosente se kliniese begeleiding is ondoeltreffend

Dosente is bang

Dosente is onregverdig teenoor studentverpleegkundiges en hul verwagtinge is onrealisties

EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES SE PERSEPSIES VAN HUL EIE BETROKKENHEID

Eenheidsverpleegkundiges word uitgesluit by die kliniese begeleidingsproses

Eenheidsverpleegkundiges is nie op hoogte van die ontwikkeling in verpleegopleiding nie

Eenheidsverpleegkundiges is betrokke by kliniese begeleiding

Die eenheidsverpleegkundige is verantwoordelik vir die studentverpleegkundige se foute

PROBLEEMOPLOSSING

'n Eenheidsverpleegkundige in elke eenheid moet afgesonderd word vir kliniese begeleiding

Allokeer dosente in eenhede met die oog op kliniese begeleiding

Dosente moet die eenheidsverpleegkundiges oplei

Plaas minder studentverpleegkundiges per afdeling

Vervolgens volg 'n bespreking van verdere belewenisse wat eenheidsverpleegkundiges verbaliseer oor hul eie betrokkenheid by kliniese begeleiding, soos dit in tabel 3.6 : p.78 weerspieël word.

◇ Die eenheidsverpleegkundige is betrokke by kliniese begeleiding.

Eenheidsverpleegkundiges in die intensiewe sorgeenhede reken dat daar baie geleentheid is waar hulle kliniese begeleiding doen aangesien die individuele pasiëntallokasie 'n ideale leergeleentheid bied. Sommiges reken hulle neem alleen verantwoordelikheid vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges in die sale en gee ook aan die studentverpleegkundiges geleentheid om die eenheid te bestuur. Hierdie persepsies van die eenheidsverpleegkundiges blyk uit die volgende:

" ... in die intensiewe eenhede ... en daar's baie leergeleenthede vir hulle daar ... juis daar omdat dit totale verpleegsorg is."

"Ons probeer 'n punt daarvan maak om hulle wel die geleentheid te gee om die saal te 'run' ..."

◇ Die eenheidsverpleegkundige is verantwoordelik vir studentverpleegkundiges se foute

Die persepsie van die eenheidsverpleegkundige dat sy verantwoordelik gehou word vir die studentverpleegkundige se foute, skep 'n weerstand by haar ten opsigte van kliniese begeleiding, soos blyk uit die volgende:

"Ek dink die susters begin wegskeer oor die algemeen ... en dink ag wat ... dis nie my verantwoordelikheid ... solank ek nie die aap is wat vir die dokter moet sê ..."

• **Probleemoplossing** ten opsigte van die kliniese begeleidingsituasie wat deur hierdie groep eenheidsverpleegkundiges aangebied word (vgl. tabel 3.6: p.78), sluit die volgende in:

- \* Sonder 'n eenheidsverpleegkundige in die betrokke eenheid af om studentverpleegkundiges te begelei.
- \* Allokeer dosente aan spesifieke afdelings.
- \* Dosente moet eenheidsverpleegkundiges oplei.
- \* Plaas minder studentverpleegkundiges per afdeling.

Hierdie voorstelle word soos volg weergegee:

"Ons het al in ons afdeling so ver gegaan ... dan kyk ons op die afdienste ... sê nou maar ek hou daarvan om te begelei ... dan sê ons goed, maak 'n afspraak met suster X ..."

"Dit sou dalk miskien ... meer aanvaarbaar gewees het dalk, ... as 'n mens 'n kliniese dosent per twee afdelings gehad het."

"... minder op een slag in die teater ... veral wat hierdie nuwes betref ... sodat hulle darem by die ou hande kan leer."

• **Persepsies** wat deur groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) weergegee word, is die volgende:

Persepsies wat deur die dosente in hierdie groep weerspieël word, kan ingedeel word as:

- \* Algemene persepsies,
- \* Persepsies van die studentverpleegkundiges,
- \* Persepsies van die eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid, asook
- \* Persepsies van hul eie betrokkenheid

Hieronder volg 'n kort bespreking van elke aspek.

\* **Algemene persepsies** (vgl. tabel 3.7: p.87) wat deur die volgende aspekte weergegee word:

◇ Studentverpleegkundiges se praktykverantwoordelikhede is nie eweredig nie

Praktykverantwoordelikhede van studentverpleegkundiges in die onderskeie dissiplines is nie eweredig versprei nie. Die dosente reken dat die las in Algemene Verpleegkunde swaarder is as in die ander dissiplines, soos blyk uit die volgende:

"Met die vierledige kursus het hulle te veel praktykverantwoordelikhede teenoor verantwoordelikhede in die ander dissiplines ..."

◇ Kliniese begeleiding is idealisties en vind nie plaas nie

Die dosente beleef die kliniese begeleidingsituasie as 'n onbereikbare ideaal wat in elk geval nie plaasvind nie en indien wel, dan slegs oppervlakkig. Hulle verbaliseer dit soos volg:

"Om te kyk werk sy reg, om haar te help ensovoorts en daarby kan geen mens uitkom nie."

"... en te stap na die volgende saal toe en net waar probleme is aandag te skenk."

◇ Die fokus van kliniese begeleiding is op evaluering

Die dosente is evalueringgeïntereerd in die kliniese begeleidingsituasie en kom nie by meer uit as slegs evaluering nie. Daar word ook van hulle verwag om bewys te kan lewer van wat hulle bereik in die kliniese begeleiding, wat dan evaluering afdwing. Hulle verbaliseer dit soos volg:

"Maar ons het van die begin af gesê begeleiding is uit, al wat ons doen, is evalueer ..."

"..., want ewe skielik het hier 'n onding voor ons verrys, ... evaluering ... die evaluering."

"Vraag ... wys ... deliver the goods! Sit op die tafel wat jy gesien het in jou begeleiding, so in stede daarvan dat ons rustig met ons studente kan voortgaan en hulle leer, bly ons aanmekaar net vra wanneer gaan ek hulle geëvalueer kry."

◇ Situasië-onderrig

Situasië-onderrig word gewoonlik tydens kliniese begeleiding gedoen. Vergelyk:

"...en dan maak ek maar hoofsaaklik van leergeleenthede gebruik soos wat ek op hulle instap by 'n saal."

◇ Kontinuiteit in kliniese begeleiding

Daar is kontinuiteit in kliniese begeleiding waar die blokstelsel nie toegepas word nie. Hierdie kontinuiteit lei daartoe dat al die studentverpleegkundiges in die groep voordeel trek uit 'n spesifieke leerervaring. Vergelyk die volgende aanhaling:

"Daar's nie 'n kwessie van hulle is 'n maand uit blok uit ... versprei in die sale nie ... ek het hulle in 'n groep bymekaar elke dag ... waar ons dan bespreek en sê: 'kyk gister het ons op hierdie ding afgekom' ..."

◇ Kliniese begeleiding verskil van evaluering

Kliniese begeleiding en evaluering is nie dieselfde aktiwiteit nie en evaluering word deur die dosente as 'n klug beleef. Vergelyk:

" ... met betrekking tot die evaluerings en begeleiding ... ons moet hulle skei. Dit kan nie vir my dieselfde beteken nie."

" ... 'n dilemma is as jy nou regtig hulle wil begelei dan ontaard dit maar weer in ... leer hulle . . en jy kan nie evalueer nie of jy ... evalueer en kan nie leer nie ..."

◇ Die houding van al die persone wat betrokke is in die kliniese begeleidingsituasië, beïnvloed kliniese begeleiding

Die dosente beleef dat wanneer die eenheidsverpleegkundige se houding positief en studentgerig is, die studentverpleegkundiges ook graag in daardie eenheid wil werk. Hierdie belewenis blyk soos volg:

" ...ek het byvoorbeeld my plasings nou die dag gedoen, en almal wil daar werk... hoekom? ... 'sy's wonderlik' sê hulle 'sy leer ons aanmekaar'. En sy is in een van die moeilikste, besigste sale"

◊ Kliniese begeleiding was in die verlede anders as tans

Die persepsie dat daar in die verlede, ten spyte van dieselfde werkdruk, tóg kliniese begeleiding in die sale deur die eenheidsverpleegkundiges gedoen was, word soos volg geverbaliseer:

"I remember so many years ago, we were all very busy ... and there was time for the sisters to teach us... to work with us"

◊ Die teorie-praktykgaping in kliniese begeleiding

Daar bestaan 'n gaping tussen teorie en praktyk en die dosente reken dat hul verwagtinge van die praktyksituasie moontlik onrealisties kan wees. Vergelyk:

" ... die saalsuster sê reguit: 'Jy mag by die kollege so leer maar as jy werk werk jy só'. En hulle vat kort paaie."

"I'd also like to say that I think that it's not necessary a medical legal hazard ... I think it's more of taking a short cut ..."

\* **Persepsies wat die dosente in die kliniese begeleidingsituasie van die student-verpleegkundiges het** (vgl. tabel 3.7: p.87), word deur die volgende aspekte weerspieël:

◊ Die studentverpleegkundiges fokus op evaluering

In die kliniese begeleidingsituasie fokus die studentverpleegkundige op evaluering. Dié persepsie word soos volg weerspieël:

"As die student vir haar vra , kan suster my evalueer ..."

◊ Hoë eise word aan die studentverpleegkundiges gestel

Die dosente reken dat die eenheidsverpleegkundiges veral aan die eerstejaarstudent-verpleegkundiges onredelike hoë eise stel. Vergelyk:

"... ek voel die eerstejaars ... daar word baie van hulle verwag ... ontsettend meer as wat hulle kan."

"Sy sien nie rede in dat hierdie kinders nog nie eers die basiese verband geleer het nie."

◇ Studentverpleegkundiges is die werkmag in die hospitaal

Dosente se persepsie dat studentverpleegkundiges as 'n werkmag en nie as 'n leerder in die hospitaal beskou word nie, word soos volg weergegee:

"... en jy vind dat hulle hierdie student verplig om sekere prosedures te doen, want daar is niemand om dit te doen nie."

"... ek dink die grootste probleem by ons is dat die student ... het nie studentstatus nie ... sy is en bly die werkkrag in die saal."

◇ Studentverpleegkundiges aanvaar nie verantwoordelikheid vir eie leer nie

Die dosente reken dat studentverpleegkundiges verantwoordelikheid moet aanvaar vir hul eie leerervaringe. Hulle beleef egter dat die studentverpleegkundige kliniese onderrig uitsluitlik as die dosent en eenheidsverpleegkundige se verantwoordelikheid beskou. Dit kom voor asof hulle 'n afhanklikheidskultuur ontwikkel het en nie bereid is om die verantwoordelikheid vir hul eie leer te aanvaar nie. Hierdie persepsie blyk uit die volgende aanhalings:

"... maar ook dit wat ek vir die student saamgee om te gaan begelei op haar eie. Per slot van sake is dit hulle verantwoordelikheid om te leer."

"... iewers het daar 'n idee ontwikkel dat die dosent en die saalsuster verantwoordelik is vir hulle begeleiding."

◇ Studentverpleegkundiges is krities teenoor eenheidsverpleegkundiges

Studentverpleegkundiges het 'n kritiese houding teenoor die eenheidsverpleegkundiges, wat dan ook weer die eenheidsverpleegkundige se houding teenoor kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beïnvloed. Vergelyk:

"... sometimes you find out it is the attitude of the student who watch the sisters ... they always query that she is not doing the way that the tutors do it."

◇ Die kliniese begeleidingsituasie van die diplomastudentverpleegkundiges en die graadstudentverpleegkundiges verskil

Daar is 'n verskil in opinie tussen die dosente in hierdie groep ten opsigte van die status van die twee groepe studentverpleegkundiges. Sommige meen dat die

graadstudentverpleegkundiges botallig is terwyl die diplomastudentverpleegkundiges die werkmag in die hospitaal moet wees en dat dit hulle kliniese begeleiding bemoeilik, terwyl ander dosente hiervan verskil. Dié opinie van die dosente word soos volg weergegee:

"Ek dink daar is 'n verskil tussen die graadstudente en die diplomastudente..."  
"...graadstudente is nie botallig nie..."  
"Wanneer jy hier na ons toe kom kan jy maar sê hulle is botallig ... want hulle kom van dorpX af."

\* **Persepsies wat die dosente van hulle eie betrokkenheid in die kliniese begeleidingsituasie het (vgl. tabel 3.7: p.87), word deur die volgende belewenisse weerspieël:**

◇ Die dosent moet ook die eenheidsverpleegkundige oplei

Die dosent moet tydens die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges, ook die eenheidsverpleegkundige oplei, omdat die eenheidsverpleegkundige nie op hoogte is van die standarde en verwagtinge van kliniese opleiding van die studentverpleegkundiges nie. Vergelyk:

"... and when you do your accompaniment you not necessarily accompany the students alone, you also do accompaniment with the professional nurses because they tell you they have problems ... they don't understand the procedure ... were not trained the same ..."

◇ Dosente is betrokke by kliniese begeleiding

Dosente is betrokke by kliniese begeleiding en beleef dat hulle meestal alleen hierdie verantwoordelikheid dra. Dié belewenis word soos volg geverbaliseer:

"... when the students are out of block then we do accompaniment ...together with the wards or probably the nurses in the wards. But most of the time most of the things are done by the lecturer."

◇ Dosente word gekritiseer

Die dosente verbaliseer dat hulle te midde van 'n onmoontlike situasie deur die studentverpleegkundiges sowel as die bestuur van die kollege gekritiseer word omdat

hulle nie die kliniese begeleiding kan doen soos wat van hulle verwag word nie.

Vergelyk:

" ... maar die ander sale moet nog steeds begelei word, hoe kom jy by die ander sale uit? Want dit is baie vinnig wat 'n student vir jou sê, of wat jy vanaf die bestuur hoor, hierdie mense het gekla, hulle het gesê julle was die hele week nooit by hulle nie."

**Tabel 3.7: Intellektuele belewenisse van die deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

INTELLEKTUELE BELEWENISSE	N = 9
<u>ALGEMENE PERSEPSIES VAN KLINIESE BEGELEIDING</u>  Praktykverantwoordelikhede in die onderskeie dissiplines is nie eweredig nie  Kliniese begeleiding is idealisties en vind nie plaas nie  Die fokus van kliniese begeleiding is op evaluering  Situasie-onderrig word gedoen tydens kliniese begeleiding  Daar is kontinuïteit in kliniese begeleiding waar die blokstelsel nie toegepas word nie  Kliniese begeleiding is nie dieselfde as evaluering nie  Houding beïnvloed kliniese begeleiding  Kliniese begeleiding was in die verlede anders as tans  Daar bestaan 'n gaping tussen teorie en praktyk	

DOSENTE SE PERSEPSIES VAN STUDENTVERPLEEGKUNDIGES

Studentverpleegkundiges fokus op evaluering in die kliniese begeleidingsituasie

Hoë eise word aan studentverpleegkundiges gestel

Studentverpleegkundiges is die werkmag in die hospitale

Studentverpleegkundiges het 'n kritiese houding teenoor die eenheidsverpleegkundiges

Studentverpleegkundiges aanvaar nie verantwoordelikheid vir eie leer nie

Die kliniese begeleidingsituasie van die graadstudentverpleegkundiges en dié van die diploma-studentverpleegkundiges verskil

DOSENTE SE PERSEPSIES VAN HUL EIE BETROKKENHEID

Tydens kliniese begeleiding moet die dosent ook die eenheidsverpleegkundige oplei

Dosente is betrokke by kliniese begeleiding

Dosente word gekritiseer

Dosente is in staat/nie in staat om teorie en praktyk te korreleer

Dosente beleef geen begrip vanaf die eenheidsverpleegkundige nie

Dosente is onseker oor die studentverpleegkundige se praktykvaardigheid

Dosente manipuleer die eenheidsverpleegkundige

Dosente is op die produk van opleiding gerig en nie op die proses nie

DOSENTE SE PERSEPSIES VAN EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES

Eenheidsverpleegkundiges wil nie verantwoordelikheid aanvaar vir kliniese begeleiding nie

Eenheidsverpleegkundiges is nie op datum nie

Eenheidsverpleegkundiges se prioriteite is die dagtaak, doktersronktes, pasiëntsorg en eenheidsbestuur

Eenheidsverpleegkundiges is selektief in die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges

Daar is individuele verskille ten opsigte van bereidwilligheid, met die junior eenheidsverpleegkundige meer gewillig om kliniese begeleiding te doen

Eenheidsverpleegkundiges is onsimpatiek teenoor die studentverpleegkundiges

Eenheidsverpleegkundiges en dosente se siening van evaluering verskil

Eenheidsverpleegkundiges voel moedeloos.

Eenheidsverpleegkundiges is negatief ingestel teenoor dosente

VERDEDIGINGSMEGANISMES VAN DOSENTE

Dosente reageer verdedigend teenoor kritiek

Persepsies wat die dosente van hul eie betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges het, soos dit in tabel 3.7 : p.87 weerspieël word, word nou verder bespreek.

◇ Dosente is in staat/nie in staat om die teorie en praktyk te korreleer nie

Die dosente se persepsie van hul vermoë om die teorie en praktyk te korreleer, wissel. In sommige opsigte voel hulle dat waar studentverpleegkundiges nie in 'n bloksistiem werk nie, dit wel moontlik is om kontinuïteit in die leersituasie tussen teorie en praktyk te behou. Daar is egter ook die persepsie dat die dosente se praktykonderrig nie tred hou met wat uitvoerbaar in die eenhede is nie. Vergelyk:

"Well I think it is a good thing because the person who teach it in the class is able to follow it up in the ward."

"... dat ons dikwels vir die studente goed leer wat nie in die praktyk werk nie."

◇ Die eenheidsverpleegkundige het nie begrip vir die dosent nie

Die dosente se belewenis dat die eenheidsverpleegkundige geen begrip vir hulle probleme in die kliniese begeleidingsituasie het nie, blyk uit die volgende aanhaling:

"Ja hulle aanvaar (en almal verstaan dit nie) dis die dosent se verantwoordelikheid ... die student is nie hulle s'n nie..."

◇ Dosente is onseker oor die studentverpleegkundige se praktykvaardigheid

Die dosente meen dat hulle presies weet hoe vaardig die studentverpleegkundiges in die uitvoer van prosedures is, maar dat hulle onseker is oor die studentverpleegkundiges se vaardigheid in die algemene praktykarea. Vergelyk:

"Op hierdie stadium moet ek eerlik vir julle sê ek het nie 'n idee hoe vaardig my studente in 'n hospitaalsituasie is nie."

◇ Die dosente manipuleer die eenheidsverpleegkundiges

Die dosent reken dat dit nodig is om die eenheidsverpleegkundige te manipuleer om betrokke te raak in die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige. Vergelyk die volgende aanhalings:

"... so jy leer dan om diplomaties te wees ..."  
"... jy moet jou baie dom hou ... jy moet net vir die suster sê sy werk met hierdie goeters elke dag en sy kan dit beter doen as jy ... dan voel hulle baie goed en hulle dink hulle is baie slim .. Dan gaan hulle sommer aan met die prosedure en dan doen hulle sommer ekstra goed ook."

◇ Dosente is op die produk van opleiding gerig en nie op die proses nie

Die dosente verbaliseer dat hulle die studentverpleegkundige gereed wil kry vir haar toekomstige praktykverantwoordelikhede en daarom meer op die produk van kliniese begeleiding gerig is. Vergelyk:

"... maar ons klem is vir absoluut op om hierdie student te onderrig sodat sy as professionele verpleegkundige kan ... optree ... oor twee jaar ... waarheen sy ook al gaan ..."

\* **Persepsies wat die dosente van die eenheidsverpleegkundiges** in die kliniese begeleidingsituasie het (vgl. tabel 3.7: p.87), word deur die volgende weerspieël:

◇ Die eenheidsverpleegkundiges wil nie verantwoordelikheid aanvaar vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges nie

Die dosente is van mening dat die eenheidsverpleegkundiges reken dat dit die dosent se werk is om die kliniese begeleiding te doen. Sedert die verplegingskollege outonoom begin funksioneer het, is die gedagte ontwikkel dat die opleiding van studentverpleegkundiges nou uitsluitlik die dosent se verantwoordelikheid is. Vergelyk ter motivering:

"... die student is nie hulle s'n nie ... ja, uhm ... roep jou dosent ... sy sal dit ook baie reguit vir die student sê."

"... we have already lost the ward sister... the ward sister is very very very uninterested in the student."

"... it's the tutor's job. And the other thing of that ... autonomy of colleges ... is the thing that brought about this thing. They think that they're doing somebody else's work ..."

◇ Eenheidsverpleegkundiges is nie op datum nie

Die dosente se persepsie dat die eenheidsverpleegkundige se kennis nie meer op datum is om die studentverpleegkundige te kan begelei nie, word soos volg geverbaliseer:

"En persone wat sê maar tien jaar terug ... opleiding geneem het leer nou hierdie student verkeerde prosedure ... jy weet wat hom benadeel."

"... hulle sê werklik reguit ... maar kyk ek kan jou nie leer om dit te doen nie want ek doen dit nie soos wat julle dit doen nie."

◇ Eenheidsverpleegkundiges se dagtaak, pasiëntsorg en die geneesheer geniet prioriteit

Die dosente reken dat die studentverpleegkundige se opleidingsbehoefte nagelaat word ter wille van pasiëntsorg, doktersronde en ander take van die eenheidsverpleegkundige en stel dit soos volg:

"... dis nie my werk (pasiëntsorg kom eerste) om te evalueer nie."

"... doctors are being nursed. After taking the rounds the sisters leave the nurses to carry on on themselves..."

"Die werk moet gedoen word. Sy kan nie die verpleegster saam met haar vat ... om haar te wys hoe nie..."

◇ Eenheidsverpleegkundiges is selektief in die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges

Die dosente se persepsie dat die eenheidsverpleegkundiges se kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges selektief is met betrekking tot die tipe werk, word soos volg uitgedruk:

"... dit maak 'n verskil. Hulle is altyd bereid om die studente te begelei ... wat bestuursvaardighede betref."

◇ Die junior eenheidsverpleegkundige is meer bereid om kliniese begeleiding te doen

Die dosente beleef dat daar 'n verskil bestaan in die bereidwilligheid van individuele eenheidsverpleegkundiges om kliniese begeleiding te doen en dat dit die junior eenheidsverpleegkundige is wat meer bereid is. Vergelyk:

"Dit verskil werklik vir my van suster tot suster. Daar's van hulle wat pragtig is wat nie omgee nie ... maar ek vind dat dit die meer junior suster is. Die suster wat ook maar by ons opgelei het.."

"... it differs from one sister to another..."

◇ Die eenheidsverpleegkundiges is onsimpatiek teenoor die studentverpleegkundiges

Die belewenis wat die dosente het van die eenheidsverpleegkundige se onsimpatieke houding teenoor die studentverpleegkundiges word soos volg geverbaliseer:

"... baie negatief, hulle beleef dit ontsettend negatief ... bly hulle sê daar is nie empatie met hulle nie... daar is nie insig in hoe hulle hierdie situasie beleef nie en hulle vrees nie."

◇ Die eenheidsverpleegkundige en die dosente se siening van evaluering en verwagtinge verskil

Die eenheidsverpleegkundige en die dosent se evaluering van 'n studentverpleegkundige se vaardigheid verskil omdat hulle nie dieselfde verwagtinge het nie, soos blyk uit die volgende aanhaling:

"... ek wonder selfs of die suster nie dikwels 'n kwessie het met ons siening van hoe 'n ding gedoen moet word..."

◇ Eenheidsverpleegkundiges voel moedeloos

Eenheidsverpleegkundiges voel moedeloos en gefrustreerd as gevolg van die standaard van opleiding wat voortdurend opskuif en die dosente reken hulle kan nie byhou met die veranderinge nie. Hierdie persepsie word soos volg weerspieël:

"... of dit nie vir hulle ... bedreig hulle ... altyd die standaard opstoot en hulle weet nie mooi waarheen nie..."

◇ Die eenheidsverpleegkundiges is negatief teenoor die dosente

Die dosente beleef die eenheidsverpleegkundiges se houding teenoor hulle as negatief omdat hulle reken die werk word nie afgehandel nie wanneer die dosente kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges in die sale doen. Dié belewenis blyk soos volg:

"En dit is waar saalsusters baie negatief teenoor ons ingestel is wat ek al gesien het, hulle sê as die dosente hier inkom, dan kry julle nooit klaar nie."

- **Verdedigingsmeganismes** wat in groep drie (dosente van die universiteit en verplegingskollege) voorgekom het (vgl. tabel 3.7: p.87), het gemanifesteer as 'n verdedigende houding teenoor kritiek.

Die dosent stel dit dat sy deur die sale gaan voordat sy kan begin met kliniese begeleiding, sodat die studentverpleegkundiges kan sien sy is teenwoordig en moontlik so hul kritiek vryspring. Vergelyk:

"... om net deur die sale te stap om te sien al die studente is daar ... en dat hulle my darem net sien en sien ek is ook daar, ek lê nie in die bed by die huis nie."

### 3.4.1.3 Geestelike belewenisse

Die geestelike belewenisse van die drie fokusgroepe word afsonderlik bespreek en weergegee as oortuigings en as waardes soos dit deur die groepe geverbaliseer is.

- **Geestelike belewenisse van groep 1 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A)**

In hierdie groep is die geestelike belewenisse as **oortuigings** en **waardes** uitgedruk.

\* Die **oortuigings** met betrekking tot kliniese begeleiding, wat deur die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep geverbaliseer is (vgl. tabel 3.8: p.95), is soos volg:

◇ Eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding is noodsaaklik

Die eenheidsverpleegkundiges se oortuiging dat hulle betrokke moet wees by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, blyk uit die volgende aanhalings:

"You know, that's the sister is also responsible to teach the student..."

"... die saal is besig maar jy het 'n onderrigfunksie."

"... dit bly ons verantwoordelikheid om onderrig te gee."

◇ Kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges is belangrik

Die noodsaaklikheid van gereelde en effektiewe kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges ter wille van effektiewe kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges, word deur die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep soos volg gemeld:

"... the tutor should come forward and meet the sister."

"... let's say the tutor notices that there are problems in this ward, she must discuss it with the sister."

◇ Die eenheidsverpleegkundige moet self sorg dat sy op hoogte bly

Die eenheidsverpleegkundiges het 'n verantwoordelikheid om hulself op hoogte te hou met ontwikkeling in die verpleegprofessie sodat hulle paraat is om die studentverpleegkundiges te begelei. Dié oortuiging blyk uit die volgende aanhalings:

"... maak nou nie saak wanneer hulle opgelei het nie ... hulle moet sorg dat hulle kennis op datum is."

"... if you are a sister you must know those things."

◇ Houdings beïnvloed kliniese begeleiding

Die eenheidsverpleegkundige reken dat hul houding teenoor die studentverpleegkundiges 'n belangrike invloed op kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige het en hulle verbaliseer dit soos volg:

"... ek vind regtig dat miskien moet die saalsuster ôk bietjie haar houding net verander. Jy weet party van hulle skrik die studente af... "

**Tabel 3.8: Geestelike belewenisse van die deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

GEESTELIKE BELEWENISSE	N = 6
<u>OORTUIGINGS MET BETREKKING TOT KLINIESE BEGELEIDING</u>	
Eenheidsverpleegkundige se betrokkenheid is noodsaaklik	
Kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges is belangrik	
Die eenheidsverpleegkundige moet sorg dat sy op hoogte bly	
Houdings beïnvloed kliniese begeleiding	
Kliniese begeleiding verg opoffering	
Eenheidsverpleegkundiges moet indiensopleiding ontvang	
<u>WAARDES TEN OPSIGTE VAN KLINIESE BEGELEIDING</u>	
Afkeur van die negatiewe houding wat eenheidsverpleegkundiges toon ten opsigte van kliniese begeleiding	

Verdere **oortuigings** van eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A soos in tabel 3.8 hierbo uiteengesit, word vervolgens bespreek.

◊ Kliniese begeleiding verg opoffering

Die eenheidsverpleegkundige stel hul oortuiging dat hulle wel bereid moet wees om die opoffering te maak wat kliniese begeleiding verg, soos volg:

"Jy probeer maar bietjie opoffer ... okay, die saal is besig, maar jy het 'n onderrigfunksie."

"En jy moet maar jou werk so indeel ... okay, die saal 'suffer' partykeer, maar jy moet aan hulle ook dink en aan die studente."

◊ Eenheidsverpleegkundiges moet indiensopleiding ontvang

Die eenheidsverpleegkundiges is oortuig dat hulle indiensopleiding behoort te kry om op hoogte te bly met ontwikkelinge in die verpleegprofessie en gee hierdie oortuiging só weer:

"Daar moet onder verpleegkundiges meer onderrig gegee word, op datum, en dit is regtig 'n tekort wat daar is."

"...That there must ... sort of an in service training to this old sisters. I think that they are ... sort of ... left behind ... really ... if you can do something..."

\* 'n **Waarde** met betrekking tot kliniese begeleiding (vgl. tabel 3.8: p.95) wat deur die eenheidsverpleegkundiges uitgespreek word, is:

◊ Afkeur van die negatiewe houding wat sommige eenheidsverpleegkundiges toon ten opsigte van kliniese begeleiding

Die eenheidsverpleegkundiges keur die houding van ander kollegas, wat negatief ingestel is teenoor kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, soos volg af:

"...that sister who actually has done that ... she is totally wrong 'cause she has been a student. So why does she now resist as a sister to teach other student nurses. It's totally wrong."

• **Geestelike belewenisse van groep 2 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal B)**

In hierdie groep het die eenheidsverpleegkundiges geestelike belewenisse as **waardes** en **oortuigings** uitgedruk.

\* Die **waardes** met betrekking tot die kliniese begeleidingsituasie wat die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep verbaliseer (vgl. tabel 3.9: p.99), is soos volg:

◇ Die eenheidsverpleegkundige is daarop ingestel dat die studentverpleegkundige moet vorder

Eenheidsverpleegkundiges is van mening dat die studentverpleegkundiges tydens hul kontak in die algemene praktykarea kennis moet opdoen om te kan vorder. Vergelyk:

"Ek is baie daarop ingestel om verpleegsters sover as moontlik kennis moet opdoen en moet vorder."

◇ Pasiëntsorg is die eenheidsverpleegkundige se eerste prioriteit

Studentverpleegkundiges se kliniese begeleiding bly agterweë omdat die pasiënt se behoeftes eerste prioriteit geniet en hulle stel dit soos volg:

"... dan op daardie stadium het jy net twee verpleegsters aan diens ... ehh... die pasiënt word altyd eerste gestel, ..."

◇ Die eenheidsverpleegkundige verbaliseer die behoefte om beter kliniese begeleiding te kan doen

Die eenheidsverpleegkundiges verbaliseer hul gewilligheid om die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges waar te neem, maar reken dat daar nie genoeg tyd is om dit te doen soos hulle graag sou wou nie. Vergelyk die volgende aanhaling:

"Dit gaan iets oor ... te min tyd om hulle op te lei soos wat jy wil ... en te begelei nie ..."

◇ Hulle ervaar 'n behoefte aan meer leiding van die dosent in die kliniese begeleidingsituasie

Eenheidsverpleegkundiges spreek die behoefte aan leiding van die dosent in die kliniese begeleidingsituasie soos volg uit:

"... sy't nog nooit geleer hoe verwyder jy daai nie ... en jy definitief ook nie ... waar kry jy nou die dosent om vir haar te kom verduidelik. Ja want wie bel jy nou en sê kom leer vir ons almal hakies uithaal."

\* **Oortuigings** ten opsigte van die kliniese begeleidingsituasie wat deur die eenheidsverpleegkundiges uitgespreek word (vgl. tabel 3.9: p.99), is die volgende:

◇ Kommunikasie tussen eenheidsverpleegkundiges en dosente is belangrik

Eenheidsverpleegkundiges spreek hul behoefte aan kommunikasie met die dosente in die algemene praktykarea soos volg uit:

"Nou kom 'n mens weer terug na kommunikasie. Kommunikasie te bewerkstellig op verskillende maniere ... of sy dan nou na die sale kom of mens iets reël... dat jy sulke probleme dan gesamentlik aanspreek en waar almal dan teenwoordig is, sê nou maar hospitaal- plus kollegeper-soneel, daar kan jy dan nou aan die kommunikasie as sulks werk."

◇ Standaardisasie word deur die eenheidsverpleegkundige as 'n ideaal gesien

Eenheidsverpleegkundiges druk hulle soos volg uit oor die behoefte aan standaardisasie in kliniese begeleiding:

"...Daar's verskriklik baie goed wat in ag geneem moet word... want dis nou die ideaal. Jy weet as 'n mens kan sê... so word steke verwyder vir die res van ons lewe, in elk geval in hospitaal X."

◇ Die eenheidsverpleegkundige as rolmodel

Die eenheidsverpleegkundige is 'n rolmodel vir die studentverpleegkundige. Vergelyk:

"... want ons is rolmodelle vir hulle ..."

◇ Daar moet op beginsels eerder as op tegnieke gefokus word tydens kliniese begeleiding

Die eenheidsverpleegkundiges reken dat die fokus van kliniese begeleiding eerder op beginsels as op spesifieke tegnieke gerig moet wees en stel dit soos volg:

"Ek dink nie mens moet oor die metode regtig bekommerd wees nie, dit moet maar, ... dit gaan basies oor steriliteit."

**Tabel 3.9: Geestelike belewenisse van die deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

GEESTELIKE BELEWENISSE	N = 7
<u>WAARDES TEN OPSIGTE VAN KLINIESE BEGELEIDING</u>	
<p>Die eenheidsverpleegkundige is daarop ingestel dat die studentverpleegkundige moet vorder</p> <p>Pasiëntsorg is die eenheidsverpleegkundige se eerste prioriteit</p> <p>Eenheidsverpleegkundiges verbaliseer die behoefte om beter kliniese begeleiding te kan doen</p> <p>Hulle ervaar 'n behoefte aan meer leiding van die dosent af ten opsigte van kliniese begeleiding</p>	
<u>OORTUIGINGS MET BETREKKING TOT KLINIESE BEGELEIDING</u>	
<p>Kommunikasie tussen eenheidsverpleegkundiges en dosente is belangrik</p> <p>Die eenheidsverpleegkundige moet 'n rolmodel vir studentverpleegkundiges wees</p> <p>Standaardisasie is die ideaal</p> <p>Daar moet gefokus word op beginsels eerder as op tegnieke tydens kliniese begeleiding</p> <p>Kliniese begeleiding moet progressief wees</p> <p>Die eenheidsverpleegkundige moet deurentyd beskikbaar wees</p> <p>Voorstelle ten opsigte van die ideaal van kliniese begeleiding word uitgespel</p> <p>Studentverpleegkundiges moet van die begin af reg leer</p> <p>Interpersoonlike verhoudings in die kliniese begeleidingsituasie is belangrik</p>	

Verdere oortuigings van die eenheidsverpleegkundiges oor kliniese begeleiding, soos in tabel 3.9 hierbo uiteengesit, is soos volg:

◇ Kliniese begeleiding moet progressief wees

Eenheidsverpleegkundiges is oortuig dat kliniese begeleiding progressief moet wees om effektief te kan wees en stel dit soos volg:

"... van die eenvoudige te neem na jou meer gespesialiseerde ... en dan gaan jy na die volgende vlak toe. Anders het jy nie begelei nie."

◇ Besikbaarheid van die eenheidsverpleegkundige

Die eenheidsverpleegkundiges is van mening dat hulle deurentyd beskikbaar moet wees vir die studentverpleegkundiges. Vergelyk ter motivering:

"En jy moet die heelyd beskikbaar wees, ook as daai student 'n behoefte het."

◇ Voorstelle ten opsigte van die ideaal van kliniese begeleiding

Die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep neem die kliniese dosente van die leerlinghulpverpleegsters as 'n voorbeeld van die ideaal van kliniese begeleiding en maak die volgende afleidings:

⇒ Kliniese begeleiding moet nie per afspraak geskied nie, maar as situasie-onderdig hanteer word op 'n konsekwente basis. Vergelyk:

"En hierdie dosent het ontydig en tydig en ontydig in die saal in die oggende ingestap."  
" ... en dan .. loop sy in en dan, op daai ... 'on the spot teaching' sê sy vir haar, ..."

⇒ Daar moet op die foute van die studentverpleegkundiges gefokus word, met vrees as die basis vir leer. Vergelyk:

"... en dan stap hulle op daai oomblik in wat hierdie kind daai verskriklike foute maak."  
" ... want sy is só bang hierdie dosent loer more weer om hierdie hoek en sy kry weer raas, dat sy reg werk né!"

⇒ Die getal studentverpleegkundiges wat deur die dosent begelei moet word, behoort klein te wees en die dosent moet deurentyd in die saal beskikbaar wees. Vergelyk:

" ... maar nou moet ek sê, daar's net 'n handjie vol van hulle, ..."  
" ... hulle is elke oggend in ons saal ook."

Vervolgens nog verdere oortuigings van eenheidsverpleegkundiges oor kliniese begeleiding (vgl. tabel 3.9: p.99):

◇ Studentverpleegkundiges moet van die begin af reg leer

Die eenheidsverpleegkundiges spreek die noodsaaklikheid dat studentverpleegkundiges van die begin af reg geleer moet word soos volg uit:

"En die ding is as jy eers eenkeer 'n ding verkeerd geleer het, ... jy leer nooit om reg te werk nie."

◇ Interpersoonlike verhoudings in die kliniese begeleidingsituasie is belangrik

Verhoudings wat ter sprake is, is dié tussen die dosente en eenheidsverpleegkundiges en studentverpleegkundiges en eenheidsverpleegkundiges. Die aard van hierdie verhoudings het volgens die eenheidsverpleegkundiges 'n effek op die effektiwiteit van kliniese begeleiding en hulle verbaliseer dit soos volg:

"Nou kom hierdie kliniese dosent in jou afdeling in en hy sê nou net vir jou op hierdie verkeerde dag hierdie verkeerde dingetjie... of dit gaan ook nou afhang hoe hulle jou gaan benader, ... want anders gaan die vonke spat."

"Ek sou sê die groep met wie jy saamwerk, speel ook 'n groot rol. As hulle leergierig is, dan is jy ook meer bereid... so dit speel 'n groot rol hoe jy daai student gaan benader."

• **Geestelike belewenisse in groep 3 (dosente van die universiteit en die verplegingskollege)**

Die geestelike belewenisse van die dosente is weergegee as **oortuigings** (vgl. tabel 3.10: p.104) wat gehuldig word met betrekking tot kliniese begeleiding.

◇ Kliniese begeleiding is veronderstel om omvattend te wees

Die dosente se oortuiging dat die onderrig in prosedures nie voldoende tydens kliniese begeleiding is nie aangesien kliniese begeleiding 'n omvattende proses is, word soos volg uitgedruk:

"... dan is jy veronderstel om saam met 'n student te gaan werk en haar te gaan help en begelei in alles wat sy doen, nie net prosedures wat sy moet leer ..."

\* Die dosent moet deurlopend beskikbaar wees vir die studentverpleegkundige

Dosente reken dat die dosent se deurlopende beskikbaarheid vir studentverpleegkundiges 'n vereiste vir effektiewe kliniese begeleiding is en hulle verbaliseer dit soos volg:

"Want mens moet deurlopend beskikbaar wees ..."

\* Deeglik beplande allokasie van studentverpleegkundiges in die praktykarea is belangrik

Die belang van die allokasie van die studentverpleegkundiges is gesetel in die volgende aspekte:

- ◇ Die allokasie moet korreleer met die vlak van teoretiese kennis van die betrokke groep studentverpleegkundiges.
- ◇ Daar moet meer studentverpleegkundiges van een jaargroep geplaas word om portuurgroepbegeleiding moontlik te maak.
- ◇ Plasing van studentverpleegkundiges in 'n positiewe onderrigleerklimaat is bevorderlik vir kliniese begeleiding.

Die dosente is dus van mening dat die wyse waarop studentverpleegkundiges in die praktykarea geplaas word, 'n invloed het op die effektiwiteit van die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges en hulle verbaliseer dit soos volg:

"... for instance you sit with the second year tutor that say look ... you know my students don't need experience in these particular wards."

" ... om die eenheid wat die mees positiewe onderrigleerklimaat het te kan kies vir jou plasing."

\* Die eenheidsverpleegkundige en die dosent is rolmodelle vir die studentverpleegkundige

Dosente se mening dat hierdie rolmodelle noodsaaklik is in die kliniese begeleidingsituasie word soos volg weerspieël:

"... there was time for the sisters to work with us. And that to me is the rolemodel and that to me is accompaniment."

"Vandag werk ek saam met julle ... en ek is vir haar 'n rolmodel."

- \* Praktykvereistes behoort die kliniese begeleiding te rig, hoewel die standaard van kliniese onderrig nie ingekort moet word nie

Die dosente is van mening dat die kliniese begeleiding se standaard moet aanpas by wat toepaslik is in die praktykarea en nie andersom nie, soos blyk uit die volgende:

"...Ons as dosente moet gaan sit, hierdie goed moet aangepas word."

"So wat jy voorstel, is dat ons alternatiewe metodes moet gebruik..."

"Ek wil net nie saamstem met die feit dat daar 'n kortpad gekies moet word nie, want my goed is so uitgewerk ... dit is kortpad"

- \* 'n Stabiele werkmag is nodig in die eenhede

Die feit dat die studentverpleegkundiges in 'n bloksisteem onderrig ontvang, bring mee dat hulle net sporadies in die eenhede is en gevolglik is daar geen stabiele werkmag om die werk te doen nie. Die dosente reken dat so 'n stabiele werkmag daartoe sal bydra dat die eenheidsverpleegkundiges ook die kliniese begeleiding kan behartig en hulle stel hierdie oortuiging as volg:

"... dan moet daar 'n ondersteunende kategorie personeel beskikbaar gestel word sodat die werk in die saal gedoen kan word, mense wat stabiel in die saal is ..."

- \* Indiensopleiding vir eenheidsverpleegkundiges moet gesamentlik beplan word

Die dosente se opinie dat gesamentlike beplanning van indiensopleiding vir eenheidsverpleegkundiges die spesifieke behoeftes van die eenheidsverpleegkundiges aan opleiding sal vervul, word soos volg geverbaliseer:

"Baie belangrik om 'n behoeftebepaling vir indiensopleiding vir die verpleegkundiges..."

"... so dit het vir my net sin om saam te kom en miskien riglyne vir indiensopleiding saamstel."

\* Kliniese begeleiding is totaliteitsgerig

Die studentverpleegkundige moet as persoon in totaliteit begelei word en kliniese begeleiding moet dus nie slegs op prosedures afgestem wees nie. Hierdie opinie van die dosente word in die volgende aanhalings weerspieël:

"But when she looks at this person that person is a total person."

"Ek wil ook nie as ek 'n student gaan begelei, wil ek haar ook nie gaan begelei op prosedures nie, ek wil haar ook begelei om die liefde aan die pasiënt te betoon ... "

**Tabel 3.10: Geestelike belewenisse van die deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

GEESTELIKE BELEWENISSE	N = 9
<u>OORTUIGINGS MET BETREKKING TOT KLINIESE BEGELEIDING</u>	
Kliniese begeleiding is veronderstel om omvattend te wees	
Die dosent moet deurlopend beskikbaar wees vir die studentverpleegkundige	
Deeglik beplande allokasie van studentverpleegkundiges in die praktykarea is belangrik	
Die eenheidsverpleegkundige en die dosent is rolmodelle vir die studentverpleegkundige	
Praktykvereistes behoort die kliniese begeleiding te rig, hoewel die standaard van kliniese onderrig nie ingekort moet word nie.	
'n Stabiele werkmag is in die eenhede nodig	
Indiensopleiding vir eenheidsverpleegkundiges moet gesamentlik beplan word	
Die studentverpleegkundige moet as persoon in totaliteit begelei word, nie net proseduregerig nie	
Dosente stel kriteria vir die ideaal van kliniese begeleiding	

Dosente se oortuigings soos in tabel 3.10 hierbo uiteengesit, word vervolgens verder bespreek.

\* Dosente stel kriteria vir kliniese begeleiding

Die voorstelle wat die dosente in hierdie verband maak, sluit die volgende in:

- ◇ Die dosent as rolmodel se houding en optrede in die kliniese begeleidingsituasie is van belang.
- ◇ Sy doen situasie-onderrig en bevorder kritiese denke.
- ◇ Die kliniese begeleiding moet meer omvattend wees.

Hierdie voorstelle word soos volg geverbaliseer:

"... en ek is vir haar 'n rolmodel ... my houding, my optrede ... en ek doen "spot teaching", kyk hier, kom ek verduidelik vir jou ... hoekom het die pasiënt edeem ... dit is begeleiding."

### 3.4.2 **Belewenisse van die eksterne omgewing**

Die belewenisse van die eksterne omgewing, soos dit deur die drie groepe geverbaliseer is, word in die volgende subkategorieë ingedeel:

- Belewenisse van die eksterne fisiese omgewing.
- Belewenisse van die eksterne sosiale omgewing.
- Belewenisse van die eksterne geestelike omgewing.

Hierdie belewenisse van die drie groepe word kortliks hieronder bespreek.

#### 3.4.2.1 **Belewenisse van die eksterne fisiese omgewing**

Die belewenisse van die eksterne fisiese omgewing, soos dit deur die drie groepe geverbaliseer is, sal vervolgens afsonderlik bespreek word.

- **Belewenisse van groep 1 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A) van die eksterne fisiese omgewing**

Die belewenisse van die eenheidsverpleegkundiges met betrekking tot faktore in die fisiese omgewing wat die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beïnvloed (vgl. tabel 3.11: p.106), sluit die volgende in:

- \* Allokasie van studentverpleegkundiges beïnvloed die effektiwiteit van hul kliniese begeleiding

Die studentverpleegkundiges word volgens die opinie van die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep op verkeerde tye, wanneer daar nie genoeg leerervaring is nie in die eenhede geplaas. Die getal studentverpleegkundiges wat op een slag in die betrokke praktykarea geplaas word, is ook te groot, omdat hulle dan nie die min leerervaringe kan benut nie. Vergelyk:

"... nou gebeur dit dat ek die tweedejaar universiteitstudente gehad het in die skoolvakansie ... nou die geneeshere was met vakansie, so, daar was nie baie operasies gewees nie ... en dit was 'n groep van 23 ... en ek is seker as mens vir hulle gaan vra : 'wat het jy in die teater geleer?', dan gaan hulle sê 'niks nie', né, want hulle was te 'n groot groep, ..."

- \* 'n Tekort aan finansies, toerusting en voorraad belemmer kliniese begeleiding

Hierdie tekort as 'n belemmering word deur die eenheidsverpleegkundiges soos volg geverbaliseer:

" ... there is this problem of financial constraints and so on ... you see you are to organise your ward and you want to be a clinical teacher ... each and every procedure that the children are going to undertake, they must firstly wash their hands ... and there's no soap! ... no money to buy soap with..."

**Tabel 3.11: Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing van deelnemers in groep 1 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal A) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE FISIESE OMGEWING	N = 6
Allokasie van studentverpleegkundiges beïnvloed die effektiwiteit van kliniese begeleiding 'n Tekort aan finansies, toerusting en voorraad belemmer kliniese begeleiding	

- **Belewenisse van groep 2 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal B) van die eksterne fisiese omgewing**

Die belewenisse van die eenheidsverpleegkundiges in hierdie groep met betrekking tot faktore in die eksterne fisiese omgewing (vgl. tabel 3.12: p.109) sluit die volgende in:

- \* 'n Personeeltekort en groot werklading laat te min tyd vir die eenheidsverpleegkundige om kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige te doen

Die eksterne fisiese faktore wat 'n rol speel in die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, word deur hierdie eenheidsverpleegkundiges soos volg gestel:

"... daar's 'n personeeltekort in die algemeen ... dat jy is so besig om jou werk te doen, dat jy het nie tyd om aan al hierdie ou ander dingetjies te dink wat jou pla nie. Laat staan nog om 'n student te begelei in éniets."

"Want die tempo laat dit nie toe nie. Dan't jy hierdie baie mense ... dan sê die mense vir jou ... hoekom is die werk nie gedoen nie."

- \* Allokasie van studentverpleegkundiges is nie goed beplan nie

Die blokstelsel van die kollegestudentverpleegkundiges bring mee dat hulle sporadies in die eenhede teenwoordig is, wat sinvolle kliniese begeleiding belemmer. Die tydperk wat hulle in 'n eenheid geplaas word, is te kort om sinvolle kliniese begeleiding te doen en daar word ook te veel studentverpleegkundiges op 'n keer in een eenheid geplaas. Vergelyk:

"By ons kry ons nou ook studente in die intensiewe eenheid, maar ook maar op 'n kort basis.."

"... kollegestudente ... hierdie studente werk so wyd verspreid in die sale, dat dit partykeer regtig 'n probleem skep, want hulle is byvoorbeeld partykeer ... vir drie maande wat hulle nou nie in 'n saalopset was nie."

"... hulle sit 'n verskriklike klomp tweedejaars daarin."

- \* Rotasie van eenheidsverpleegkundiges belemmer kommunikasie in die kliniese begeleidingsituasie

Hierdie eksterne fisiese faktor word soos volg deur die eenheidsverpleegkundiges beleef:

"Volgende week as sy daar is, dan's jy nie aan diens nie, dan's 'n ander suster weer aan diens. So daar's 'n verskriklike groot leemte."

\* Kontaksessies tussen studentverpleegkundiges en dosente is onvoldoende

Die kontaksessies wat die dosente met die studentverpleegkundiges beplan tydens die maande wat die studentverpleegkundiges wel in die eenhede is, is nie voldoende nie en die behoefte word soos volg deur die eenheidsverpleegkundiges gestel:

"Nou, jy kan nie van 'n kliniese dosent net miskien vier keer 'n maand gebruik maak op 'n kontakssessie nie. Dit maak nie vir my regtig eintlik sin nie."

\* Die fisiese afstand van die universiteit en verplegingskollege en die hospitaal is te groot

Hierdie probleem met die fisiese afstand tussen die onderskeie instansies word soos volg deur die eenheidsverpleegkundiges weergegee:

"So hierdie ding van, dat mense op verskillende persele is, ... kollege is op 'n ander perseel, universiteit is op 'n ander perseel, is deel van hierdie probleem.."

\* Daar is baie leergeleenthede in die intensiewe sorgeenhede

In die intensiewe sorgeenhede word studentverpleegkundiges aan een pasiënt toegewys. Hierdie nou kontak tussen pasiënt en studentverpleegkundige waar totaliteitsorg prioriteit geniet, bied baie leergeleenthede. Die eenheidsverpleegkundige doen in hierdie geval in 'n een-tot-een verhouding kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, wat deur hulle as 'n effektiewe wyse van kliniese begeleiding beskou word. Vergelyk:

"En ons kry nogal geleentheid om die studente regtig te begelei, want jy is tot een pasiënt geallokeer ... jy vat hulle so stapsgewys en jy kan hulle regtig begelei."

**Tabel 3.12: Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE FISIESE OMGEWING	N = 7
Personeeltekort en groot werklading laat te min tyd vir die eenheidsverpleegkundige om kliniese begeleiding te doen	
Allokasie van studentverpleegkundiges is nie goed beplan nie	
Rotasie van eenheidsverpleegkundiges belemmer kommunikasie in die kliniese begeleidingsituasie	
Kontakssessies tussen studentverpleegkundiges en dosente is onvoldoende	
Die fisiese afstand tussen die universiteit, die verplegingskollege en die hospitaal is ongewens	
Daar is baie leergeleenthede in die intensiewe sorgenhede	

**• Belewensisse van groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) van die eksterne fisiese omgewing**

Die belewensisse van die dosente in hierdie groep ten opsigte van die eksterne fisiese omgewing (vgl. tabel 3.13: p.111), sluit die volgende in:

\* Dosente se werklading is te groot

Die feit dat dosente verantwoordelik is vir teoretiese sowel as kliniese onderrig en kliniese begeleiding, verswaar hulle werk. Vergelyk die volgende aanhaling:

"... although it's too much work because you have to teach the student in class and then again go to the ward ... and teach in the wards..."

\* Die allokasie van studentverpleegkundiges is nie goed beplan nie

Die studentverpleegkundiges word vir 'n te kort tydperk in die algemene sale geplaas. Die tydperk wat hulle wel in die algemene sale is, is ook nog gefragmenteer, aangesien hulle dan ook praktiese komponente in die ander dissiplines moet doen. Die

hoeveelheid studentverpleegkundiges wat een dosent moet hanteer, is onhanteerbaar.

Vergelyk:

"... omtrent net drie maande in algemene sale. Verder is hulle op blok of waar ookal. En daai drie maande gaan hulle nog uit op GGV ook."

"... daar's nog nege ander sale wat jy moet begelei, goed ons is twee, maar die ander sale moet nog steeds begelei word, hoe kom jy by die ander sale uit?"

"... weens hulle plasing en die getalle studente, maak dit heeltemal onmoontlik, ..."

\* Leergeleenthede is onvoldoende

Onvoldoende leerervaringe belemmer volgens die dosente die moontlikhede van kliniese begeleiding en hul stel dit só:

"... in daai tydstip is daar ook 'n tekort aan sekere prosedures om hulle vaardig te kry ... nie steke ... nie portovacs ..."

\* Die personeeltekort belemmer kliniese begeleiding

Hierdie tekort aan personeel as struikelblok vir kliniese begeleiding word soos volg deur die dosente gestel:

"Daar's nou so min personeel, geregistreeerde verpleegkundiges in die algemene sale ... dat hulle glad nie by die begeleiding van die studente ... so hulle lewer vir ons glad nie amper meer 'n bydrae nie."

\* Die evalueringsprogram is te druk.

Dosente verbaliseer hierdie probleem soos volg:

"... want jy het hierdie aantal evaluerings wat jy met die student moet afhandel in 'n beperkte tyd."

\* Daar is onvoldoende voorraad en fasiliteite

Dosente beleef frustrasie rondom onvoldoende voorraad en toerusting en hulle verbaliseer dit soos volg:

"So die groot frustrasie lê vir my in die leemtes van dit wat nie beskikbaar is nie."

"... dit het niks te doen met daar's nie toerusting nie, dis gesteel ... dit word weggedra daagliks uit die hospitaal uit, so op die ou end is daar niks oor nie."

**Tabel 3.13: Belewensisse van die eksterne fisiese omgewing van deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE FISIESE OMGEWING	N = 9
<p>Dosente se werklading is te groot</p> <p>Allokasie van studentverpleegkundiges is nie goed beplan nie</p> <p>Leergeleenthede is onvoldoende</p> <p>Die personeeltekort belemmer kliniese begeleiding</p> <p>Evalueringsprogram is te druk</p> <p>Daar is onvoldoende fasiliteite en voorraad</p>	

#### 3.4.2.2 Belewensisse van die eksterne sosiale omgewing

Groep 1 (eenheidsverpleegkundiges vanuit hospitaal A) meld geen belewensisse in hierdie verband nie. Vervolgens sal die belewensisse in hierdie verband van groepe 2 en 3 afsonderlik bespreek word.

- **Belewensisse van groep 2 (eenheidsverpleegkundiges van hospitaal B) van die eksterne sosiale omgewing**

Die belewensisse van die eenheidsverpleegkundiges in groep 2 met betrekking tot aspekte wat verband hou met die eksterne sosiale omgewing (vgl. tabel 3.14: p.112), sluit die volgende in:

- \* Die onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie belemmer effektiewe kliniese begeleiding

Eenheidsverpleegkundiges beleef hierdie onvoorspelbaarheid soos volg:

"Dan, maar jy kan dit nie altyd doen nie, want dan is dit net daai oggend dan gebeur daar partykeer iets soos dat die ander suster nou afsiek is daai dag, ..."

\* Verskille oor kultuurgrense heen veroorsaak onsekerheid

As gevolg van taalverskille en verskille in sosio-politiese agtergrond, kan misverstande tussen persone in die kliniese begeleidingsituasie ontstaan, wat die effektiwiteit van kliniese begeleiding kan beïnvloed. Vergelyk:

"Gaan dit nie vir ons probleme skep hoe jy die studente gaan begelei nie, want ons agtergronde verskil in wese?"  
"Selfs die taal ook. As jy 'n ding nie verstaan in Afrikaans nie, hulle verstaan Engels. Hulle verstaan nie..."  
"... en jy't hierdie vrees dat hierdie persoon jou nie gaan verstaan nie en dink jy's negatief."

**Tabel 3.14: Belewensisse van die eksterne sosiale omgewing van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE SOSIALE OMGEWING	N = 7
Die onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie belemmer effektiewe kliniese begeleiding	
Verskille oor kultuurgrense heen veroorsaak onsekerheid	

**• Belewensisse van groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) van die eksterne sosiale omgewing**

Die belewensisse wat die dosente in hierdie groep van die eksterne sosiale omgewing (vgl. tabel 3.15: p.113) verbaliseer, sluit die volgende aspekte in:

**\* Portuurgroepevaluering**

Portuurgroepevaluering en inoefening in simulاسie word deur die dosente van die universiteit as 'n positiewe aspek beleef, terwyl die dosente van die verplegingskollege dit in hulle situasie onmoontlik vind omdat die kollegestudentverpleegkundiges nie deur hulle in die eenhede geallokeer word nie, maar deur die verpleegdiensbestuur van die hospitaal. Vergelyk die volgende aanhalings:

"Ek het 'n redelike sisteem met die begeleiding van my studente in die opsig ... ek maak gebruik van portuurgroepevaluering ... met portuurgroepleiers ... hulle oefen alles in simulاسie in en dan evalueer hulle en gaan as 'n groep saal toe."

"Daar is nie 'n opsie nie ... en dan het ons ook regtigwaar nie die situاسie waar jy portuurgroepevaluاسie kan ... en begeleiding kan gebruik nie. Omdat ... hulle is nie soveel in 'n saal nie."

\* Die outonomie van die verplegingskollege skep probleme

Die dosente reken die feit dat die kollege outonoom funksioneer, met die dosente wat op die diensstaat van die kollege is, tot gevolg het dat die eenheidsverpleegkundiges negatief is teenoor kliniese begeleiding omdat hulle reken dit is uitsluitlik die dosente se werk. Dié opinie word soos volg weergegee:

"... what make the sisters in the ward to be negative towards accompaniment is the fact that they think it is not their job, it's the tutor's job and the other thing of that ... autonomy of colleges ... is a thing that brought about this thing."

**Tabel 3.15: Belewensisse van die eksterne sosiale omgewing van deelnemers in groep 3 (dosente van die universiteit en verplegingskollege) ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE SOSIALE OMGEWING	N = 9
<p>Portuurgroepevaluering is uitvoerbaar</p> <p>Kollegestudentverpleegkundiges wat in hospitaal B praktykervaring opdoen, word deur die hospitaal geallokeer</p> <p>Die outonomie van die verplegingskolleges skep probleme</p>	

**3.4.2.3 Belewensisse van die eksterne geestelike omgewing**

Nie een van die groepe meld enige belewensisse in hierdie verband nie.

### 3.4.3 Belewensisse van kenmerkende wyses van interaksie.

Belewensisse van kenmerkende wyses van interaksie is slegs deur eenheidsverpleegkundiges in groep 2 (van hospitaal B) gemeld en dié aspekte sal vervolgens bespreek word (vgl. tabel 3.16: p.115).

- Eenheidsverpleegkundiges is waaksaam omdat hulle nie die studentverpleegkundiges kan vertrou nie

Hierdie wantroue van die eenheidsverpleegkundiges teenoor die studentverpleegkundiges word in die volgende aanhaling weerspieël:

" ..., dis verskriklik moeilik om ... dan iemand te vertrou. Jy kan nie kom kyk hoe neem sy 'n EKG nie, maar intussen het jy daai kind gevra: 'kan jy 'n EKG neem' ... 'ja suster' ... goed, jy gaan nou-nou kyk ... en intussen gaan evalueer jy 'n verpleegster op iets anderster, of jy laat ander dan medisyne uitdeel ... so jy hou nou heelyd 'n oog daaroor ... "

- Eenheidsverpleegkundiges tree beskermend teenoor studentverpleegkundiges op

Die eenheidsverpleegkundiges beleef die dosent se optrede teenoor studentverpleegkundiges tydens evaluasie as onregverdig en haar verwagtinge as te hoog. Hulle is dan simpatiekgesind omdat hulle reken die evaluasie weerspieël nie die studentverpleegkundiges se vaardigheid nie. Vergelyk:

" ... ek kry die idee hierdie mense is darem baie hard met hierdie kinders, né. Jy weet, ek kry hierdie kinders jammer, want dan kom hulle met hierdie verskriklike swak punt, dan weet jy voor jou heilige siel sy's 'n staatmaker in die saal. Dis die klein ou fyner puntjies wat sy dan nou op gedruip word."

**Tabel 3.16: Belewensisse van deelnemers in groep 2 (eenheidsverpleegkundiges in hospitaal B), van kenmerkende wyses van interaksie, ten opsigte van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding**

BELEWENISSE VAN KENMERKENDE WYSES VAN INTERAKSIE	N = 7
<p>Eenheidsverpleegkundiges is waaksaam omdat hulle nie studentverpleegkundiges kan vertrou nie</p> <p>Eenheidsverpleegkundiges tree beskermend teenoor studentverpleegkundiges op</p>	

### 3.5 SAMEVATTENDE STELLINGS

Na aanleiding van die resultate van die fokusgroepe, wat die belewensisse van die eenheidsverpleegkundiges en dosente van hul eie en die ander se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea weerspieël, word samevattende stellings geformuleer. Hierdie stellings sal vervolgens afsonderlik as (i) die dosente se belewensisse van hul eie en die eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges asook (ii) die eenheidsverpleegkundiges se belewensisse van hul eie en die dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, getabuleer word (vgl. verder tabel 3.17: p.116 en tabel 3.18: p.120).

### 3.6 SLOTSOM

In hierdie hoofstuk is die resultate van die drie fokusgroepe, met die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU, 1990:136-143) as teoretiese raamwerk, uiteengesit en bespreek. Samevattende stellings oor die belewensisse van dosente en eenheidsverpleegkundiges oor die betrokkenheid van die lede van die kliniese begeleidingspan by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, is na aanleiding van hierdie resultate geformuleer.

In Hoofstuk 4 sal hierdie resultate, met die samevattende stellings as raamwerk, met beskikbare literatuur en bestaande navorsingsbevindinge vergelyk word om as literatuurkontrole vir hierdie navorsing te dien.

**Tabel 3.17: Stellings aangaande die dosente se belewenis van hul eie en eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges**

Dosente se belewenis	Stellings
1 Die kliniese begeleidingsproses	<p>1.1 Die <b>leerbehoefte</b>s van studentverpleegkundiges word nie tydens <b>plasing</b> in die algemene praktykarea in ag geneem nie, wat leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede belemmer.</p> <p>1.2 Die <b>groot getal studentverpleegkundiges per eenheid</b> belemmer leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</p> <p>1.3 <b>Sporadiese en onvoldoende teenwoordigheid van studentverpleegkundiges</b> in die algemene praktykarea beperk leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</p> <p>1.4 <b>Eenhede met 'n ondersteunende onderrig-leerklimaat</b> moet vir die <b>plasing</b> van studentverpleegkundiges geselekteer word ter wille van die fasilitering van leer by studentverpleegkundiges.</p> <p>1.5 <b>Beperkte beskikbaarheid van voorraad en toerusting</b> in die algemene praktyk is 'n struikelblok vir effektiewe kliniese begeleiding.</p> <p>1.6 Die diskrepans tussen die dosent se kliniese onderrig en die praktyksituasie gee aanleiding tot die <b>teorie-praktykgaping</b> wat 'n struikelblok vir effektiewe kliniese begeleiding is.</p> <p>1.7 <b>Effektiewe kliniese begeleiding</b> is 'n <b>bevredigende ervaring</b>.</p> <p>1.8 Die eis om bewys te lewer van die produk van kliniese begeleiding, dra by tot die <b>fokusverskuiwing na evaluering</b>.</p>

Dosente se belewenis	Stellings
Die kliniese begeleidings-proses(vervolg)	<p>1.9 <b>Situasie-onderrig</b> lei tot sinvolle leerervaringe in die algemene praktykarea en dra by tot effektiewe kliniese begeleiding.</p> <p>1.10 In die lig van die dosent se hoë werklading word <b>portuurgroepbegeleiding</b> as 'n sinvolle alternatief vir kliniese begeleiding beskou.</p> <p>1.11 Die <b>onderrig van prosedures</b> word slegs as 'n faset van kliniese begeleiding, <b>as 'n omvattende proses</b>, beskou.</p>
2 Eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges	<p>2.1 'n Verlies van vertroue in die eenheidsverpleegkundige met betrekking tot kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges ontstaan by die dosent vanweë die <b>onvermoë van die eenheidsverpleegkundige</b> om in die <b>leerbehoeftes van die studentverpleegkundiges</b> te voorsien.</p> <p>2.2 <b>Personeeltekort en 'n hoë werklading</b> laat die eenheidsverpleegkundige met <b>te min tyd</b> vir kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.</p> <p>2.3 Die <b>outonome funksionering van die verplegingskollege</b>, met dosente op die diensstaat van die verplegingskollege, het tot gevolg dat die eenheidsverpleegkundige <b>kliniese begeleiding as die uitsluitlike verantwoordelikheid van die dosent</b> beskou.</p> <p>2.4 'n <b>Positiewe houding van eenheidsverpleegkundiges teenoor studentverpleegkundiges</b> lei tot 'n <b>positiewe ingesteldheid by die studentverpleegkundige</b> teenoor leergeleenthede.</p> <p>2.5 'n <b>Onsimpatieke gesindheid</b> van die eenheidsverpleegkundige <b>lei tot vrees</b> by die studentverpleegkundige, wat hul leer belemmer.</p>

Dosente se belewenis	Stellings
<p>Eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges(vervolg)</p>	<p>2.6 <b>Onkunde</b> van die eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van die <b>opleidingstandaard</b> vir studentverpleegkundiges lei tot 'n <b>gevoel van onbevoegdheid</b> om kliniese begeleiding waar te neem.</p> <p>2.7 Die <b>junior eenheidsverpleegkundige se kennis van die opleidingstandaard</b> vir studentverpleegkundiges gee haar <b>meer vrymoedigheid</b> as die senior eenheidsverpleegkundige om by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges betrokke te wees.</p> <p>2.8 <b>Pasiëntsorg, dokters rondtes en eenheidsbestuur as prioriteite</b> van die eenheidsverpleegkundige se dagtaak, lei tot selektiewe betrokkenheid by kliniese begeleiding ten opsigte van die taak van hul voorkeur.</p> <p>2.9 Die <b>deurlopende beskikbaarheid van die eenheidsverpleegkundige as rolmodel</b> vir die studentverpleegkundige in die algemene praktykarea is noodsaaklik vir effektiewe kliniese begeleiding.</p> <p>2.10 Die <b>negatiewe houding van eenheidsverpleegkundiges teenoor dosente</b> lei tot huiwering by die dosent om kliniese begeleiding in die eenhede in die algemene praktykarea waar te neem.</p>
<p>3 Die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie</p>	<p>3.1 Studentverpleegkundiges se <b>praktykverantwoordelikhede in Algemene Verpleegkunde</b> is meer as in ander dissiplines wat gevolglik ook die kliniese begeleidingslas verswaar.</p> <p>3.2 Die sporadiese teenwoordigheid van die studentverpleegkundiges, wat as <b>werkmag in die hospitaal</b> beskou word, <b>noodsaak 'n meer stabiele werkmag</b> wat daartoe sal lei dat die studentverpleegkundige as leerder gesien sal word met gevolglik meer klem op kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.</p> <p>3.3 Studentverpleegkundiges se <b>kritiese houding teenoor die eenheidsverpleegkundiges se werkwys</b>e verhinder die eenheidsverpleegkundige se betrokkenheid by kliniese begeleiding.</p>

Dosente se belewenis	Stellings
Die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie(vervolg)	<p>3.4 Die <b>onwilligheid</b> van studentverpleegkundiges om <b>verantwoordelikheid vir hul eie leerervaringe</b> te aanvaar, beperk hul leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</p> <p>3.5 Die <b>verskil</b> in die eksterne fisiese omgewing van die <b>graad- en die diploma-studentverpleegkundige</b> het tot gevolg dat die beplanning van kliniese begeleiding ook verskil.</p>
4 Dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding	<p>4.1 Die <b>hoë werklading van dosente</b> laat beperkte tyd vir kontak met studentverpleegkundiges, wat kliniese begeleidingsgeleenthede beperk.</p> <p>4.2 Pogings van die dosent om <b>kritiek met betrekking tot haar sigbaarheid/teenwoordigheid</b> in die algemene praktykarea te <b>vermy</b>, lei tot kortstondige kontak met individuele studentverpleegkundiges met gevolglike belemmering van kliniese begeleiding.</p> <p>4.3 <b>Deurlopende beskikbaarheid van die dosent as rolmodel</b> vir die studentverpleegkundige kan effektiewe kliniese begeleiding tot gevolg hê.</p> <p>4.4 Die <b>fisiese afstand tussen die opleidings- en verpleegdiensinstansies</b> verminder kontakgeleenthede met studentverpleegkundiges en eenheidsverpleegkundiges wat die dosent se effektiewe kommunikasie en kliniese begeleiding belemmer.</p>

**Tabel 3.18: Stellings aangaande die eenheidsverpleegkundiges se belewenis van hul eie en dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges**

Eenheidsverpleegkundiges se belewenis	Stellings
1 Die kliniese begeleidingsproses	<p>1.1 <b>Effektiewe</b> kliniese begeleiding is 'n <b>bevredigende ervaring</b>.</p> <p>1.2 Die <b>groot getal studentverpleegkundiges per eenheid</b> beperk leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</p> <p>1.3 <b>Leergeleenthede in spesifieke eenhede</b> in die algemene praktykarea is <b>tydens die resestydperke</b> beperk, met die gevolg dat sodanige plasing nie lei tot kliniese begeleidingsgeleenthede nie.</p> <p>1.4 <b>Individuele pasiënttoewysing</b> van studentverpleegkundiges bied voldoende leergeleenthede wat tot die sukses van kliniese begeleiding bydra.</p> <p>1.5 <b>Sporadiese en onvoldoende teenwoordigheid van studentverpleegkundiges</b> in die algemene praktykarea beperk leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</p> <p>1.6 <b>Verskille oor kultuurgrense</b> heen gee aanleiding tot onderlinge onsekerheid by dosente, eenheidsverpleegkundiges en studentverpleegkundiges, wat belemmerend vir kliniese begeleiding is.</p> <p>1.7 Die <b>fokus</b> van kliniese begeleiding is op <b>evaluering</b> gerig.</p> <p>1.8 Die gebruik van <b>evalueringsinstrumente</b> tydens kliniese begeleiding word as <b>onnodig</b> beskou.</p> <p>1.9 'n <b>Diskrepans</b> tussen die praktykwerklikheid en die kliniese onderrig lei tot 'n <b>teorie-praktykgaping</b> met meegaande verskil in verwagtinge van dosente en eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van die studentverpleegkundige se vaardigheid, wat kliniese begeleiding belemmer.</p>

Eenheidsverpleegkundiges se belevens	Stellings
Die kliniese begeleidingsproses (vervolg)	<p>1.10 Kliniese begeleiding as 'n <b>bykomende las</b> op die eenheidsverpleegkundige <b>gee aanleiding tot weerstand</b> by die eenheidsverpleegkundige wat 'n struikelblok in die kliniese begeleidingsproses is.</p> <p>1.11 Die onderrig van prosedures en tegnieke word as 'n faset van kliniese begeleiding beskou met die <b>fokus op die leer van beginsels</b> tydens kliniese begeleiding as omvattende proses.</p> <p>1.12 Kliniese begeleiding is 'n <b>progressiewe proses</b> wat lei tot vordering in leer by studentverpleegkundiges.</p> <p>1.13 <b>Effektiewe interpersoonlike verhoudinge</b> van al die betrokkenes by kliniese begeleiding is noodsaaklik vir die effektiewe kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.</p> <p>1.14 <b>Situasie-onderrig</b> as faset van kliniese begeleiding bied sinvolle leerervaringe by studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea.</p> <p>1.15 Die <b>fokus op die foute van studentverpleegkundiges met vrees as basis vir leer</b> tydens kliniese begeleiding, lei tot effektiewe leer by die studentverpleegkundige.</p> <p>1.16 <b>Beperkte beskikbaarheid van voorraad en toerusting</b> in die algemene praktyk is 'n struikelblok vir effektiewe kliniese begeleiding</p> <p>1.17 Die <b>onvoorspelbaarheid van die algemene praktykarea</b>, met onvermydelike onderbrekings, belemmer kontinuïteit wat noodsaaklik is vir effektiewe kliniese begeleiding.</p>

Eenheidsverpleegkundiges se belevens	Stellings
<p>2 Eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges</p>	<p>2.1 Die <b>verantwoordelikheid om op hoogte te bly</b> van ontwikkelinge in die verpleegprofessie en -opleiding, ter wille van effektiewe kliniese begeleiding, berus by die individuele eenheidsverpleegkundige.</p> <p>2.2 <b>Personeeltekort en 'n hoë werklading</b> laat die eenheidsverpleegkundige met te min tyd vir kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.</p> <p>2.3 Die eenheidsverpleegkundige se <b>gewilligheid om praktykkennis met dosente te deel</b> en opofferings ter wille van kliniese begeleiding te maak, dra by tot 'n positiewe gesindheid wat tot voordeel van kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige is.</p> <p>2.4 Die <b>las van aanspreeklikheid van eenheidsverpleegkundiges vir studentverpleegkundiges se foute</b> in die praktykarea lei tot weerstand teen kliniese begeleiding.</p> <p>2.5 Allokering van <b>een eenheidsverpleegkundige per eenheid, met kliniese begeleiding as uitsluitlike verantwoordelikheid</b>, sal bydra tot effektiewe kliniese begeleiding.</p> <p>2.6 <b>Pasiëntsorg</b> word, ten koste van kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges, as <b>eerste prioriteit</b> deur die eenheidsverpleegkundige gestel.</p> <p>2.7 Rotasie van eenheidsverpleegkundiges volgens 'n diensrooster verhinder <b>deurlopende beskikbaarheid van die eenheidsverpleegkundige as rolmodel</b> vir die studentverpleegkundige, wat noodsaaklike kontinuïteit in kliniese begeleiding belemmer.</p> <p>2.8 Die <b>eenheidsverpleegkundige se ongeduld met die studentverpleegkundige</b> belemmer leer by hierdie studentverpleegkundige tydens kontak met die eenheidsverpleegkundige.</p>

Eenheidsverpleegkundiges se belevens	Stellings
<p>3 Die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie</p>	<p>3.1 Die eenheidsverpleegkundige se indruk van 'n <b>oningeligte, verwarde, eiewys, onbeholpe en bang</b> studentverpleegkundige van wie die eenheidsverpleegkundige <b>min kennis</b> het as gevolg van die studentverpleegkundige se sporadiese teenwoordigheid in die algemene praktykarea, het tot gevolg dat die eenheidsverpleegkundige nie take aan haar delegeer nie, wat weer leer-en kliniese begeleidingsgeleenthede beperk.</p> <p>3.2 Studentverpleegkundiges beskik oor <b>voldoende teoretiese kennis, maar 'n onvermoë om dit in die praktyksituasie toe te pas.</b></p> <p>3.3 Die beskouing van die studentverpleegkundige as <b>werkmag, eerder as leerder, belemmer leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</b></p> <p>3.4 Die studentverpleegkundige se <b>aanvaarding van verantwoordelikheid vir eie leerervaringe</b> sal leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede bevorder.</p> <p>3.5 Die studentverpleegkundige se leer word belemmer omdat sy nie die <b>pas in 'n vol opleidingsprogram kan volhou nie.</b></p> <p>3.6 <b>Verhoudinge oor kultuurgrense</b> heen kan 'n struikelblok wees vir kliniese begeleiding as gevolg van wedersydse misverstande tussen die eenheidsverpleegkundige en die studentverpleegkundige.</p>

Eenheidsverpleegkundiges se belewenis	Stellings
<p>4 Dosente se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges</p>	<p>4.1 'n Gebrek aan kommunikasie tussen die dosente en eenheidsverpleegkundiges lei tot <b>onkunde oor die dosent se verwagtinge</b> van die eenheidsverpleegkundiges in die kliniese begeleidingsituasie, asook 'n verskil in verwagtinge van eenheidsverpleegkundiges en dosente met betrekking tot die studentverpleegkundige se vaardigheid in die algemene praktykarea, wat kliniese begeleiding belemmer.</p> <p>4.2 Die <b>outonome funksionering van die verplegingskollege</b> het tot gevolg dat dosente se kontak met studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea ontoereikend is.</p> <p>4.3 <b>Betrokkenheid van individuele dosente</b> by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges wissel, met die gevolg dat kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die dosente nie 'n konstante faktor in al die eenhede in die algemene praktykarea is nie.</p> <p>4.4 Die <b>dosente se betrokkenheid by die kliniese begeleiding</b> van die studentverpleegkundiges in die eenhede dien vir die <b>eenheidsverpleegkundige as 'n leerervaring</b>, wat weer lei tot verbetering van haar kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges.</p> <p>4.5 <b>Ondoeltreffendheid van kliniese begeleiding deur die dosente</b> belemmer die studentverpleegkundiges se leerervaring in die algemene praktykarea.</p> <p>4.6 Die <b>dosente se vrees om kliniese begeleiding in geslote eenhede</b> soos intensiewe sorgenhede en teater te doen, beperk leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.</p> <p>4.7 Dosente se klaarblyklike <b>huiwering om die terrein van die eenheidsverpleegkundige</b> (die praktyksituasie) te betree, beperk kliniese begeleidingsgeleenthede.</p>

Eenheidsverpleegkundiges se belevens	Stellings
<p>Dosente se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van student-verpleegkundiges (vervolg)</p>	<p>4.8 <b>Indiensopleiding en toesig deur die dosent</b> sal die eenheidsverpleegkundige op hoogte hou van ontwikkeling in die verpleegprofessie en verpleegopleiding, wat die kliniese begeleiding deur die eenheidsverpleegkundige sal bevorder.</p> <p>4.9 <b>Die fisiese afstand tussen die opleidings- en verpleegdiensinstansies verminder kontakgeleenthede</b> met studentverpleegkundiges en eenheidsverpleegkundiges, wat die dosent se effektiewe kommunikasie en kliniese begeleiding belemmer.</p>

# HOOFSTUK VIER

## LITERATUURKONTROLE TEN EINDE NAVORSINGSRESULTATE TE VERIFIEER

### 4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n literatuurkontrole geloods. Dié verkenning word gedoen deurdat navorsingsbevindinge van die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges oor hul eie en ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, soos dit in die samevattende stellings van hierdie navorsingsresultate saamgevat word (vgl tabel 3.17: p.116 en tabel 3.18: p.120), met beskikbare bestaande navorsingsbevindinge en literatuur vergelyk word.

Nuwe insigte wat uit die fokusgroepresultate verkry is, wat nie in beskikbare navorsingsbevindinge en literatuur bespreek word nie, word as unieke bevindinge van hierdie navorsing bespreek. Ook word relevante aspekte in beskikbare navorsingsbevindinge en literatuur wat nie in hierdie navorsingsresultate voorkom nie, maar wat wel betrekking het op die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, betrek.

### 4.2 LITERATUURKONTROLE

Die navorsingsbevindinge van die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by kliniese begeleiding word vervolgens met beskikbare navorsingsbevindinge en literatuur vergelyk.

Daar word gelet op aspekte van dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van:

- die kliniese begeleidingsproses;
- die *eenheidsverpleegkundiges* se betrokkenheid by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige;

- die *studentverpleegkundige* in die kliniese begeleidingsituasie; en
- die *dosente* se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.

#### 4.2.1 Aspekte wat betrekking het op die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die *kliniese begeleidingsproses*

Die volgende aspekte wat in hierdie opsig uit die belewenis van die dosente en/of eenheidsverpleegkundiges blyk, word vervolgens deur middel van die beskikbare literatuur en navorsingsbevindinge geverifieer. Sommige aspekte het betrekking op beide die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis terwyl ander aspekte wel slegs op dosente of op eenheidsverpleegkundiges se belewenisse betrekking het.

##### 4.2.1.1 Plasing van studentverpleegkundiges in die praktykarea

In hierdie navorsing is bevind dat die dosente en eenheidsverpleegkundiges die wyse waarop studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea geplaas word, as 'n struikelblok vir hul betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beleef.

Vervolgens sal 'n vergelyking van hierdie belewenis met beskikbare navorsingsbevindinge en literatuur getref word.

1) Verontagsaming van die leerbehoefte van die studentverpleegkundiges tydens plasing.

Die dosente is dit eens in hul belewenis dat kollegestudentverpleegkundiges wat deur die verpleegdienspersoneel van die hospitaal geplaas word sonder enige inset van die dosente, se leerbehoefte nie in ag geneem word nie.

In 'n publikasie deur Wilson-Barnett, Butterworth, White, Twinn, Davies en Reilly (1995:1156) word 'n soorgelyke belewenis as die bogenoemde belewenis van die dosente in hierdie navorsing gevind. Hierdie bevindinge dui daarop dat studentverpleegkundiges wat deur verpleegdienspersoneel geplaas word, nie in 'n praktykarea geplaas word wat korreleer met die teoretiese kennis wat die student opgedoen het nie.

"Preparation of placements which helped to locate them in the context of theoretical

understanding was said to be needed by most students, who appreciated this when it occurred but seemed accustomed to little orientation of this kind". Ook Van Niekerk (1993a:83) vind dat plasing van studentverpleegkundiges in die praktyk, deur beide dosente en verpleegdiensbestuurders, steeds as 'n diensbestuursaktiwiteit gesien word en dat plasing dan ooreenkomstig diensbehoefte gedoen word.

Hierdie tipe plasing van studentverpleegkundiges korreleer nie met die riglyne wat deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (1988:3) gestel word nie, waarin aangedui word dat leerervaringe volgens program- en persoonlike doelstellings deur studente benut moet word. Die leerervaringe moet volgens hierdie riglyne ook plaasvind in 'n leersituasie wat deur die persoon wat die leerstof aanbied, geskep (geselekteer) word.

In aansluiting by hierdie bevindinge asook die belewenis van die deelnemers in die fokusgroepe, meld Searle (soos aangehaal deur Bekker, 1989:2) dat een van die sewe beginsels wat rigting gegee het aan die herorganisasie van professionele opleiding van verpleegkundiges op diplomavlak, die koördinering van kliniese leerervaringe deur verpleegkolleges in samewerking met hospitale en nie-institusionele gesondheidsdienste is. Ook Nail en Singleton (1983:21) beveel aan dat die verpleegdiensbestuurder wat die plasing van studentverpleegkundiges in die eenhede behartig, die leerdoelwitte van die studentverpleegkundiges in ag moet neem.

Alberts (1990:31) se navorsing bevestig dan ook die belewenis van die dosente in hierdie navorsing, naamlik dat hierdie gebrek aan korrelasie van praktykplasing en teoretiese kennis wel 'n struikelblok vir effektiewe onderrig (kliniese begeleiding) kan wees.

Uit hierdie belewenis van dosente en uit die navorsingsbevindinge blyk dit dus duidelik dat die plasing van studentverpleegkundiges in die praktykarea ooreenkomstig hul leerbehoefte asook in samewerking met dosente, moet geskied om effektiewe onderrig-leer (insluitend kliniese begeleiding) te fasiliteer.

2) Die groot getal studentverpleegkundiges per eenheid belemmer leer- en kliniese begeleidingsgeleenthede.

Duxbury (1995:61) meld dat kliniese begeleiding belemmer word as gevolg van die feit dat verpleegkundiges en mentors nie in staat is om die hoeveelheid studente in die

praktykarea te hanteer nie: "As a consequence learners are sometimes being left unsupervised and unsupported in roles for which they are not ready". Ook Gross, Aysse en Tracey (1993:157) het tydens die ontwikkeling van 'n kliniese onderrigmodel bevind dat daar te veel studente per groep is vir effektiewe onderrig en supervisie.

Dieselfde probleem word deur beide die dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing beleef wat meld dat te groot getalle studentverpleegkundiges gelyktydig in die eenhede geplaas word om effektiewe kliniese begeleiding te doen.

In hierdie verband is Kotzé (soos aangehaal deur Van Niekerk, 1993a:73) van mening dat daar mededinging om leergeleenthede onder studentverpleegkundiges, mediese studente, leerlingverpleegkundiges en verpleeghulpe bestaan, as gevolg van die feit dat studentverpleegkundiges aan poste in hospitale toegewys word, terwyl waardevolle geleenthede in die gemeenskap en ander gesondheidsdiensleweringinsistansies onbenut bly.

Die groot getalle studentverpleegkundiges per eenheid skep volgens hierdie bevindinge blykbaar 'n mededinging om leergeleenthede, asook 'n te groot kliniese begeleidingslading vir die dosente én die eenheidsverpleegkundige. Hierdie situasie belemmer gevolglik die effektiwiteit van kliniese begeleiding.

3) Sporadiese en onvoldoende teenwoordigheid van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea.

Die dosente sowel as die eenheidsverpleegkundiges wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, is van mening dat die studentverpleegkundiges in geheel te min, en dan ook slegs sporadies in die algemene sale geplaas word.

Gross *et al.* (1993:157) beskryf dieselfde situasie, waar daar aan die einde van die opleidingstydperk verwag word dat die studentverpleegkundiges ervare praktisyns moet wees, terwyl hul kliniese blootstellingsperiode baie beperk is. In Suid-Afrika, met die beplanning van die nuwe omvattende basiese verpleegkursus, is reeds besef dat studentverpleegkundiges minder ure vir kliniese ervaring beskikbaar gaan hê, omdat die beskikbare tyd oor vier jaar tussen al vier dissiplines verdeel moet word (Loudon, 1984:8).

Waar die kliniese blootstellingsperiode beperk is met gevolglik beperkte tyd vir kliniese leerervaring, sou dit dus ook die geleentheid vir kliniese begeleiding beperk.

4) Plasing in eenhede met 'n ondersteunende onderrig-leerklimaat noodsaaklik vir fasilitering van leer.

Volgens die dosente wat in hierdie navorsing betrek is, is dit noodsaaklik dat student-verpleegkundiges in eenhede waar 'n geskikte onderrig-leerklimaat heers, geplaas moet word.

Hierdie oortuiging word ook deur Nail en Singleton (1983:21) voorgehou, wanneer hulle reken dat die persoon wat verantwoordelik is vir die plasing van die student-verpleegkundiges in die praktykarea, eenhede moet selekteer waar ten minste 80% van die geregistreerde verpleegkundiges geïnteresseerd is om met studentverpleegkundiges te werk: "If the nurses on the unit merely tolerate students, then students should be assigned elsewhere."

Ook Reilly en Oermann (1985:81-85) is van mening dat 'n ondersteunende leermilieu noodsaaklik is om leer by studentverpleegkundiges te fasiliteer. "A field rich in learning experiences but lacking a supportive milieu discourages learners in seeking experiences and results in the loss of many opportunities for growth. Likewise a field with potentially limited experiences but rich in supportive milieu may provide opportunity for students to examine new health care needs and ways of addressing them" (Reilly & Oermann, 1985:81).

Volgens die oortuiging van hierdie outeurs en ook dié van die deelnemers in hierdie navorsing blyk dit dus dat 'n ondersteunende onderrig-leermilieu selfs belangriker vir die fasilitering van leer by die studentverpleegkundige is as die beskikbaarheid van leergeleentheid.

5) Individuele pasiënt-toewysing bied voldoende kliniese begeleidingsgeleentheid.

Beide die eenheidsverpleegkundiges en dosente in hierdie navorsing beleef die kliniese begeleiding, waar individuele pasiënt-toewysing aan studentverpleegkundiges in sekere eenhede gedoen word, as baie suksesvol.

Röscher en Müller (1983:16) meld dat die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging oortuig is dat eerstejaarstudente net aan verpleging van individue blootgestel moet word en eers wanneer sy vorder in ervaring, kan sy verantwoordelikheid vir groepe pasiënte in 'n saal of in die gemeenskap aanvaar.

Gerrish (1990:202) staaf hierdie standpunt waar sy meld dat die metode van toewysing aan studentverpleegkundiges in die eenhede van uiterste belang is vir die skep van 'n leerklimaat. Sy vind dat "(t)he traditional task allocation is deemed by many learners to stifle learning experience whereas individualised patient care is deemed conducive to learning". Sy beskou hierdie aspek as so belangrik dat sy meen dat die eenheidsverpleegkundige wat nie in staat is om studenteplasing so te organiseer dat dit maksimale leer fasiliteer nie, ook in haar bestuursrol faal.

Die plasing van studentverpleegkundiges waar maksimale leer gefasiliteer word, word dus deur bestaande navorsingsbevindings, hierdie navorsing en beskikbare literatuur as deurslaggewend vir effektiewe onderrig-leer (ook kliniese begeleiding) beskou. Dit blyk gevolglik dat individuele pasiënt-toewysing eerder as taaktoewysing meer bevorderlik vir leer (en kliniese begeleiding) is.

#### **4.2.1.2 Beperkte beskikbaarheid van voorraad en toerusting in die praktykarea**

Te einde effektiewe verpleging te kan lewer, moet daar voldoende voorraad en toerusting in die eenhede beskikbaar wees (Van Niekerk, 1993a:130) en dit is by implikasie dan ook nodig vir effektiewe kliniese begeleiding. In hierdie verband is Searle (1980:4, 5) van mening dat dit die plig van die eenheidsverpleegkundige is om te verseker dat voldoende voorraad beskikbaar is.

Uit die resultate van hierdie navorsing blyk dit egter uit die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges dat daar 'n onbesikbaarheid van voorraad en toerusting in die praktykarea is, wat wel die effektiewe kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges belemmer.

#### 4.2.1.3 Die teorie-praktykgaping in verpleegonderwys

Die teorie-praktykgaping wat deur beide dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing beleef word, word ook in die beskikbare literatuur en navorsingsbevindinge bespreek. Die implikasies wat hierdie gaping op die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges het, is volgens die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges in die fokusgroepe as volg:

- Dosente verwag te veel van studentverpleegkundiges en die eenheidsverpleegkundiges beleef hierdie verwagtinge as onregverdig en onrealisties.
- Die dosente reken dat die praktyk die kliniese onderrig en kliniese begeleiding behoort te rig.

Castledine (1993:478) bevestig hierdie teorie-praktykgaping en meld dat dit reeds sedert Florence Nightingale se tyd, asook gedurende die vyftiger- en sewentigerjare en tot vandag toe nog, as probleem in verpleegonderwys gemanifesteer het.

Op grond van navorsing wat onderneem is, spreek twee outeurs (Alexander, 1983; O'Connor, 1993) hul kommer oor hierdie teorie-praktykgaping as volg uit: " .. there was evidence of the existence of many rather than rare differences between theory and practice" (Alexander, 1983:206). O'Connor (1993:64) vind tydens 'n praktiese navorsingsprojek uit dat die geregistreerde verpleegkundige se praktykvoering op tradisie gebaseer is en nie op die toepassing van kennis nie. Hieroor sê sy: "The results confirmed my fears that the gap was a wide one".

Ook Riesch (1987:585) beskryf 'n situasie uit haar belewenis, waar die studentverpleegkundige moet wik en weeg tussen die verskillende metodes wat die dosent en die geregistreerde verpleegkundige voorhou om 'n pasgeborene se temperatuur te bepaal. Hierdie dubbelstandaard word ook gemeld in die kommentaar oor gebreke in die eksamenstelsel, soos dit in die Briggs-verslag verskyn en aangehaal word deur McCaugherty (1991:1059): ".. when it stated that students develop two standards - one for tutors and examiners and one for patients".

Die belewenis van die studentverpleegkundiges, ten opsigte van die ontoepasbaarheid van die teorie in die praktyk, word deur Ehlers (soos aangehaal deur Van Niekerk, 1993a:121) bespreek. Ook Duxbury (1995:59) stel hierdie belewenis van die student-

verpleegkundige soos volg: "... she felt that starting work in the wards was like walking into a war zone".

In Suid-Afrika beskou Gwele en Uys (1995:5) die gebrek aan teorie-praktykkorrelasie as een van die grootste probleme in verpleegonderwys en in Brittanje reken Paul Mangan (1993:38) dat die implementering van "Project 2000" "...has highlighted the growing gap between nursing as it has been practised and how it is now being taught".

Uit hierdie verskeidenheid van navorsingsbevindings en menings blyk dit dus dat die teorie-praktykgaping wêreldwyd 'n probleem in verpleegonderwys is.

#### **4.2.1.4 Die fokusverskuiwing van kliniese begeleiding na evaluering**

Die dosente en die eenheidsverpleegkundiges in die fokusgroepe beleef 'n fokusverskuiwing van kliniese begeleiding na evaluering. Hierdie belewenis word bevestig deur Owen (1993:816) wat bevind het dat studentverpleegkundiges hulle dosente as "...assessment-orientated and unable to teach the skills of adapting quickly to the constantly changing demands of clinical practice" beleef, sowel as deur Morgan (1991:1238-1246) wat uit onderhoude met kliniese dosente gevind het dat hulle dit moeilik vind om onderrigaktiwiteite en evalueringsaktiwiteite te skei. Volgens Uys (1992:23) beleef ook studentverpleegkundiges dié besoeke van dosente as evaluering "I have found that students interpret clinical visits of tutors as aimed at evaluation even when the educators saw themselves as having taught" - so iets veroorsaak angst by die studentverpleegkundiges.

Ander outeurs (Van Niekerk, 1993a:108; Wannenburg & Kotzé, 1990:51) beskou evaluering as 'n onontbeerlike faset van kliniese begeleiding. 'n Dosent, wat deelneem aan 'n studie deur Paterson (1994:353), bevestig dié aspek: "It's only by finding out what they know that I can prevent them from making major errors in patient care."

Die dosente in hierdie navorsing beleef die eis om bewys te lewer van die produk van hul kliniese begeleiding as die rede vir hierdie fokusverskuiwing na evaluering. Hulle word in hierdie belewenis ondersteun deur Wannenburg en Kotzé (1989:45) en deur Lenburg (soos aangehaal deur Van Aswegen en Basson, 1994:32) wat reken: "Die teoretiese en kliniese onderrigpersoneel is toerekenbaar en moet uiteindelik in staat wees om die produk van die kursus te kan verdedig."

Vanuit die bostaande belewenis van deelnemers in hierdie navorsing en bevindinge en menings in die beskikbare literatuur blyk dat dit moeilik is om 'n definitiewe onderskeid te maak tussen evaluering en kliniese begeleiding en dat evaluering as fokus van kliniese begeleiding soms te veel beklemtoon word ten koste van ander fasette van kliniese begeleiding.

#### **4.2.1.5 Situasië-onderrig tydens kliniese begeleiding**

Beide dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing beleef situasie-onderrig as 'n sinvolle faset van kliniese begeleiding en dosente beweer dat hulle wel hiervan gebruik maak.

In 'n bespreking van probleemgebaseerde leer in Verpleegkunde deur Van Niekerk en Van Aswegen (1993:37-41), word die beginsel van situasie-onderrig waar die studentverpleegkundige gefasiliteer word om probleemsituasies in die praktykarea deur middel van analitiese denkvaardighede op te los, ook ondersteun. Hierdie faset van kliniese begeleiding word deur Marson (1982:355) onderskryf, wanneer sy leer uit ervaring in die praktyk soos volg beklemtoon: "There is a general consensus of opinion that it is in the real life situation that students should learn the skills of problem solving, planning, implementing and decision making." Dit is dan ook volgens Potgieter (1980:20) dié metode waarop onderrig in die saalsituasie plaasvind wat geleentheid vir die studentverpleegkundige bied om vrae te stel, probleme uit te skakel en teorie en praktyk te korreleer.

In teenstelling met hierdie positiewe siening van situasie-onderrig, bevind Uys (1992:23) dat dosente wat wel van onbeplande besoeke (met situasie-onderrig as doel) aan studentverpleegkundiges in die praktykarea gebruik maak, dit dikwels negatief beleef, omdat hulle voel hulle meng in met die studentverpleegkundige se werk en die saalroetine.

Hoewel die dosent soms ongemak ervaar wanneer sy poog om situasie-onderrig te implementeer, blyk dit dat hierdie wyse van onderrig deur dosente in hierdie navorsing asook deur die meeste outeurs in die beskikbare literatuur beskou word as 'n sinvolle faset van kliniese begeleiding wanneer die studentverpleegkundige onder direkte leiding van 'n meer ervare persoon kan werk en sodoende kliniese ervaring kan opdoen.

#### 4.2.1.6 Portuurgroepbegeleiding as alternatief vir kliniese begeleiding

Portuurgroepbegeleiding (by implikasie binne dieselfde jaargroep) met inoefening in simulاسie, word deur die dosente as 'n sinvolle alternatief vir kliniese begeleiding beskou.

Portuurgroepbegeleiding in simulاسie, waar lede in die groep aan mekaar terugvoering gee oor bereiking van doelwitte sonder om punte toe te ken, word volgens McDonald (1987:290-292) deur studentverpleegkundiges as 'n effektiewe alternatief vir kliniese ervaring beskou, hoewel McDonald (1987:292) beklemtoon dat simulاسie besliste beperkinge het.

Die portuurgroep word deur Mulder (1990:136) as deelnemer in die evalueringsposes beskou. Sy bevind dat studentverpleegkundiges meer krities teenoor hul medestudente is. Portuurgroeponderrig word ook deur Bekker (1989:103, 104) as 'n metode van kliniese onderrig beskou, waar die studentverpleegkundige (i) leer om meer onafhanklik te raak, (ii) 'n praktiese en realistiese benadering tot die verpleegpraktyk aan te kweek en (iii) haar onderrigvermoë te ontwikkel.

Alhoewel dit by uitstek die taak van die geregistreerde verpleegkundige is om onderrig in die saal te gee, is haar hoë werklading 'n wesenlike probleem en kan sy volgens Potgieter (1980:19) gebruik maak van portuurgroeponderrig onder haar direkte toesig. Hierdie outeur is oortuig dat die senior student tydens portuurgroeponderrig waardevolle onderrig aan die junior kan gee en terselfdertyd ook daarby kan baat. Ongelukkig is dit volgens Van Niekerk (1993a:80) nie moontlik dat senior studentverpleegkundiges beskikbaar is vir mentorbegeleiding (portuurgroepbegeleiding) aan junior studentverpleegkundiges nie, as gevolg van die feit dat vierdejaar- studentverpleegkundiges vir minstens 800 uur uit die algemene praktyk onttrek word vir praktykervaring in ander dissiplines.

Portuurgroeponderrig (-begeleiding) kan dus onder die leiding van die eenheidsverpleegkundige en/of dosent tot sinvolle leerervarings vir beide partye in die portuurgroep bydra en sodoende die kliniese begeleiding deur die dosente en eenheidsverpleegkundiges aanvul. Die beskikbaarheid van die portuurgroep vir kliniese begeleiding blyk egter 'n probleem te wees.

#### 4.2.1.7 Kliniese begeleiding as omvattende proses

Die proses van kliniese begeleiding is volgens Van Niekerk (1993a:135, 136) op 'n wetenskaplike benadering gebaseer wat fasilitering van leer, ondersteuning, motivering, demonstrasie, leiding, dissiplinerig en terugvoer of evaluering insluit. Die begeleidingsverloop van die studentverpleegkundige sluit volgens Kotzé (1979:251-253) die volgende verhoudingstrukture in: (i) Die omgangsverhouding; (ii) ontmoetingsverhouding; (iii) andragogiese ingryping en instemming; (iv) terugkeer na omgangsverhouding; en (v) periodieke verlating van die begeleidingsituasie. Dit blyk dus dat kliniese begeleiding meer as slegs 'n proses is wat uit die samevoeging van prosedures bestaan. Hierdie siening word ook deur die dosente en eenheidsverpleegkundiges wat in hierdie navorsing betrek is, beleef, in dié opsig dat hulle van mening is dat kliniese begeleiding 'n omvattende proses is wat nie slegs op prosedures en tegnieke afgestem is nie.

McCabe (1985:256) beklemtoon hierdie aspek wanneer sy sê: "It is not enough to know what has happened and what to do in a given situation. It is necessary to understand why something has occurred and why a specific action should be undertaken." Ook Mellish (1977:6, 7) is oortuig dat die onderrig van studentverpleegkundiges gerig moet wees op die begrip van onderliggende beginsels en nie net tegnieke en prosedures nie: "... the principles of asepsis enables the nurse to cope with any technique of wound care. ... whereas failure to apply them will lead to infection, no matter how many forceps, bowls, etc., were used in some 'ritual' form of wound dressing." Uys (1992:23, 24) bevind tydens navorsing dat kliniese onderrig dikwels gefokus is op óf evaluasie óf prosedures, terwyl sy en ook Van Niekerk en Van Aswegen (1993:37-41) oortuig is dat probleemoplossinggerigte onderrig die kliniese onderrig en kliniese begeleiding meer omvattend sal maak.

Proseduregerigtheid is egter volgens Wannenburg en Kotzé (1991:26) steeds nodig in die kliniese begeleiding van junior studentverpleegkundiges totdat psigomotoriese vaardighede outomaties uitgevoer word en sy kan vorder na meer omvattende pasiëntsorg. Dit is dan ook in hierdie opsig wat die dosente die leergeleentheid in die praktykarea met betrekking tot die aanleer van prosedures as onvoldoende beleef terwyl

die eenheidsverpleegkundiges reken dat prosedures wat aan studentverpleegkundiges geleer word, gestandaardiseer moet word om kliniese begeleiding te vergemaklik.

Hoewel kliniese begeleiding in hierdie en ander navorsingsbevindinge en in die beskikbare literatuur as 'n omvattende proses beskou word, blyk dit tog ook dat dit soms wenslik is om op prosedures as 'n faset van kliniese begeleiding te fokus.

#### **4.2.1.8 Die noodsaaklikheid van evalueringsinstrumente tydens kliniese begeleiding**

Die eenheidsverpleegkundiges wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, beskou evalueringsinstrumente as irrelevant en onnodig. In teenstelling met hierdie belewenis van die eenheidsverpleegkundiges beklemtoon Wannenburg en Kotzé (1991:27) die noodsaaklikheid van evalueringsinstrumente met duidelike evalueringskriteria om onregverdigde evaluering uit te skakel. Hulle is ook van mening dat die studentverpleegkundige met die aanvang van opleiding bewus moet wees van die inhoud van hierdie kliniese evalueringsinstrumente. Ook Mulder (1990:92-97) is oortuig dat kennis, vaardigheid en houdings van studentverpleegkundiges nie bloot sintuiglik bevredigend waargeneem kan word nie. Sy stel dit egter baie duidelik dat die beplanning van die noodsaaklike evalueringsinstrumente, evaluering kan laat slaag of misluk en dat geldigheid, betroubaarheid, objektiwiteit, bruikbaarheid, relevansie en regverdigheid noodsaaklike vereistes by die opstel van so 'n instrument is.

Die gevaar bestaan dat 'n evalueerder sonder voorafbepaalde evalueringskriteria die studentverpleegkundige sal beoordeel in die lig van haar eie vaardigheidsvlak of dié van 'n ander studentverpleegkundige (Van Aswegen & Basson, 1994:33).

Die noodsaaklikheid van die gebruik van goedbeplande, relevante evalueringsinstrumente tydens kliniese begeleiding is dus nie te betwyfel nie. Dit is ook nodig dat al die lede van die kliniese begeleidingspan insette moet lewer by die beplanning van evalueringsinstrumente.

#### **4.2.1.9 Kliniese begeleiding as bykomende las op die eenheidsverpleegkundige**

'n Berekening deur Nail en Singleton (1983:23) dui daarop dat die teenwoordigheid van studentverpleegkundiges in verpleegeenhede tyd van die eenheidsverpleegkundiges

in beslag neem wat sy andersins aan pasiëntsorg sou kon bestee het. Hierdie bykomende las op die eenheidsverpleegkundige as preceptor word deur eenheidsverpleegkundiges as volg beskou: " .. that time and energy must be divided between patient care responsibilities and the needs of the learner." (Goldenberg, 1987/88:13). 'n Soortgelyke bevinding word deur Atkins en Williams (1995:1011) beskryf as 'n algemene erkenning dat die mentor (kliniese begeleiding) van studentverpleegkundiges as energie- en tydrowend beskou word. Hierdie bevindinge korreleer dus met die belewenis van eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing wat kliniese begeleiding as tydrowend en 'n duplisering van take beskou wat konflik ten opsigte van kliniese begeleiding by die eenheidsverpleegkundige laat.

Eenheidsverpleegkundiges beskou kliniese begeleiding dus klaarblyklik as 'n bykomende taak en nie as deel van hul normale roetine in die eenhede nie.

#### **4.2.1.10 Kliniese begeleiding as progressiewe proses**

Die eenheidsverpleegkundiges wat in hierdie navorsing betrek is, is van mening dat die proses van kliniese begeleiding progressief van aard moet wees en dat die studentverpleegkundige van die begin af reg geleer moet word. Crous (1987:1, 2) asook Wannenburg en Kotzé (1990:48, 49) ondersteun hierdie mening deurdat hulle dit duidelik stel dat die studentverpleegkundige se vordering tydens kliniese begeleiding verseker moet word en dat sy gereeld terugvoering moet kry oor haar bekwaamheid totdat haar optrede outomaties korrek is.

Kliniese begeleiding as progressiewe proses behoort dus volgens die opinie van bogenoemde outeurs asook die deelnemers in hierdie navorsing, progressiewe vordering by die studentverpleegkundige te fasiliteer.

#### **4.2.1.11 Effektiewe kliniese begeleiding as 'n bevredigende ervaring**

Eenheidsverpleegkundiges beleef die kliniese begeleidingsproses as 'n bevredigende ervaring wanneer dit moontlik is om dit effektief te doen. In die beskikbare literatuur kon hierdie belewenis slegs deur een publikasie, Atkins en Williams (1995:1011, 1012), gestaaf word. Hulle bevind in 'n kwalitatiewe studie van die belewenis van

geregistreerde verpleegkundiges wat as mentors vir studentverpleegkundiges optree, dat sommige van hierdie respondente wel die rol van mentor as positief ervaar, gemaklik voel in hierdie rol en dit ook geniet.

Uit die belewenis van eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing en die enkele publikasie uit die beskikbare navorsingsliteratuur, blyk dit asof die eenheidsverpleegkundiges wel betrokkenheid by kliniese begeleiding as positief sal ervaar, indien struikelblokke uit die weg geruim kan word.

#### **4.2.1.12 Die belangrikheid van effektiewe interpersoonlike verhoudinge in die kliniese begeleidingsproses**

In 'n interpersoonlike verhouding van wedersydse respek en vertroue tussen dosent en studentverpleegkundige is dit vir die dosent moontlik om leer by die student te fasiliteer, aldus Owen (1993:818) en Wilson-Barnett *et al.*(1995:1156). Ook Rogers (soos aangehaal deur Marson, 1982:352) meen dat: " .. one of the most important conditions which facilitates learning is the attitudinal quality of the interpersonal relationship between facilitator and learner". Die standpunte van hierdie outeurs in verband met interpersoonlike verhoudinge in die kliniese begeleidingsproses word ook deur die eenheidsverpleegkundiges betrokke in hierdie navorsing gehuldig.

#### **4.2.1.13 Die afstand tussen opleidings- en diensleweringinstansies as struikelblok vir kliniese begeleiding**

Die eenheidsverpleegkundiges en dosente in hierdie navorsing beskou die fisiese afstand tussen die universiteit, die verplegingskollege en die hospitale as 'n struikelblok vir suksesvolle kliniese begeleiding. In die beskikbare literatuur word hierdie belewenis van die eenheidsverpleegkundiges en dosente slegs een maal as bevestiging van hierdie navorsingsresultate gevind. Crotty (1993:462) bevind in 'n studie dat dosente 'n soortgelyke probleem ervaar en sy stel dit as volg: "I did a lot of clinical teaching as a tutor, but we used to be hospital-based and you could just walk across."

Dit blyk dus asof die fisiese afstand tussen dosente en studentverpleegkundiges in die praktykarea 'n belemmerende faktor is vir die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges.

#### **4.2.1.14 Die onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie as belemmering van kliniese begeleiding**

Die kontinuïteit wat nodig is in kliniese begeleiding, gaan verlore as gevolg van die feit dat beplande onderrigssessies gekanselleer word wanneer die saal besig raak aldus Owen (1993:822). Gerrish (1990:201) beskou hierdie konstante onderbrekings ook as een van die vyf hoof probleemareas ten opsigte van die effektiewe vervulling van die eenheidsverpleegkundige se onderrigrol. Dieselfde mate van onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie word deur die eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing as 'n struikelblok vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beleef. Die praktyksituasie word as onvoorspelbaar beskou omdat 'n onderrigssessie enige oomblik deur 'n besoekende geneesheer, 'n noodgeval of ander behoefte van 'n pasiënt wat voorrang geniet, onderbreek kan word. Die realiteit dat eenheidsverpleegkundiges wat volgens 'n diensrooster in die eenheid geplaas is, soms op kort kennisgewing na 'n ander eenheid verskuif kan word of kan siek word, die werkklas van die oorblywende eenheidsverpleegkundiges verswaar, het tot gevolg dat beplande begeleidingsessies gekanselleer word. Dié realiteit vorm deel van die onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie.

Die onvoorspelbaarheid van die praktyksituasie kan dus in die lig van bogenoemde belewenis van eenheidsverpleegkundiges en beskouinge in die beskikbare literatuur as 'n konstante belemmerende faktor in die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beskou word, aangesien dit die wese van die praktyk in die algemene sale weerspieël.

#### **4.2.1.15 Die studentverpleegkundiges se foute as die fokus van kliniese begeleiding**

Die eenheidsverpleegkundiges betrokke by hierdie navorsing spreek die mening uit dat die eenheidsverpleegkundiges na die foute van die studentverpleegkundiges moet oplet en dat vrees die basis moet vorm van die studentverpleegkundige se leerervaring.

Venter (1982:51) sê hieroor egter: "Opbouende kritiek in 'n aangename atmosfeer spoor haar aan tot verbetering van haar vorige foute en het baie groter waarde as 'n onbuigsame houding en dissiplinerig." Insgelyks word die beklemtoning van foute eerder as aanprysing, as een van die faktore gesien wat 'n belemmering van leer by die studentverpleegkundige tot gevolg kan hê (Wong soos aangehaal deur Bekker, 1989:93). Rogers (soos aangehaal deur Knowles, 1973:32, 33) weerlê die persepsie van vrees as basis van leer. Tydens konseptualisering van 'n studentgerigte benadering in onderrig het hy vyf basiese hipoteses geformuleer, wat gerig is op die leerklimate wat ondersteunend behoort te wees. Hy beklemtoon dat leer op sigself deur die student as 'n bedreigende situasie ervaar word en dat 'n ondersteunende, aanvaardende milieu noodsaaklik is vir die fasilitering van leer.

Hoewel die eenheidsverpleegkundiges blykbaar vrees as basis van leer beskou, blyk dit uit die beskikbare literatuur dat opbouende kritiek, positiewe terugvoer en 'n aanvaardende, ondersteunende leermilieu, eerder as die fokus op foute, leer by die studentverpleegkundige sal fasiliteer.

#### **4.2.2 Aspekte wat betrekking het op die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die *eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid* in die kliniese begeleidingsituasie**

Hierdie aspekte het betrekking op die dosente en/of eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die eenheidsverpleegkundige se betrokkenheid by kliniese begeleiding. Beskikbare navorsingsbevindings en literatuur sal vervolgens benut word om die volgende aspekte, wat betrekking het op die dosente en/of eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die eenheidsverpleegkundige se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, te verifieer.

##### **4.2.2.1 Die onvermoë van eenheidsverpleegkundiges om in die leerbehoefte van studentverpleegkundiges te voorsien**

Die dosente betrokke by hierdie navorsing meen dat hulle nie die eenheidsverpleegkundiges in die kliniese begeleidingsituasie kan vertrou nie, aangesien laasgenoemde nie in die leerbehoefte van die studentverpleegkundiges voorsien nie.

In hierdie verband het die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (1990:2) ná inspeksies aan verplegingskolleges gemeld dat die leerervaringe van studentverpleegkundiges nie ooreenstem met die programdoelstellings (studentverpleegkundiges se leerbehoefte) nie, as gevolg van die feit dat daar leemtes in die wetenskaplike ingesteldheid van begeleidingspersoneel bestaan. Terwyl Bezuidenhout (soos aangehaal deur Bekker, 1989:89) die ideale leeromgewing beskou as een waarin die geregistreerde verpleegkundige die studentverpleegkundige help om leerdoelstellings te bereik, bevind Van Niekerk (1993a:73) dat die benutting van studentverpleegkundiges as werkkragte tot gevolg het dat hulle leerbehoefte nie in ag geneem word nie. In aansluiting hierby kan die bevinding van Marrow en Tatum (1994:1248) dat geregistreerde verpleegkundiges wat studentverpleegkundiges begelei, nie die optimale beskikbaarstel van leergeleentede as belangrik beskou nie, moontlik as 'n rede vir hierdie negering van die leerbehoefte van studentverpleegkundiges beskou kan word.

Die belang van die eenheidsverpleegkundige se rol in die skep van 'n leerklimate waar die studentverpleegkundige se leerbehoefte in ag geneem word, word deur Ogier (1989:342) asook Gerrish (1990) beklemtoon. Gerrish (1990:202) sê hieroor: "The ward sister by virtue of having control over the nursing staff on her ward is able, through her ward organisation, to create a learning environment by placing learners in work situations which satisfy their learning needs."

Hierdie beskouinge dui daarop dat leer by die studentverpleegkundiges slegs gefasiliteer kan word indien hul leerbehoefte in ag geneem word.

#### **4.2.2.2 Die hoë werklading van eenheidsverpleegkundiges**

Uit beskikbare literatuur blyk dit dat eenheidsverpleegkundiges wel onderrig en evaluering as 'n belangrike deel van hulle verantwoordelikhede beskou, maar dat hulle as gevolg van ander verantwoordelikhede en personeeltekort nie hierdie taak na behore kan onderneem nie, aangesien diensbehoefte voorrang geniet (Gerrish, 1990:201). Hierdie standpunt word vanuit hierdie navorsing deur die belewenis van beide dosente en eenheidsverpleegkundiges gestaaf en ook deur verskeie outeurs (Potgieter, 1980:19,21; Owen, 1993:822; Woodrow, 1994:816; Myrick & Barret, 1994:195; Marrow & Tatum, 1994:125 en Elkan, Hillman & Robinson, 1994:414) bevestig.

Kotzé (soos aangehaal deur Bekker, 1989:93) is, met betrekking tot hierdie aspek, daarvan oortuig dat daar wel voldoende geregistreerde verpleegkundiges met die nodige vaardigheid en vakkennis in die saalspan moet wees om die nodige begeleiding, onderrig, toesig en evaluering van studentverpleegkundiges waar te neem.

Ander perspektiewe op hierdie belewenis van 'n te hoë werklading en personeeltekort is dié van Van Tonder (1989:7) wat bevind dat 53.7% van 'n nege-uur-tydperk wel beskikbaar vir verpleeg -en onderrigtake is en MacLeod (soos aangehaal deur Van Tonder, 1989:7) wat reken dat solank as wat eenheidsverpleegkundiges en verpleegdiensbestuurders toelaat dat die eenheidsverpleegkundige vir nie-verpleegtake gebruik word, hulle nie oor 'n personeeltekort moet kla nie.

Ook Atkins en Williams (1995:1012) is van mening dat werklading nie in die pad staan van die eenheidsverpleegkundige wat werklik toegewyd is om kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges waar te neem nie. Die beskouing van Hinchliff (1986:54) dat "(t)eaching does indeed take time, but in the long term it is a great time saver. A learner who lacks confidence and competence will take much longer to implement care, and will also put the patient at risk", bied dan ook 'n gebalanseerde perspektief met betrekking tot hierdie belewenis van eenheidsverpleegkundiges en dosente.

Hoewel die hoë werklading van eenheidsverpleegkundiges 'n wesenlike struikelblok vir kliniese begeleiding skyn te wees, blyk dit tog ook dat 'n ander benadering tot kliniese begeleiding moontlik hierdie struikelblok in 'n mate kan oorkom.

#### **4.2.2.3 Outonome funksionering van die verplegingskollege as struikelblok vir kliniese begeleiding**

Vandat die verplegingskollege outonoom begin funksioneer het, het die eenheidsverpleegkundiges, volgens die belewenis van die dosente, kliniese begeleiding uitsluitlik as die verantwoordelikheid van die dosent beskou. Die eenheidsverpleegkundiges weer, beleef die outonomie van die verplegingskollege as aanleidende oorsaak dat dosente uit die hospitaal uit beweeg het en gevolglik minder kontak met studentverpleegkundiges het, aangesien hulle sedertdien op die diensstaat van die verplegingskollege is. Volgens 'n onderhoud met Röscher en Müller (1983:15) word die implikasies van hierdie verpleegonderwysstelsel met betrekking tot die rol van die

kliniese dosent as volg gestel: "Kliniese onderrigpersoneel sal deel wees van die kollege se personeelvoorsiening. Dit beteken egter nie dat hulle noodwendig in 'n fisiese sin by die kollege sal werk nie."

Die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges met betrekking tot die gevolge van die outonome funksionering van die verplegingskollege word nie in ander beskikbare navorsingsbevindings en literatuur bevestig nie. Bogenoemde outeurs se aanbeveling oor die kliniese dosent se posisie hou egter wel verband met hierdie aspek, hoewel hulle nie die fisiese wegbeweeg van die dosent as 'n noodwendigheid beskou nie.

#### **4.2.2.4 Die invloed van eenheidsverpleegkundiges se houding teenoor studentverpleegkundiges tydens kliniese begeleiding**

Marson (soos aangehaal deur Bekker, 1989:93) is van mening dat onbetrokkenheid van die geregistreerde verpleegkundige by die onderrigsituasie leer by die studentverpleegkundige inhibeer. Ook 'n negatiewe houding van die geregistreerde verpleegkundige teenoor die studentverpleegkundige, soos sarkasme, hoogmoed, kritiek in die teenwoordigheid van ander en beklemtoning van foute eerder as aanprysing, word deur Wong (soos aangehaal deur Bekker, 1989:93) geïdentifiseer as faktore wat effektiewe leer by die studentverpleegkundige benadeel. (Vergelyk ook 4.2.1.15 : p.140.)

Die dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing is van mening dat 'n positiewe houding van die eenheidsverpleegkundige teenoor die studentverpleegkundige daartoe lei dat die studentverpleegkundige ook positief teenoor leergeleenthede ingestel is, wat korreleer met die siening van bogenoemde outeurs.

Die beeld wat Tough (soos aangehaal deur Ogier, 1989:341) van die ideale onderriggewer as: "...an open and growing person, not a closed, negative, static, defensive, fearful, or suspicious sort of person . . . frequently a learner and seeks growth and new experiences", weergee, sluit aan by die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie verband.

Morgan (1991:1244), Wilson-Barnett *et al.*(1995:1156) en Gross *et al.* (1993:158) se bevindings dui daarop dat geregistreerde verpleegkundiges wat positief teenoor verpleging ingestel is en dit geniet, ook die studentverpleegkundige positief beïnvloed

en dat leer gevolglik meer effektief plaasvind. Hierdie aspek word deur Nail en Singleton (1983:21,22) as so belangrik beskou dat hulle reken die verpleegdiensbestuurder behoort studentverpleegkundiges slegs in eenhede te plaas waar die eenheidsverpleegkundiges 'n positiewe houding teenoor die studentverpleegkundige en kliniese onderrig openbaar.

'n Positiewe houding van die eenheidsverpleegkundige teenoor kliniese begeleiding en teenoor die studentverpleegkundige in hierdie begeleidingsituasie word dus as onontbeerlik vir die fasilitering van leer by die studentverpleegkundige beskou.

Uit bevindinge in hierdie navorsing blyk dit ook dat dosente soms die eenheidsverpleegkundige as onsimpatiek teenoor die studentverpleegkundige beleef. Slegs een geval ter ondersteuning van hierdie belewenis van die dosente kon in die beskikbare navorsingsliteratuur gevind word, naamlik dié van Gross *et al.* (1993:157) wat 'n soortgelyke bevinding waar die studentverpleegkundige dan ook te bang is om hulp van die geregistreerde verpleegkundige te vra wanneer sy onseker is, beskryf.

Hierdie bevindinge sluit aan by dié oor die houding van die eenheidsverpleegkundige teenoor die studentverpleegkundige in die begeleidingsituasie, waar dit hier ook weer blyk dat leer nie by die studentverpleegkundige gefasiliteer kan word nie wanneer sy bang is vir 'n onsimpatieke begeleier.

#### **4.2.2.5 Onkunde van die eenheidsverpleegkundige ten opsigte van die opleidingstandaard vir studentverpleegkundiges**

Uit die belewenis van beide die dosente en die eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing blyk dit dat die eenheidsverpleegkundige nie op hoogte van die opleidingstandaard vir studentverpleegkundiges is nie en gevolglik voel hulle nie bevoeg om effektiewe kliniese begeleiding te doen nie. Hiermee saam is die behoefte dat indiensopleiding ten opsigte van kliniese begeleidingsvereistes deur die dosente die eenheidsverpleegkundige paraat sal maak om kliniese begeleiding te doen. Die belewenis van dosente en eenheidsverpleegkundiges met betrekking tot die feit dat die eenheidsverpleegkundiges onseker is oor hulle onderrigrol en opleidingsvereistes van die studentverpleegkundiges en dat die dosent hulle hierin moet ondersteun en oplei, word wyd ondersteun deur verskeie outeurs, naamlik Mellish (1977:8), Röscher en

Müller (1983:16), Bezuidenhout (1988:28 tot 31), Gerrish (1990:200-203), Mulder (1990), Gross *et al.* (1993:156-159), Owen (1993:821, 822), Marrow en Tatum (1994:1247-1254) en Woodrow (1994:815). Outeurs soos Potgieter (1980:19), Kotzé (1987:32) en Alberts (1990:28, 29) is van mening dat die eenheidsverpleegkundige moet beseef dat die relevansie van kennis gedurig korter word en dat sy self ook 'n verantwoordelikheid het om op hoogte te bly van ontwikkeling. Hierdie siening word ook in die belewenis van die eenheidsverpleegkundiges gemeld. In hierdie verband meld Pinkney-Atkinson (1983:8): " ... most adults can and want to learn, but their capacity to study is lost through disuse". Daarom beskou sy dit as noodsaaklik dat leer by die eenheidsverpleegkundige as 'n ononderbroke proses, na opleiding moet voortgaan. Brereton (1995:322) beseef egter dat dit moeilik is vir die eenheidsverpleegkundige aangesien sy nie in kontak bly met die teorie van verpleging nie. Die dosent moet daarom, soos Myrick en Barret (1994:197) dit stel, in 'n een-tot-een verhouding met die eenheidsverpleegkundige indiensopleidingsprogramme beplan. Hierdie belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges, asook die ondersteunende beskouinge van outeurs in die beskikbare literatuur dui op die noodsaaklikheid dat die dosent en eenheidsverpleegkundige 'n gedeelde verantwoordelikheid het om laasgenoemde op hoogte te hou van die opleidingstandaard van die studentverpleegkundige in die praktykarea.

#### **4.2.2.6 Betrokkenheid van eenheidsverpleegkundiges by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges**

Alhoewel beide die dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing die junior verpleegkundige as meer gewillig en meer op hoogte van opleidingsvereistes beleef, word die bevoegdheid van die nuut gekwalifiseerde verpleegkundige om as geregistreerde verpleegkundige te praktiseer, deur respondente in 'n studie bevraagteken (Troskie, 1993:50-54). Dit is volgens die belewenis van die eenheidsverpleegkundige veral die meer ervare eenheidsverpleegkundige wat onwillig is om betrokke te wees by die kliniese begeleiding van die eenheidsverpleegkundiges. Marson (soos aangehaal deur Gerrish, 1990:200) meen ook dat die eenheidsverpleegkundige dit nie as haar taak beskou om onderrig (kliniese begeleiding)

te gee nie: "If I had wanted to teach I would have gone in for teaching." Hierdie voorkeur van die eenheidsverpleegkundige is in konflik met die verwagtinge wat die dosente van haar in die eenhede het (Gerrish, 1990:201). Potgieter (1980:18) meen egter dat sy in werklikheid nie 'n keuse het nie: "Dit gaan dus nie in die eerste plek daarom of die saalsuster 'n onderrigtaak het nie, maar wel of sy dit besef en weet hoe om hierdie taak te vervul." Kotzé (1987:33) en Bekker (1989:91-93) beskryf albei die eenheidsverpleegkundiges as onbetrokke by kliniese begeleiding en kliniese onderrig van studentverpleegkundiges. Bezuidenhout (1988:31) gaan sover om die eenheidsverpleegkundiges as "dienskamersusters" wat geheel onbetrokke is te beskryf, terwyl die dosente en eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing die eenheidsverpleegkundiges se betrokkenheid as slegs selektief ten opsigte van sekere verpleegtake beleef. Ten spyte van sommige eenheidsverpleegkundiges se gewilligheid om betrokke te wees by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, word die eenheidsverpleegkundige dus oor die algemeen as onbetrokke by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beskou.

#### **4.2.2.7 Pasiëntsorg as eerste prioriteit van eenheidsverpleegkundiges**

Die dosente en eenheidsverpleegkundiges beleef die eenheidsverpleegkundige se eerste prioriteit as pasiëntsorg en dan ook meestal ten koste van kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges. Omdat die eenheidsverpleegkundige reken sy word verantwoordelik gehou vir die foute van die studentverpleegkundige, distansieer sy haar dus eerder van hierdie verantwoordelikheid as om betrokke te raak by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige.

Searle (1980:5) bevestig hierdie bevinding, maar benadruk tog die feit dat "(r)isk to the patient can be reduced by teaching personnel how to carry out their various responsibilities" (Searle, 1980:5). Ook Marrow en Tatum(1994:1253) vind in navorsingsliteratuur dat die eenheidsverpleegkundige rolkonflik beleef met betrekking tot bestuursonderrig- en pasiëntsorgtake en dat sy laasgenoemde as prioriteit beskou, soortgelyk aan Marson (1982:355) se bevinding dat "(s)isters are aware of their responsibilities towards future members of the nursing profession but teaching trainees comes second after patient care".

Dit blyk dus uit hierdie navorsingsbevindinge asook opinies en navorsingsbevindinge in die beskikbare literatuur dat die eenheidsverpleegkundige haar verkieslik bepaal by dié verpleegtake waarin sy veiliger voel. Dit sluit by implikasie die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges uit.

#### **4.2.2.8 Die noodsaaklikheid van deurlopende beskikbaarheid van die eenheidsverpleegkundige as rolmodel**

In 'n studie oor die gedragseienskappe van eenheidsverpleegkundiges as effektiewe onderriggewers in die saal bevind Marson (1982:354) dat hierdie eenheidsverpleegkundiges leerdergesentreerd is asook dat hulle mag en invloed as rolmodel in die eenheid het. "The pearl without a price", is die beskrywing wat Searle (1980:9) van die eenheidsverpleegkundige wat effektief as rolmodel is, gee.

Die dosente en eenheidsverpleegkundiges is oortuig dat die eenheidsverpleegkundige as rolmodel deurlopend vir die studentverpleegkundige beskikbaar behoort te wees. Hierdie oortuiging korreleer met Van Niekerk (1993a:122) se siening dat die eenheidsverpleegkundige by uitstek die studentverpleegkundige se rolmodel in die praktykarea is en sluit ook aan by Gross *et al.* (1993:158), Lewis (1990:812, 813) en Makhatini (1992:26) wat reken dat die studentverpleegkundige se waarneming van die eenheidsverpleegkundige as rolmodel in die eenheid as waardevolle leerervaring dien.

Die eenheidsverpleegkundige word dus by uitstek as die studentverpleegkundige se rolmodel in die praktykarea beskou. Daarom word die siening dat sy deurlopend vir die student-verpleegkundige beskikbaar moet wees, voorgehou.

#### **4.2.2.9 Die negatiewe houding van die eenheidsverpleegkundige teenoor die dosent**

Dosente beleef die houding van die eenheidsverpleegkundige teenoor hulle as negatief omdat die dosente die saalroetine tydens kliniese begeleiding ontwig. Terselfdertyd beleef die eenheidsverpleegkundige die dosent as huiwerig om op hul (die eenheidsverpleegkundige) se terrein (die praktykarea) te oortree en veral om in die geslote eenhede kliniese begeleiding te doen. Hierdie belewenis word deur Owen (1993:816) ondersteun, wat vind dat dosente hulle gevoelens weergee as "feeling a

guest on the ward and having little control over either the patient or the educational process there". Alexander (soos aangehaal deur Owen, 1993:816) sê ook "(t)here may be difficulties in being accepted as a teacher rather than a critical interloper". Uys (1992:23) vind dat die dosente voel dat hulle inmeng in die saal en die student pla in haar werk. In hierdie verband bevind Wilson-Barnett *et al.* (1995:1156) dat dosente meer betrokke by kliniese begeleiding is in eenhede waar die eenheidsverpleegkundige se houding teenoor verpleging in die algemeen positief is en waar eenheidsverpleegkundiges verpleegonderwys as 'n noodsaaklike komponent van verpleging beskou.

Dit blyk dus dat die dosent meer vrymoedigheid het om kliniese begeleiding te doen in die eenhede waar die eenheidsverpleegkundige se houding teenoor die dosent asook teenoor verpleegonderwys positief is.

#### **4.2.3 Aspekte wat verband hou met die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die *studentverpleegkundiges* in die kliniese begeleidingsituasie**

Beskikbare navorsingsbevindinge en literatuur sal vervolgens benut word om die volgende aspekte, wat betrekking het op die dosente en/of eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die *studentverpleegkundiges* in die kliniese begeleidingsituasie, te verifieer. Hierdie aspekte het soms betrekking op beide die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis terwyl dit andersins slegs op óf dosente óf eenheidsverpleegkundiges se belewenis betrekking het.

##### **4.2.3.1 Studentverpleegkundiges as werkmag in die hospitale**

Die dosente en eenheidsverpleegkundiges beleef die *studentverpleegkundiges* as werkmag in die hospitale en reken dat 'n stabiele werkmag geskep moet word aangesien die *studentverpleegkundiges* slegs sporadies in die eenhede werk. Muller en Coetzee (soos aangehaal deur Van Niekerk, 1993a:34) bevestig hierdie belewenis in 'n verslag oor 'n ondersoek na die verpleegberoep. Ook Uys (soos aangehaal deur Van Niekerk, 1993a:78) bevind dat die *studentverpleegkundiges* in die kliniese praktyk selde as leerders erken word maar eerder as diensleweringseenheid gesien word. Kotzé (1987:32) reken dat die botsende belange van verpleegonderwysers en verpleegdiensleweraars hiertoe aanleiding gee.

Wilson-Barnett *et al.* (1995:1155) bespreek vervolgens die uiteenlopende sieninge van studentverpleegkundiges en geregistreerde verpleegkundiges oor studentestatus (botallig of as deel van die werkmag). In een situasie verkies studentverpleegkundiges om as deel van die span te werk en in 'n ander situasie het die geregistreerde verpleegkundiges en studentverpleegkundiges ervaar dat laasgenoemde se botallige status positief bygedra het tot effektiewe leer. In hierdie verband is Paverd (1985:19) en Bekker (1989:4) van mening dat die studentverpleegkundige as deel van die span in 'n eenheid toegewys moet word, maar dat daar nie op haar as werkmag gereken moet word nie, aangesien die klem op onderrig en ontwikkeling moet val. Ook Loudon (1994:9) reken dat: "the only way she can truly learn something is by actively participating and experiencing the situation". In aansluiting by die dosente se mening dat 'n stabiele werkmag in die eenhede nodig is, het Elkan *et al.* (1994:414-419) in 'n vierjaarstudie bevind dat 'n stabiele werkmag nodig is om studentverpleegkundiges wat voorheen deel van die werkmag gevorm het, te vervang. Ook Van Huyssteen (soos aangehaal deur Bekker, 1989:93) stel voor dat aaneenlopendheid van diens deur ander kategorieë werkers in die afwesigheid van die studentverpleegkundiges verseker moet word.

Albei beskouinge ten opsigte van studentestatus, naamlik studentverpleegkundiges as werkmag wat as vakleerlinge leerervaringe opdoen asook studentverpleegkundiges as botallig wat leerervaringe as leerders opdoen, word deur Gwele (1994:57-61) bespreek. Sy is van opinie dat die studentverpleegkundige wat as deel van die werkmag beskou word, dikwels uitgebuit word en reken: "It is doubtful whether the battle between nurse education and service will ever be won when always fought on the employer's turf" (Gwele, 1994:58). Die implementering van botallige studentestatus hou egter implikasies ten opsigte van finansiering, voorsiening van 'n stabiele werkmag en die verpleegonderwys in.

Die teenwoordigheid van 'n stabiele werkmag wat beskikbaar is tydens afwesigheid van die studentverpleegkundige blyk nodig te wees om die studentverpleegkundige beskikbaar te stel om as leerder wat tog ook deel vorm van die eenheid se span, leerervaringe op te doen.

#### 4.2.3.2 Studentverpleegkundiges se verantwoordelikheid vir hul eie leerervaringe

Die studentverpleegkundige word as begeleidingsvennoot in die kliniese begeleidingssituasie deur Van Niekerk (1993a:134) beskou as 'n volwasse leerder wat verantwoordelikheid vir leeruitkomst aanvaar. Uys (soos aangehaal deur Claassen, 1990:13) wys daarop dat die klem in onderwys vanaf 'n dosentgerigte na 'n leergerigte benadering, waar die leerder groter verantwoordelikheid vir sy eie vordering aanvaar, verskuif het. Ook Carpenito en Duespohl (1985:72) sien die studentverpleegkundige as 'n volwasse leerder wat "(a)s sensing, thinking individuals, must be held accountable for learning or failing to learn. They each accept the responsibility of their own education and seek assistance from appropriate persons when needed".

Uit die resultate van hierdie navorsing blyk dit uit die belewenis van die dosente dat studentverpleegkundiges nie verantwoordelikheid vir hulle eie leerervaring aanvaar nie en uit die eenheidsverpleegkundiges se belewenis dat hulle van mening is dat die studentverpleegkundige dit behoort te doen. In ondersteuning van hierdie belewenis het Crous (1987:1-5) ook gevind dat studentverpleegkundiges verwag dat die geregistreerde verpleegkundiges hulle moet aanmoedig, dat hulle wag vir eksterne motivering en nie verantwoordelikheid vir eie leer aanvaar nie. Ook Cowman (1995:126-136) het in 'n studie in Ierland oor die onderrig-leervoorkeure van studentverpleegkundiges bevind dat die studentverpleegkundiges dosentgesentreerde onderrig-leer verkies. Burnard en Morrison (1992:345-352) se bevindinge (vgl. tabel 4.1: p.152) in 'n studie oor studente en dosente se voorkeure ten opsigte van onderrigstrategieë stem met dié van Cowman ooreen. Hierdie bevindinge soos in die tabel deur Burnard en Morrison weerspieël, gee 'n duidelike beeld van die verskil in voorkeur waar dosente studentgerigte strategieë verkies terwyl die studente dosentgerigte strategieë verkies.

Volgens 'n kwalitatiewe studie deur Atkins en Williams (1995:1006-1015) besef die eenheidsverpleegkundiges as mentors dat hulle verantwoordelikheid vir leer moet oorgee aan die studentverpleegkundiges, maar hulle vind dit moeilik om hierdie verantwoordelikheid oor te gee soos ook blyk uit die volgende opmerking van een van die respondente: "realizing that it's not all your responsibility as a mentor ... realizing that their learning is their responsibility. . .that was extremely stressful" (Atkins & Williams, 1995:1010). Marrow en Tatum (1994:1247-1255) het in 'n

kwalitatiewe, longitudinale studie bevind dat studentverpleegkundiges, hoewel hulle verkies om te leer deur waarneming van 'n rolmodel, tog ook aan probleemoplossing en besluitneming wil deelneem en nie slegs passiewe versorgers wil wees nie.

**Tabel 4.1: Students' and lecturers' preferred teaching strategies**

STATEMENTS	STUDENTS (n = 112)	LECTURERS (n = 47)	PERCENTAGE DISCREPANCY
<b>In a learning session it is important that:</b>			
the teacher leads the learning session:	62.7%	17.0%	45.7%
students lead the session:	53.2%	78.7%	25.5%
the teacher structures the session:	81.85%	59.6%	22.2%
students structure their own learning:	74.5%	93.6%	19.1%
the teacher gives information to the students:	95.5%	83.0%	12.5%
the teacher challenges the students:	84.5%	74.5%	10.0%
the teacher shares things about him/herself with the students:	58.2%	68.1%	9.9%
the teacher avoids sharing things about him/herself with the students:	15.6%	6.4%	9.2%

(Burnard & Morrison, 1992:249)

Uit bogenoemde bevindinge kan afgelei word dat hoewel dit soms ook vir die begeleier moeilik is om die verantwoordelikheid vir leer aan die studentverpleegkundige oor te gee, die studentverpleegkundige leiding en steun nodig het om hierdie verantwoordelikheid vir eie leer te aanvaar.

#### 4.2.3.3 Verhoudinge oor kultuurgrense heen as struikelblok in die kliniese begeleiding-situasie

*Kultuur* word deur Leininger (soos aangehaal deur Dobson, 1991:46) gedefinieer as: "... the learned and transmitted knowledge about a particular culture with its values, beliefs, rules of behavior, and life style practices that guides a designated group in their thinking and actions in patterned ways".

Deur navorsing oor die belewenis van studente en leerbegeleiers van die leerkonteks binne 'n multikulturele konteks het Van der Merwe (1995) gevind dat die leerbegeleiers probleme ervaar met begeleiding as gevolg van (i) verskille in taal en waardestelsels asook (ii) 'n wedersydse gebrek aan kennis van die ander in hierdie konteks. Ook die studente ervaar stres as gevolg van interkulturele misverstande. Swart en kleurling studentverpleegkundiges beleef dat dosente negatiewe verwagtinge van hul (studentverpleegkundiges) se intellektuele vermoëns het en hulle beleef ook 'n gebrek aan wedersydse vertrouwe.

Branch, Goodwin en Gualtieri (1993:58) meld ook dat onderriggewers onvoorbereid voel om onderrig te gee in 'n kultuurpluralistiese oriëntasie en reken dat multikulturele perspektiewe in die kurrikulum ingebou moet word. Hiermee is Herbst (1990:23) dit eens as hy sê: "The aim of every nursing education institution must be to plan courses in such a way that every student is made aware of the diversity of cultures and how these may influence the behaviour of individuals". Ook in hierdie navorsing beleef dosente en eenheidsverpleegkundiges dat verhoudinge oor kultuurgrense heen 'n struikelblok in kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges is as gevolg van wedersydse misverstande tussen die eenheidsverpleegkundige en die studentverpleegkundige.

Effektiewe kliniese begeleiding kan dus belemmer word waar die begeleidingsvennote, naamlik die dosent, studentverpleegkundige en eenheidsverpleegkundige, nie van dieselfde kulturele konteks is nie.

#### **4.2.3.4 Onsekerheid en onbeholpenheid van studentverpleegkundiges in die praktyksituasie**

Die eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing beleef die studentverpleegkundige as onbeholpe en bang vir die eenheidsverpleegkundige. In die beskikbare literatuur is die enigste ondersteuning vir hierdie belewenis dié van Gross *et al.* (1993:157) wat meld dat geregistreerde verpleegkundiges bewus daarvan is dat studentverpleegkundiges onseker voel en te bang is om hulp te vra wanneer dit nodig is. Om hierdie rede is die eenheidsverpleegkundiges wat betrek is in hierdie navorsing huiwerig om take aan studentverpleegkundiges te delegeer omdat hulle nie die studentverpleeg-

kundiges vertrou nie. Volgens die eenheidsverpleegkundiges spruit hierdie onsekerheid voort uit die feit dat studentverpleegkundiges te min en te sporadies in die eenhede werk.

Dit blyk dus dat die studentverpleegkundige onseker en onbeholpe voorkom as gevolg van te min blootstelling in die praktykarea.

#### **4.2.3.5 Onvermoë van die studentverpleegkundige om teoretiese kennis in die praktyksituasie toe te pas**

Uit hierdie navorsingsresultate blyk dat die eenheidsverpleegkundiges reken dat die studentverpleegkundige wel oor kennis beskik, maar nie oor die nodige vermoë om dit in die praktyk toe te pas nie. Sowel Wong as Wissing (soos aangehaal deur O'Connor, 1993:66) vind dat studentverpleegkundiges nie in staat is om die verband tussen hulle teoretiese kennis en die kliniese praktyk in te sien nie.

Die studentverpleegkundige word dus wel voorberei om teoreties paraat te wees, maar hul paraatheid as praktisyns word bevraagteken.

#### **4.2.4 Aspekte wat betrekking het op die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die *dosent se betrokkenheid* by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges**

Aspekte wat in hierdie opsig uit die belewenis van die dosente en/of eenheidsverpleegkundiges blyk, word vervolgens deur middel van die beskikbare literatuur en navorsingsbevindinge geverifieer. Sommige aspekte het betrekking op beide die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis terwyl ander aspekte slegs op dosente of op eenheidsverpleegkundiges se belewenis betrekking het.

##### **4.2.4.1 Die deurlopende beskikbaarheid van die dosent as rolmodel**

Alberts (1990:26) meen dat die sosialisering van die studentverpleegkundige grotendeels as gevolg van rolnavolging plaasvind en dat die dosent as rolmodel en mentor in hierdie proses van die uiterste belang is. Die dosente wat betrek is in hierdie navorsing meen ook dat die dosent as rolmodel so 'n belangrike funksie vervul dat sy

deurlopend vir die studentverpleegkundige beskikbaar móét wees. Ook Kotzé (soos aangehaal deur Mulder, 1990:154) sien die dosent in haar funksie as rolmodel as die student se mees permanente kontak met die leergebeure.

#### **4.2.4.2 Die groot werklading van dosente**

Uit die belewenis van dosente wat deelgeneem het aan hierdie navorsing blyk dit dat die dosent se werklading te groot is om effektiewe kliniese begeleiding te doen omdat hulle verantwoordelik is vir die teoretiese sowel as die kliniese onderrig (wat kliniese begeleiding insluit) van die studentverpleegkundiges. Die baie funksies wat van die dosent verwag word, word deur Alberts (1990:25) beskryf waar sy meld dat onder andere van die dosente verwag word om artikels te publiseer, uitstaande onderwysers te wees, doktorsale grade te hê, kliniese rolmodelle te wees, op hoogte te bly van die nuutste ontwikkelinge oor kurrikulums en aktief betrokke te wees by navorsing. Ook Brink maak melding van hierdie veelvoudige rol van die dosent as "teacher; clinician; scholar; counsellor and consultant" (Brink, 1989:14). Tereg word dan gevra: "Are nurse educators on a merry-go-round spinning faster and faster? How can we get it all done?" (Wardle, 1984:16). In 'n studie deur Khumalo (soos aangehaal deur Gwele & Uys, 1995:9,10) is bevind dat dosente uit 'n 52 uur werkweek slegs een tot drie ure per week vir kliniese onderrig (kliniese begeleiding) as gevolg van hul groot werklading kan afstaan. Gross *et al.* (1993:157) en Wilson-Barnett *et al* (1995:1156) stem saam dat die dosent se werklading van so 'n aard is dat kliniese onderrig (kliniese begeleiding) nie die regmatige aandag kry nie.

#### **4.2.4.3 Die gebrek aan kommunikasie tussen eenheidsverpleegkundiges en dosente**

Eenheidsverpleegkundiges wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, beleef 'n gebrek aan kommunikasie met dosente ten opsigte van die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges met die implikasies dat:

- eenheidsverpleegkundiges nie weet wat dosente van hulle verwag met betrekking tot kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige nie; en

- dosente en eenheidsverpleegkundiges se verwagtinge van die studentverpleegkundige se vaardigheid verskil.

Hierdie belewenis word bevestig deur Bekker (1989:177-181) wat bevind het dat die kurrikulum en onderrigprogram vir studentverpleegkundige opleiding in 90.9% van die eenhede nie beskikbaar was nie en dat die saalsusters dus nie van die stadiumdoelstellings op hoogte was nie. Hierdie bevinding stem ooreen met dié van Marson (1982: 349) wat vind dat eenheidsverpleegkundiges geen kliniese leerdoelwitte vir studentverpleegkundiges het nie. Alexander spreek haar kommer uit oor hierdie kommunikasiegaping tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges wat tot misverstande en verskil in verwagtinge van persone in verpleegonderriginstansies en in die verpleegdiensinstansies lei, soos sy dit so treffend stel: " ... they were treading different pathways to the same goal" (Alexander, 1989:991).

In aansluiting by hierdie siening van Alexander meen Brereton (1995:322) dat die kommunikasiegaping aanleiding gee tot die teorie-praktykgaping. 'n Ongemaklike verbintenis tussen dosente en kliniese personeel word ook in 'n studie deur Clifford (1993:288) bevind.

Gwele en Uys (1995:10) meen "all those who are involved in the education of students need to be involved in curriculum planning and decision making at all levels of planning". Hierteenoor is Gerrish (1990:204), Crotty (1993:463) en Myrick en Barret (1994:196) daarvan oortuig dat die verantwoordelikheid om hierdie noodsaaklike kommunikasie te inisieer, by die dosent (verpleegonderwysinstansie) berus.

#### **4.2.4.4 Die dosente se betrokkenheid in praktykarea as leerervaring vir eenheidsverpleegkundiges**

Gerrish (1990:203,204) beklemtoon die rol van die dosent om die eenheidsverpleegkundige in die praktykarea te ondersteun aangesien laasgenoemde onseker en onervare met betrekking tot kliniese onderrig is. Die dosent dien volgens haar as waardevolle rolmodel vir die eenheidsverpleegkundige deur die kliniese onderrig (kliniese begeleiding) wat sy in die eenhede waarneem. Die eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing beleef ook die dosente se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges in die eenhede as 'n leerervaring.

#### **4.2.4.5 Die ontoereikende dosentekontak met studentverpleegkundiges**

Op grond van navorsingsresultate het Alberts (1990:163,168,198,199) in Suid-Afrika en Clifford (1993:281) in die Verenigde Koninkryk bevind dat dosente se betrokkenheid hoofsaaklik as klaskameraktiwiteit, wat voorrang geniet bo praktykonderrig, gerig is. Ook ten opsigte van die beplanning van onderrig en terugvoer aan studentverpleegkundiges is haar betrokkenheid minder in die kliniese as in die teoretiese situasie (Alberts, 1990:168,169) Hierdie bevinding korreleer dan ook met die eenheidsverpleegkundiges in hierdie navorsing se belewenis dat die kontak van dosente met studentverpleegkundiges ontoereikend is. Ander outeurs wat hierdie belewenis en mening van die vorige outeurs steun, is Gerrish (1990:198-205), Brink (1989:13-17) en Myrick en Barret (1994:196) wat meen dat die dosent haar gewoonlik onttrek aan die onderrig in die praktyksituasie, terwyl sy steeds die eindevaluering behartig.

#### **4.2.4.6 Ondoeltreffende kliniese begeleiding deur dosente**

Die eenheidsverpleegkundige in hierdie navorsing beleef dat die kliniese begeleiding wat deur dosente gedoen word, ondoeltreffend is. In die beskikbare literatuur is daar steun vir hierdie standpunt van outeurs soos Uys (1992:24) wat reken dat kliniese onderrig selde sistematies beplan word en dat die doelwitte van kliniese onderrig nie bereik word nie en Owen (1993:817) wat reken dat die rol van die dosent in die praktykarea oneffektief is en dat die eenheidsverpleegkundiges beter kliniese onderrig gee.

### **4.3 NUWE INSIGTE WAT UIT DIE NAVORSING BEKOM IS**

Nuwe insigte wat nie in die beskikbare literatuur beskryf is nie en wat as unieke bevindinge van hierdie navorsingsbevindinge beskou word, word as 'n samevatting van beide die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenisse oor hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges bespreek. Hierdie unieke bevindinge word saamgevat as bevindinge:

- wat betrekking het op die *dosente* in die kliniese begeleidingsituasie;
- wat betrekking het op die *eenheidsverpleegkundige* in die kliniese begeleidingsituasie; en
- wat betrekking het op die *studentverpleegkundige* in die kliniese begeleidingsituasie.

#### **4.3.1 Bevindinge wat betrekking het op die dosent in die kliniese begeleidingsituasie**

Hierdie aspekte wat volgens die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges as struikelblokke vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige beskou word, word vervolgens bespreek.

Die sigbaarheid van die dosent in die algemene praktykarea word as maatstaf vir haar betrokkenheid by kliniese begeleiding beskou. Die dosent hanteer 'n hoë werklading en is betrokke by 'n wye spektrum aktiwiteite, wat ook haar teenwoordigheid in ander areas as die algemene praktykarea vereis. Die studentverpleegkundiges is in verskillende eenhede geplaas vir hul praktykervaring en die dosent se kontak met elke studentverpleegkundige is beperk vanweë min tyd en baie studentverpleegkundiges wat kliniese begeleiding moet ontvang. Te midde van hierdie omstandighede beleef die dosente dat hulle gekritiseer word deur studentverpleegkundiges, eenheidsverpleegkundiges en senior kollegas van die verplegingskollege oor die beperkte kontak met die studentverpleegkundige. In 'n poging om hierdie kritiek te vermy gaan die dosent met elke kontakperiode na elke eenheid waar studentverpleegkundiges geplaas is, slegs om te groet en te verneem of die studentverpleegkundiges probleme ondervind.

#### **4.3.2 Bevindinge wat betrekking het op die eenheidsverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie**

Hierdie unieke bevindinge wat verband hou met die dosente en eenheidsverpleegkundiges se belewenis van die eenheidsverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie en wat as struikelblokke vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige beskou word, word vervolgens bespreek.

Eenheidsverpleegkundiges toon hul gewilligheid om betrokke te wees by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur hulle bereidheid om hul kennis en ervaring van die praktyk met die dosente te deel, bekend te maak.

Die hoë prioriteit wat pasiëntsorg by die eenheidsverpleegkundige geniet, lei daartoe dat die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges afgeskeep word, maar tog is die eenheidsverpleegkundiges bewus van hul verantwoordelikheid teenoor die studentverpleegkundige om kliniese begeleiding te doen. In 'n poging om hierdie dilemma te oorbrug stel hulle voor dat een eenheidsverpleegkundige per eenheid uitgesonder moet word om uitsluitlik kliniese begeleiding waar te neem.

Sommige dosente en eenheidsverpleegkundiges is van mening dat die eenheidsverpleegkundige wel in staat behoort te wees om, ten spyte van 'n hoë werkklading, die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges te behartig, aangesien die eenheidsverpleegkundige van die verlede met 'n soortgelyke werkklading wel ook die kliniese begeleiding waargeneem het.

#### **4.3.3 Bevindinge wat betrekking het op die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie**

Die belewenis van dosente en eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie wat as unieke bevindinge in hierdie navorsing beskou word, word vervolgens bespreek.

Die belewenis dat studentverpleegkundiges tydens hulle verpleegopleiding meer praktykverantwoordelikhede in die Algemene Verpleegkunde as in die ander dissiplines het, kon nêrens in die beskikbare literatuur of bestaande navorsingsbevindinge bevestig word nie.

Dosente in hierdie navorsing is oortuig dat daar 'n verskil in die eksterne fisiese omstandighede van die diploma- en die graadstudentverpleegkundiges bestaan. Hierdie verskil lei daartoe dat die beplanning vir hul kliniese begeleiding ook verskil. Die volgende faktore het betrekking op die verskil in die beplanning van kliniese begeleiding van diploma- en graadstudentverpleegkundiges:

- Portuurgroepbegeleiding is nie moontlik by die diplomastudentverpleegkundiges nie, aangesien die dosent nie 'n inset lewer by die plasing van die diploma-studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea nie. Portuurgroepbegeleiding is egter wel by die graadstudentverpleegkundige moontlik omdat die universiteitsdosente self die plasing van graadstudentverpleegkundiges behartig
- Die stelsel van blokperiodes by die verplegingskollege het tot gevolg dat die diplomastudentverpleegkundiges sekere maande in teorieblok is wanneer hulle net

teoretiese onderrig en gestruktureerde praktykonderrig ontvang. Ander periodes is hulle slegs in die algemene praktykarea vir praktykervaring en kliniese begeleiding. Die kontinuïteit van kliniese begeleiding gaan dus hier verlore. Die graadstudent-verpleegkundiges daarenteen ontvang teoretiese onderrig, gestruktureerde praktykonderrig en kliniese begeleiding in die praktykarea volgens 'n bepaalde weekrooster, wat kontinuïteit van kliniese begeleiding en teoretiese onderrig moontlik maak.

#### **4.4 RELEVANTE BEVINDINGE IN BESTAANDE NAVORSINGSBEVINDINGE EN BESKIKBARE LITERATUUR**

Relevante bevindinge in die beskikbare literatuur en bestaande navorsingsbevindinge wat nie in hierdie navorsingsresultate voorkom nie maar wat wel betrekking het op die betrokkenheid van die dosent en eenheidsverpleegkundige by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige word vervolgens bespreek as:

- literatuur wat betrekking het op die betrokkenheid van die *dosent* by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige;
- literatuur wat betrekking het op die betrokkenheid van die *eenheidsverpleegkundige* by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige;
- literatuur wat betrekking het op die *studentverpleegkundige* in die kliniese begeleidingsituasie.

##### **4.4.1 Literatuur wat betrekking het op die betrokkenheid van die *dosent* by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige**

Bevindinge deur en opinies van verskeie outeurs dui daarop dat die dosent se betrokkenheid by kliniese begeleiding uitgebrei behoort te word. Die volgende outeurs word in hierdie verband aangehaal.

Bergman en Gaitskill (1990:35) bevind in 'n studie wat geloods is deur Karuhijé, dat driekwart van die dosente toegegee het dat hulle nie tydens hulle opleiding as dosent voldoende voorberei is om effektiewe kliniese dosente te wees nie. Verpleegdosente moet hulle kliniese rol ontwikkel om ook in hierdie area as deskundige te funksioneer, aldus Dale (1994:523). Sy is oortuig daarvan dat die dosent ten minste 25% van haar tyd moet spandeer om leer by die studentverpleegkundige in die praktykarea te bevorder. Sy reken dat hierdie kontak moet plaasvind deurdat die dosent betrokke moet wees " .. in

care delivery and ward activity at an intimate level if this crucial learning is to be effective .. "

Ten opsigte van hierdie gebrek aan kliniese paraatheid van die dosent is Clifford (1993:288,289) oortuig dat die beweging in die Verenigde Koninkryk, waar Verpleegonderwys na hoër onderwysinstansies beweeg, tot gevolg gaan hê dat die volle verantwoordelikheid vir alle onderrig (ook kliniese onderrig) na die dosent gaan verskuif met die implikasie dat die dosent self die verantwoordelikheid vir kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige op haar sal moet neem.

Navorsing deur Alberts (1990:201) oor die omvang van die betrokkenheid van verpleegdosente by kliniese onderrig, dui aan dat die dosent se taak nie duidelik omskryf is nie wat onsekerheid by die dosent laat ontstaan en haar werksvermoë en werksbevreëdiging beïnvloed.

#### **4.4.2 Literatuur wat betrekking het op die betrokkenheid van die eenheidsverpleegkundige by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige**

Die onderrigfunksie van die eenheidsverpleegkundige kom ook in bevindinge in bestaande navorsing ter sprake.

Die feit dat niemand die eenheidsverpleegkundige evalueer met betrekking tot haar onderrigfunksie in die praktykarea nie en ook die feit dat sy nie bykomend vergoed word vir hierdie funksie nie, dra volgens Gerrish (1990:201) by tot die eenheidsverpleegkundige se onbetrokkenheid by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige. Owen (1993:823) bevind dat eenheidsverpleegkundiges wat die geleentheid gebied is om te onderhandel oor hulle opleidingsprogram om hulle voor te berei vir effektiewe kliniese begeleiding, die aktiwiteit geniet het en ook daarby gebaat het.

#### **4.4.3 Literatuur wat betrekking het op die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie**

Sommige outeurs beskryf belewenisse van die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie, wat nie in hierdie navorsingsbevindinge van die belewenis van die eenheidsverpleegkundiges en dosente ter sprake gekom het nie.

Die studentverpleegkundige ervaar volgens Van Niekerk (1993b:22) die gebrek aan kliniese begeleiding wanneer hulle op nagdiens is meer stresvol as gedurende dagdiens. Sy reken ook dat die afwesigheid van die dosent tydens die nagdienservaring van die studentverpleegkundige tot gevolg het dat die diensaspek tydens hierdie tydperk oorbeklemtoon word.

Kotzé (1979:242) is van mening dat aan die studentverpleegkundige, wanneer sy as werkkrag gesien word, take gedelegeer word wat bokant haar vlak van opleiding is.

#### 4.5 SLOTSOM

'n Literatuurkontrole is in hierdie hoofstuk geloods waarin die navorsingsresultate deur beskikbare literatuur en navorsing gekontroleer is. Nuwe insigte wat in die navorsing verkry is ten opsigte van die dosent, eenheidsverpleegkundige en studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie, is as bevindinge uniek aan hierdie navorsing bespreek.

Relevante aspekte met betrekking tot die dosent, eenheidsverpleegkundige en die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie wat in die literatuur gevind is en nie in hierdie navorsingsresultate voorgekom het nie, is ook in hierdie hoofstuk bespreek.

In die volgende hoofstuk word gevolgtrekkings uit die bevindinge van hierdie navorsing gemaak en aanbevelings vir die algemene verpleegkundige praktyk, verpleegonderwys en verpleegnavorsing bespreek. Verder sal riglyne wat uit die bevindinge van hierdie navorsing, beskikbare literatuur en navorsingsbevindinge begrond is, gestel word sodat alle lede van die kliniese begeleidingspan by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges betrokke sal wees waardeur die strewe van die studentverpleegkundige om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer, deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word.

# HOOFSTUK VYF

## GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN RIGLYNE

### 5.1 INLEIDING

In Hoofstuk vier is 'n literatuurkontrole geloods waarin die navorsingsresultate deur beskikbare literatuur en bestaande navorsingsbevindinge gekontroleer is. Nuwe insigte wat in die navorsing verkry is, is as unieke bevindinge vir hierdie navorsing bespreek. Relevante aspekte wat in die literatuur gevind is en nie in hierdie navorsingsresultate voorgekom het nie, is ook in dié hoofstuk bespreek.

In hierdie hoofstuk word gevolgtrekkings bespreek, tekortkominge van die navorsing aangedui en toepassingsmoontlikhede van hierdie navorsing aangetoon. Riglyne vir kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige deur alle lede van die kliniese begeleidingspan word beskryf vir die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n onafhanklike, professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer.

### 5.2 GEVOLGTREKKINGS

Gevolgtrekkings word gemaak vanuit die resultate van die fokusgroepe, die veldnotas van die groepfasiliteerder en assistent asook vanuit die literatuurkontrole wat deur die navorser gedoen is. Die gevolgtrekkings van die belewenisse van die dosente en eenheidsverpleegkundiges oor hul eie en die ander lede van die kliniese begeleidingspan se betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges word vervolgens bespreek.

Uit hierdie navorsing blyk dit dat die betrokkenheid van die kliniese begeleidingspan by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige nie voldoende is om die kerndimensie van kliniese begeleiding, naamlik die persoonlike en professionele vorming van die studentverpleegkundige tot vergestaltung te laat kom nie. Dit kom voor asof kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleiers, vanweë hul hoë werklading, as 'n bykomende las beskou word. Dit skyn of toewyding en entoesiasme vir die persoonlike en professionele vorming van die studentverpleegkundige ontbreek.

Dit blyk ook of die noodsaaklike kollegialiteit in die kliniese begeleidingsituasie, moontlik vanweë 'n gebrek aan groepsverbondenheid, ontbreek. Dit lyk asof elke lid van die kliniese begeleidingspan as enkeling poog om haar rol as kliniese begeleier te vervul. Waarskynlik gee dié gebrek aan professionele kameraadskap daartoe aanleiding dat die indruk geskep word dat die kliniese begeleiers nie die professionele lojaliteit openbaar om hul toekomstige kollega in die praktykarea te begelei tydens haar persoonlike en professionele vormingsjare nie. Dít kan 'n belemmering van haar strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer, tot gevolg hê.

Dit blyk intendeel, asof daar 'n krities veroordelende houding tussen die lede van die kliniese begeleidingspan voorkom. Dié houding spruit moontlik daaruit dat, vanweë die gebrek aan 'n professionele vennootskapsverhouding, elke kliniese begeleier haar eie agenda ten opsigte van kliniese begeleiding wil bevorder. Die agenda van die eenheidsverpleegkundiges dui op 'n *diensgerigtheid* en dié van die dosente op 'n *opleidingsgerigtheid*. Terwyl nie een van dié doelstellings minder of meer noodsaaklik vir kliniese begeleiding is nie, bring dié verdeeldheid mee dat elke kliniese begeleier haar eie doel nastreef. Gevolglik gaan die potensiaal van 'n samevoeging van kundigheid op onderriggebied en vaardigheid in die praktykarea in 'n gemeenskaplike doel, naamlik 'n onafhanklike professionele praktisyn wat hoë gehalte verpleging lewer, verlore.

Selfs tussen die dosente is tekens van spanning opgemerk. Dit blyk uit hul belewenis dat daar 'n verskil tussen die omstandighede van diploma- en graadopleiding bestaan. Dit kom dus voor asof die verskil tussen die lede van die kliniese begeleidingspan verskerp met hierdie verdere tweespalt tussen die dosente, wat die onontbeerlike skakel tussen die lede van die kliniese begeleidingspan vorm.

Vanuit die belewenisse van die fokusgroepe, asook uit die veldnotas van die groep-fasiliteerder en assistent blyk dit dat daar 'n verskil tussen die twee hospitale is, met betrekking tot die atmosfeer wat daar heers. Dit is waarskynlik die negatiewe atmosfeer wat in die een hospitaal heers wat tot die negatiewe houding van die eenheidsverpleegkundiges asook 'n afwesigheid van 'n ondersteunende onderrig-leerklimaat in daardie hospitaal, aanleiding gee. Die meer positiewe atmosfeer in die ander hospitaal is waarskynlik die rede vir 'n groter samehorigheid tussen eenheidsverpleegkundiges in dié hospitaal. Dit blyk dan ook asof hierdie eenheidsverpleegkundiges graag

met die dosente in die kliniese begeleidingsituasie wil saamwerk. Die betrokkenheid van die verpleegdiensbestuurders by kliniese begeleiding het nie vanuit die belewenisse van die fokusgroepe ter spake gekom nie. Alhoewel die verpleegdiensbestuurders se betrokkenheid nie verken is nie, blyk dit hieruit dat hulle waarskynlik onbetrokke is by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges. Dié onbetrokkenheid gee moontlik aanleiding tot die afwesigheid van 'n ondersteunende onderrig-leerklimaat.

Uit die bovermelde gevolgtrekkings kan afgelei word dat die botsende belange van die onderskeie lede van die kliniese begeleidingspan, te midde van 'n atmosfeer wat te kort skiet aan ondersteuning ten opsigte van onderrig en leer, waarskynlik aanleiding gee tot 'n gevoel van magteloosheid by die kliniese begeleiers. Dít kan tot gevolg hê dat hulle eerder op hul baie ander verpligtinge fokus en kliniese begeleiding gevolglik nie tot sy reg kan kom nie.

Die onvoldoende betrokkenheid van die kliniese begeleidingspan kan moontlik toegeskryf word aan 'n gebrek aan skakeling tussen die lede van die kliniese begeleidingspan wat weer waarskynlik voortspruit uit onsekere interpersoonlike verhoudings. Ook die onkunde van eenheidsverpleegkundiges oor onderrig-leerbeginsels, ontoereikende praktykervaring van dosente en onsekerheid van die lede van die kliniese begeleidingspan oor die kliniese begeleidingsproses, soos blyk uit die belewenisse van die fokusgroepe, lei waarskynlik tot dié onvoldoende betrokkenheid by kliniese begeleiding.

Die gebrek aan skakeling, wat blyk uit die belewenisse van die eenheidsverpleegkundiges van albei hospitale, word nie in die dosente se belewenis weerspieël nie. Waarskynlik is dit juis vanweë die gebrekkige kontak tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges dat die dosente nie bewus is van 'n behoefte aan meer kontak wat by die ander lede van die kliniese begeleidingspan bestaan nie. In aansluiting hierby dui die belewenis van die eenheidsverpleegkundiges daarop dat hulle van die dosent verwag om aan hulle indiensopleiding te gee oor kliniese begeleiding, asook om toesig te hou oor hulle kliniese begeleidingsfunksie. Dit blyk dus dat hulle die dosent beskou as die persoon wat die brug moet vorm tussen *verpleegonderrig* en *verpleegdiens*.

Die gebrek aan skakeling tussen kliniese begeleiers, tesame met die verskillende agendas (diensgerigtheid en opleidingsgerigtheid) van die lede van die kliniese begeleidingspan, manifesteer moontlik in die diskrepans tussen verpleegonderrig en die praktykwerklikheid,

wat skynbaar as 'n gegewe in verpleegopleiding beskou word. Eweneens kan dit moontlik ook die rede wees hoekom studentverpleegkundiges se plasing in die praktykarea vanuit verskillende oortuigings beplan word, naamlik óf vanuit 'n diensmotief óf vanuit 'n onderrigmotief. Dít blyk derhalwe asof die leerbehoefes van studentverpleegkundiges nie tydens plasing in die praktykarea in ag geneem word nie.

Oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge tussen die lede van die kliniese begeleidingspan is skynbaar ook 'n struikelblok vir effektiewe skakeling tussen kliniese begeleidingspanlede. Dít blyk uit die belewenis van die dosente wat aan hierdie navorsing deelgeneem het dat eenheidsverpleegkundiges se houding teenoor hulle negatief is. Tegelykertyd reken die eenheidsverpleegkundiges dat die dosente huiwerig is om met hulle kontak te maak. Dit blyk dus dat 'n onsekere interpersoonlike verhouding tussen die lede van die kliniese begeleidingspan bestaan, waar die noodsaaklike skakeling juis vereis word. Die negatiewe verhouding tussen eenheidsverpleegkundiges en studentverpleegkundiges wat blyk uit die belewenisse van die fokusgroepe kan moontlik ook 'n gevolg wees van die oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge tussen die lede van die kliniese begeleidingspan, aangesien misverstande wat sodoende ontstaan, asook waninterpretasies van wedersydse verwagtinge, moontlik wyer uitkring en ook die studentverpleegkundige betrek.

Die onkunde van eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van onderrig-leerbeginsels in kliniese begeleiding kom na vore uit hulle persepsie dat die kliniese begeleier op die foute van studentverpleegkundiges moet fokus en sodoende vrees by hulle inboesem wat dan daartoe behoort te lei dat hulle dieselfde foute in die toekoms ten alle koste sal vermy. Ook die verwagting van die kliniese begeleiers dat studentverpleegkundiges verantwoordelikheid vir eie leer moet aanvaar, terwyl hulle na die studentverpleegkundiges as "kinders" verwys, dui op onkunde oor 'n effektiewe kommunikasiestyl tydens onderrig en kliniese begeleiding. Hierdie wanopvatting met betrekking tot onderrig-leerbeginsels in kliniese begeleiding asook die oneffektiewe kommunikasiestyl kan effektiewe leer en aanvaarding van verantwoordelikheid vir hul eie leer by studentverpleegkundiges belemmer.

Daar bestaan 'n moontlike gebrek aan kliniese praktykervaring by dosente soos blyk uit hul huiwering om kliniese begeleiding in geslote eenhede soos teater en intensiewe sorgenehede te doen. Die belewenis van die eenheidsverpleegkundiges dat dosente se

kliniese begeleiding oneffektief en nie werklikheidsgebonde is nie, is ook 'n aanduiding van die dosente se ontoereikende praktykervaring. Die voorafvermelde skakeling tussen die partye van die verpleegdiensinstansies en verpleegonderriginstansies, asook oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge kan waarskynlik ook 'n rol speel in die dosent se huiwering om meer direkte kontak met die eenheidsverpleegkundige as deskundige in die praktykarea te maak en sodoende haar eie praktykervaring uit te brei. Dié kringloop wat ontstaan vanweë oneffektiewe skakeling en oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge raak gevolglik weer die effektiewe kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, aangesien slegs 'n ervare kliniese praktisyn die studentverpleegkundige in die praktykarea kan fasiliteer om selfstandig in die praktykarea te praktiseer.

Vanuit die belewenisse van die fokusgroepe blyk dit dat die perspektief op kliniese begeleiding as omvattende proses, wat meer as prosedures en evaluering behels, verlore raak. Dit kom voor asof kliniese begeleiding nie tot volle verwesenliking kom nie, moontlik vanweë die fokus op tegniese vaardighede eerder as die persoonlike en professionele vorming van die studentverpleegkundige. Die kliniese begeleiding van die wordende professionele praktisyn raak gevolglik meer 'n *evalueringsproses* as 'n *vormingsproses*.

Uit hierdie navorsing blyk dit derhalwe dat die onvoldoende betrokkenheid van die kliniese begeleidingspan by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges om faktore wentel soos oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge, onkunde oor onderrig-leerbeginsels en die kliniese begeleidingsproses, dosente se ontoereikende praktykervaring, asook 'n gebrek aan skakeling tussen die lede van die kliniese begeleidingspan. Die gebrek aan skakeling tussen die kliniese begeleiers is waarskynlik die indirekte oorsaak van die ander bogenoemde faktore wat voldoende betrokkenheid van die kliniese begeleidingspan belemmer.

### **5.3 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE NAVORSING**

Die volgende is as tekortkominge van hierdie navorsing geïdentifiseer:

- Die steekproef het nie volgens die aanvanklike beplanning van die navorser gerealiseer nie. Van die vier steekproewe wat beplan is, het een nie gerealiseer nie aangesien die verpleegdiensbestuurder van die tradisioneel swart hospitaal, wat vir toestemming om

deelname van eenheidsverpleegkundiges in die navorsing genader is, nie bereid was om hierdie toestemming te verleen nie (vgl. Bylaag 6: p.225). Die tekortkoming in hierdie geval is dat 'n ryker perspektief moontlik uit die belewenisse van deelnemers uit dié hospitaal bekom sou kon word.

- Daar is geen kliniese dosente by enige van die fokusgroepe ingesluit nie. In een hospitaal wat wel aan die navorsing deelgeneem het, is daar wel twee kliniese dosente wat op 'n permanente basis vir kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges beskikbaar is, hoewel hulle op die verplegingskollege se diensstaat is. In die ander deelnemende hospitaal is geen kliniese dosente beskikbaar nie. Nie een van die kliniese dosente is by die doelgerigte, gerieflike, vrywillige steekproef ingesluit nie. Die rede hiervoor is dat die tussenganger van die verplegingskollege skynbaar nie die kliniese dosente wat op die verplegingskollege se diensstaat is, in aanmerking geneem het tydens die doelgerigte seleksie van die steekproef nie, waarskynlik omdat hulle permanent by die hospitaal aan diens is. Die tussenganger van die hospitaal waar hierdie kliniese dosente werk, het hulle waarskynlik ook nie by daardie steekproef ingesluit nie omdat hulle nie aan die spesifieke kriteria vir eenheidsverpleegkundiges voldoen nie. Die navorser het nie in die bekendstellingsbrief die kliniese dosente onderskei van die dosente nie en het ook nagelaat om te kontroleer of kliniese dosente by die steekproef wat uit dosente geneem is, ingesluit is. Indien hulle ingesluit sou wees by die fokusgroep, kon dit moontlik bygedra het tot 'n wyer verskeidenheid belewenisse oor die betrokkenheid van dosente en eenheidsverpleegkundiges by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.

#### 5.4 AANBEVELINGS

Aanbevelings met verwysing na die **algemene toepassingsmoontlikhede** in verpleegonderwys, -navorsing en -praktyk word vervolgens gedoen. Daarna volg die beskrywing van **spesifieke riglyne** vir die betrokkenheid van alle lede van die kliniese begeleidingspan by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, vir die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe na 'n onafhanklike, professionele praktisyn wat hoë gehalte verpleging lewer.

## 5.4.1 Algemene toepassingsmoontlikhede

Toepassingsmoontlikhede van hierdie navorsingsbevindinge met betrekking tot verpleegonderwys, -navorsing en -praktyk word vervolgens bespreek.

### 5.4.1.1 Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van verpleegonderwys

- Die spesifieke riglyne wat op grond van die resultate van hierdie navorsing beskryf is (vgl. 5.4.2: p.171), kan in die vakinhoud van die kursus wat lei tot registrasie as 'n Verpleegkundige (Algemene, Psigiatriese, en Gemeenskaps-) en Vroedvrou ingesluit word ten einde die studentverpleegkundige as toekomstige eenheidsverpleegkundige voor te berei vir haar rol as kliniese begeleier van studentverpleegkundiges.
- Dit kan sinvol wees om kliniese onderrig (wat kliniese begeleiding insluit), as 'n komponent van die kurrikuluminhoud van die na-basiese kursus vir die registrasie van die addisionele kwalifikasie in verpleegonderwys uit te brei, deur die riglyne van hierdie navorsing in te sluit.
- Indien die riglyne vir kliniese begeleiding geïmplementeer word, kan dit lei tot 'n vennootskapsverhouding in die kliniese begeleidingspan, wat die betrokkenheid van al die lede van die kliniese begeleidingspan kan bevorder. Beter skakeling en samewerking wat moontlik uit hierdie vennootskapsverhouding spruit, kan ook meer gekoördineerde plasing van studentverpleegkundiges in die praktykarea tot gevolg hê. Insgelyks kan die teorie-praktykgaping wat tans in verpleegopleiding bestaan, oorbrug word.
- Die implementering van die riglyne vir effektiewe interpersoonlike vaardighede kan skakeling en samewerking tussen die lede van die kliniese begeleidingspan vergemaklik. Eweneens kan dit lei tot positiewe houdings by die kliniese begeleidingsvennote (eenheidsverpleegkundiges, dosente en studentverpleegkundiges), wat onontbeerlik vir effektiewe kliniese begeleiding is.
- Die toepassing van andragogiese onderrig-leerbeginsels, soos dit in die riglyne van hierdie navorsing voorgestel word, kan moontlik die eenheidsverpleegkundiges beter toerus met betrekking tot die onderrigvaardighede wat noodsaaklik is in kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.

- Indien al die fasette van die kliniese begeleidingsproses sinvol tydens kliniese begeleiding geïntegreer word, kan die doel van kliniese begeleiding, naamlik om 'n selfstandige professionele praktisyn wat hoë gehalte verpleging lewer, as produk af te lewer, verwesenlik word. Die vorming van die studentverpleegkundige op persoonlike en professionele vlak sal gevolglik deur effektiewe kliniese begeleiding moontlik gemaak word.

#### **5.4.1.2 Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van verpleegnavorsing**

- Vanuit die resultate van hierdie navorsing het die belewenis van die dosente en eenheidsverpleegkundiges daarop gedui dat die studentverpleegkundige onwillig is om verantwoordelikheid vir haar eie leer te aanvaar. Deur verdere navorsing kan vasgestel word of die implementering van 'n leerkontrak tussen studentverpleegkundige, dosent en eenheidsverpleegkundige kan lei tot die studentverpleegkundige se aanvaarding van verantwoordelikheid vir haar eie leer.
- Studentverpleegkundiges as een van die kliniese begeleidingsvennote in die kliniese begeleidingsproses, is nie by hierdie navorsing betrek nie. In toekomstige navorsing kan die studentverpleegkundiges se belewenisse as ontvanger van kliniese begeleiding, verken word. Sodoende kan bykomende inligting oor die betrokkenheid van die lede van die kliniese begeleidingspan bekom word, wat tot verdere verbetering van kliniese begeleiding kan lei.
- Dit kan ook sinvol wees om die verwesenliking van die kliniese begeleidingsproses in die praktykarea te verken en te beskryf. Sodanige resultate kan lei tot verdere riglyne vir effektiewe kliniese begeleiding.
- Tydens hierdie navorsing was dit opvallend dat, alhoewel die betrokkenheid van die verpleegdiensbestuurders nie verken is nie, geen melding van die verpleegdiensbestuur se invloed op kliniese begeleiding gemaak is nie. Dit kan dus sinvol wees om die invloed wat die verpleegdiensbestuurders se houding teenoor kliniese begeleiding op die onderrig-leerklimaat in die betrokke instansies het, te verken en te beskryf.

- Nadat die riglyne wat in hierdie navorsing beskryf is, geïmplementeer is, kan 'n verdere verkenning oor die belewenis van die lede van die kliniese begeleidingspan en ook die belewenisse van studentverpleegkundiges geloods word, om vas te stel of die implementering van die riglyne bygedra het tot effektiewe kliniese begeleiding.

#### **5.4.1.3 Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van die verpleegpraktyk**

Die implementering van die riglyne wat in hierdie navorsing beskryf word, kan betrokkenheid van die kliniese begeleidingspan bevorder, wat meer effektiewe kliniese begeleiding tot gevolg kan hê. Effektiewe kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die praktykarea word as onontbeerlik beskou om die studentverpleegkundige, wat in haar persoonlike en professionele vormingsjare verkeer, te fasiliteer in haar strewe na 'n onafhanklike, professionele praktisyn wat hoë gehalte verpleging lewer. Dié hoë gehalte verpleging impliseer dat die pasiënt diensgerig, omvattend en sorgsaam verpleeg word en sodoende in staat gestel word tot die handhawing, bevordering of herstel van gesondheid.

#### **5.4.2 Spesifieke riglyne vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan**

In hierdie navorsing is die fokus op die kliniese begeleidingsproses, sowel as op die vennootskapsverhouding tussen die lede van die kliniese begeleidingspan. Met die Verplegingsteorie vir Mensheelheid as paradigmatische vertrepunt in gedagte (vgl. 1.5: p.13), word riglyne vir die implementering van die kliniese begeleidingsproses geformuleer, waartydens die versterking van die vennootskapsverhouding ook beklemtoon word. Om hierin te slaag, word riglyne vir effektiewe interpersoonlike verhoudinge, die toepassing van andragogiese onderrig-leerbeginsels asook die verbetering van die dosente se praktykvaardigheid ook beskryf. Hierdie riglyne word aan die hand van die samevattende stellings (vgl. tabel 3.17: p.116 en tabel 3.18: p.120) geformuleer.

#### 5.4.2.1 Riglyne vir die toepassing van die kliniese begeleidingsproses

##### **Rasionaal:**

Riglyne met betrekking tot die kliniese begeleidingsproses kan daartoe bydra dat die studentverpleegkundige in die praktykarea begelei word met haar persoonlike en professionele vorming as fokus, in plaas van kliniese begeleiding wat afgestem is op prosedures en evaluering (vgl. tabel 3.17 : 1.8, 1.9, 1.10, 1.11; tabel 3.18 : 1.7, 1.8, 1.11, 1.12, 1.14).

Op hierdie wyse kan riglyne vir die deurlopende skakeling en samewerking van die kliniese begeleiers tydens die kliniese begeleidingsproses, ook die vennootskapsverhouding tussen die lede van die kliniese begeleidingspan versterk.

Die riglyne word vervolgens aan die hand van die wetenskaplike metode van verpleging beskryf, volgens die beskrywings van Carpenito en Duespohl (1985:14-24, 90-165), Alberts (1990:20-22), Reilly en Oermann (1985:252-24) en White en Ewan (1991:118-188). Die onderskeie fases word nie as losstaande eenhede beskou nie, maar loop ineen soos 'n spiraal waar die evalueringsfase weer ineenloop met die beramingsfase.

##### **Riglyne:**

- Dit sou sinvol wees vir die dosent wat volgens Myrick en Barret (1994:196) verantwoordelik is vir "providing the crucial communication link between the educational and practice settings", om as koördineerder tydens die kliniese begeleidingsproses op te tree. Ten einde 'n sinvolle vennootskapsverhouding in die kliniese begeleidingspan te vestig, skakel die dosent eerstens met die leier van die verpleegdiensinstansie, naamlik die verpleegdiensbestuurder. Sodoende kan suksesvolle skakeling en samewerking tussen al die lede van die kliniese begeleidingspan verseker word.

##### ***Die beramingsfase in die kliniese begeleidingsproses***

- Die beramingsfase word gesamentlik deur die lede van die kliniese begeleidingspan aangepak met die doel om 'n sinvolle beplanning van kliniese begeleiding te koördineer. Die beramingsfase volg direk op die evalueringsfase wat teen die einde van elke jaar plaasvind.

- Die dosente wat verantwoordelik is vir die konsepkurrikulum in Algemene Verpleegkunde bepaal die vakinhoud wat noodsaaklik is vir die lewering van hoë gehalte verpleging binne die gesondheidsdiensleweringstelsel. Hulle verseker dat die vakinhoud toepaslik is vir die tyd, provinsie en die mens wat verpleeg word. Hierdie beraming ten opsigte van die vakinhoud sal verseker dat die kurrikulum hanteerbaar is in verhouding tot die beskikbare tyd vir teoretiese onderrig en praktykervaring. Sodoende word die studentverpleegkundige se opleidingsprogram nie oorlaai nie (vgl. tabel 3.18: 3.5).
  
- Die dosente en eenheidsverpleegkundiges maak vervolgens 'n opname van die tipe pasiënte (mediese en chirurgiese toestande), asook meegaande verpleegtake wat in elke eenheid in die praktykarea voorkom.
  
- Die dosente en eenheidsverpleegkundiges beraam gesamentlik die onderrig-leerklimaat in elke eenheid (vgl. tabel 3.17: 1.4). Skenk hier oorweging aan:
  - die gehalte verpleging wat in die eenheid gelewer word;
  - die filosofie van die eenheid met betrekking tot verpleegdiens en verpleegonderrig;
  - die indiensopleidingsprogram in die eenheid;
  - voorraad en fasiliteite wat in die eenheid beskikbaar is;
  - fisiese hulpbronne vir onderrig en leer, soos prosedurehandleidings, praktykonderriggidse, en evalueringsinstrumente;
  - onderrigvaardigheid (wat ook evalueringsvaardigheid insluit) van eenheidsverpleegkundiges; en
  - die houding van eenheidsverpleegkundiges teenoor kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges (Quinn, 1988:404).

- Die kliniese begeleiers beraam die bestaande kennis en vaardigheid wat elke studentverpleegkundige in die praktykarea bereik het, aan die hand van vorderingsverslae en kliniese evalueringsverslae.
- Die leerbehoefte van elke studentverpleegkundige word vervolgens op grond van haar bestaande vlak van kennis en vaardigheid, asook op grond van die vereiste onderrigdoelwitte beraam. Nadat die kliniese begeleiers dié beraming gedoen het, word die studentverpleegkundige betrek om haar insette te lewer ten opsigte van haar individuele leerbehoefte.
- Die kliniese begeleiers beraam gesamentlik die aantal studentverpleegkundiges wat gedurende bepaalde periodes in die eenhede sal wees vir praktykervaring, ten einde die verhouding van kliniese begeleiers tot studentverpleegkundiges in elke eenheid te bepaal.

#### ***Die beplanningsfase in die kliniese begeleidingsproses***

- Die dosente lê die konsepkurrikulum wat as fisiese hulpbron in die opleiding van studentverpleegkundiges dien, aan die eenheidsverpleegkundiges in die algemene praktykarea voor, met die doel dat die eenheidsverpleegkundiges insette lewer ten einde te verseker dat die kurrikulum voldoen aan die werklikheidseise van die praktykarea (Van Niekerk, 1993a: 130, 131). (Vgl. tabel 3.17: 1.6, 2.2, 3.1; tabel 3.18: 1.9, 1.17, 2.2).
- Die dosente wat betrokke is by die onderrig van die onderskeie jaargroepe in Algemene Verpleegkunde, stel na die afhandeling van die kurrikulering, onderrigdoelwitte vir studentverpleegkundiges van elke jaargroep. Hierdie doelwitte word aan die hand van die einddoelstelling in die kurrikulum bepaal en volg progressief van eenvoudige na meer ingewikkelde doelstellings. Die dosente van die universiteit en die verplegingskollege kan die onderrigdoelwitte hierna vergelyk om

te verhoed dat twee verskillende stelle doelwitte vir studentverpleegkundiges wat op dieselfde vlak van opleiding is, gestel word.

- Die dosente bepaal vervolgens die vakinhoud aan die hand van die onderrigdoelwitte. Dit kan sinvol wees om dié vakinhoud in te deel in logiese eenhede wat, soos die onderrigdoelwitte, progressief op mekaar volg (vgl. tabel 3.18: 1.12).
- Die dosent wat as koördineerder van die kliniese begeleidingspan optree, kan in hierdie stadium van beplanning 'n werkswinkel organiseer, ten einde die insette van al die lede van die kliniese begeleidingspan te koördineer. Die beplanning van die werkswinkel moet in samewerking met die verpleegdiensbestuurders van die betrokke hospitale gedoen word om soveel as moontlik eenheidsverpleegkundiges (maar ten minste één van elke eenheid) te betrek. Die tye en die plek van die werkswinkel moet só beplan word dat al die lede van die kliniese begeleidingspan wat van die aanvang van die werkswinkel af betrokke is, deurgaans betrokke kan bly totdat die doel van die werkswinkel bereik is.

Die insette van al die lede van die kliniese begeleidingspan wat tydens die werkswinkel gelewer word, kan moontlik oorvleueling van kliniese begeleidingsdoelwitte uitskakel. Hierdie wyse van skakeling tydens die beplanning van die kliniese begeleidingsprogram kan bydra om die teorie-praktykgaping te oorbrug (Brereton, 1995:321). (Vgl. tabel 3.17: 1.6, 2.6, 3.3; tabel 3.18: 1.8, 2.1, 3.1, 3.2, 4.1, 4.5, 4.6).

Die resultate van die werkswinkel kan aan die eenheidsverpleegkundiges wat nie hieraan kon deelneem nie, voorgelê word vir bevestiging en uitbreiding. Dit sou sinvol wees indien hulle dan ook betrek word by die individuele vergaderings in die eenhede (volgens 'n volgende riglyn), waartydens leergeleenthede in die spesifieke eenhede geïdentifiseer word.

- Onderrigmetodes en leergeleenthede vir die teorie sowel as die praktyk word vervolgens, tydens die werkswinkel, aan die hand van die onderrigdoelwitte, beplan.

Dit sou sinvol wees om die teoretiese en kliniese leergeleenthede gelyktydig te beplan. Sodoende kan elke leergeleentheid as 'n holistiese fenomeen benader word in 'n poging om in die onderrigdoelwitte te slaag (vgl. Figuur 5.1 hieronder).

**Figuur 5.1: Kliniese begeleidingsprogram vir studentverpleegkundiges**

Onderrigdoelwit	Vakinhoud	Teorie (Klaskamer)		Praktykarea		Evalue-ring	Spertyd
		Onderrigmetode	Leergeleenthede	Onderrigmetode	Leergeleenthede		

- Dit sou sinvol wees om tydens die werkswinkel ook evalueringmetodes en spertye vir die bereiking van elke doelwit te beplan.
- Dit kan oorweeg word om leergeleenthede wat sonder direkte begeleiding van 'n kliniese begeleier benut kan word, te onderskei deur dit met 'n asterisk (\*) op die program aan te dui. Leergeleenthede wat met portuurgroepbegeleiding benut kan word, kan ook met 'n (p) op die program aangedui word.
- Die leergeleenthede in die praktykarea waar die studentverpleegkundige deur die eenheidsverpleegkundige begelei word, word só beplan dat dit ingeskakel word by die daaglikse verpleegtake. Sodoende word die eenheidsverpleegkundige se las in die eenheid nie verder deur kliniese begeleiding as 'n bykomende taak verswaar nie (vgl. tabel 3.18: 1.10).
- Die dosente koördineer eenheidsvergaderings, waartydens die kliniese begeleiers in die onderskeie eenhede toepaslike leergeleenthede wat in dié eenheid benut kan word, aan die hand van die kliniese begeleidingsprogram beplan. Leergeleenthede word egter ook op 'n deurlopende basis, as onderrigmomente, deur die kliniese begeleiers en deur die studentverpleegkundiges geïdentifiseer en benut.

- Skenk oorweging daaraan om hierdie kliniese begeleidingsprogram in 'n studiegids en praktikaregister in te sluit, wat dan tesame met die kurrikulum in elke eenheid beskikbaar is as verwysingsbron tydens kliniese begeleiding (Bekker, 1989:181,182; Paverd, 1985:19). 'n Studiegids en praktikaregister bly ook in besit van die student-verpleegkundige as hulpbron vir selfgerigte leer.
  
- Dit sou sinvol wees om die studentverpleegkundige se plasing vir praktykervaring in die onderskeie eenhede te beplan aan die hand van die onderrigdoelwitte en praktykleergeleenthede, soos in die kliniese begeleidingsprogram (vgl. tabel 5.1: p.187).
  
- Die dosent aanvaar verantwoordelikheid vir die beplanning van die plasing van studentverpleegkundiges in die praktykarea, hoewel dit in samewerking met al die lede van die kliniese begeleidingspan gedoen word, ten einde die teorie-praktykgaping uit te skakel (Reilly & Oermann, 1985:96; Brereton, 1995:322; Piscopo, 1994:114).
  
- Die beplanning van die plasing van die studentverpleegkundige word ook aan die betrokke verpleegdiensbestuurders voorgelê ten einde ook hulle insette te kry sodat die diensbehoefte van die hospitaal wel in ag geneem word in soverre as wat dit moontlik is, sonder dat die studentverpleegkundiges as die werkmag in die algemene praktykarea beskou word (vgl. tabel 3.17: 3.2; tabel 3.18: 3.3).
  
- Die dosent bied tydens die beplanning van elke individuele studentverpleegkundige se plasing in die praktykarea ook aan die studentverpleegkundige geleentheid om insette met betrekking tot haar plasing te lewer. Sodoende kan die individuele leerbehoefte van die studentverpleegkundige in ag geneem word ter wille van die volle benutting van leergeleenthede.

- Die dosent lê die beplanning van die jaar se plasing aan elke eenheid se eenheidsverpleegkundiges voor sodat hulle ook insette kan lewer ten opsigte van: (i) die spesifieke tyd van plasing in die betrokke eenheid (vgl. tabel 3.18: 1.3) en (ii) die hanteerbare getal studentverpleegkundiges vir die spesifieke eenheid (vgl. tabel 3.17: 1.2; tabel 3.18: 1.2). Dit sou ook sinvol wees vir die dosent om by hierdie geleentheid 'n program met die spesifieke dienstye van die studentverpleegkundiges aan die eenheidsverpleegkundiges beskikbaar te stel. Dit kan haar in staat stel om die spesifieke toewysing van studentverpleegkundiges aan pasiënte te beplan.
  
- Skenk oorweging daaraan om studentverpleegkundiges slegs in eenhede te plaas waar 'n ondersteunende onderrig-leerklimaat heers (vgl. die beraming ten opsigte van die onderrig-leerklimaat, p.175).
  
- Wanneer groot getalle studentverpleegkundiges gelyktydig in die algemene praktykarea geplaas móét word, kan die dosent ander algemene praktykareas in die gemeenskap, buiten die hospitale, ondersoek om te bepaal of dit geskik sou wees vir plasing van studentverpleegkundiges (S.A.R.V., 1994:8; Reilly & Oermann, 1985:86,87). (Vgl. tabel 3.17: 1.2; tabel 3.18: 1.2, 1.3).

#### ***Die implementeringsfase in die kliniese begeleidingsproses***

- Die dosent wat verantwoordelik is vir die onderrig van 'n spesifieke jaargroep studentverpleegkundiges oriënteer hulle in groepverband ten opsigte van: (i) die kliniese begeleidingsprogram, (ii) haar (d.i. dosent) beplande begeleidingsaktiwiteite en (iii) beskikbaarheid van die dosent, met ander woorde waar die studentverpleegkundige haar kan kontak indien sy leiding nodig het (vgl. tabel 3.17: 4.3).
  
- 'n Eenheidsverpleegkundige in elke eenheid oriënteer die studentverpleegkundiges ten opsigte van (i) die roetine in die eenheid, (ii) leergeleenthede in die eenheid en

(iii) die beskikbaarheid van kliniese begeleiers in die eenheid, sodat die student-verpleegkundige weet waar om enige tyd 'n kliniese begeleier in die eenheid te kontak (vgl tabel 3.18: 2.7).

- Ten einde die studentverpleegkundige te ondersteun tydens kliniese begeleiding, gaan die kliniese begeleier met haar 'n kontrak aan, wat aan haar sekuriteit in die kliniese begeleidingsituasie bied. Dié kontrak handel oor (i) elke persoon in die kliniese begeleidingsituasie se rol, (ii) elke persoon se verwagtinge en (iii) die terugvoering wat elkeen verwag.
- Ondersteun die studentverpleegkundige verbaal deur aanprysing wanneer sy na verwagting presteer, asook deur aanmoediging wanneer sy sukkel om 'n doelwit te bereik.
- Ondersteun die studentverpleegkundige nie-verbaal deur gesigsuitdrukking, oogkontak, gebare en houding wat goedkeuring of aanmoediging aandui.
- Ondersteun die studentverpleegkundige deur bloot teenwoordig te wees waar die studentverpleegkundige werk of 'n spesifieke vaardigheid inoefen, tot sy aandui dat die kliniese begeleier se teenwoordigheid nie meer benodig word nie.
- Die volgende fasette van waarneming van die studentverpleegkundige in die proses van kliniese begeleiding kan oorweeg word:
  - Observeer die studentverpleegkundige se verpleeginteraksie waar sy besig is, sonder enige intrede en gee later terugvoer.
  - Die studentverpleegkundige en kliniese begeleier kom ooreen dat die begeleier tydens 'n potensieel moeilike situasie bystaan en indien nodig, intree op 'n wyse wat vir beide die studentverpleegkundige en die pasiënt aanvaarbaar is.

- Fokus op die pasiënt om waar te neem of die studentverpleegkundige se beraming van die pasiënt korrek is en ondersteun die studentverpleegkundige toepaslik in die spesifieke situasie.
  - Die kliniese begeleier fokus op haar eie optrede as begeleier en vra terugvoer van die studentverpleegkundige sowel as van die pasiënt oor die effektiwiteit van die begeleiding.
- Oorweeg die volgende leidinggewende interaksies, wat noodsaaklik is vir die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe na selfstandigheid in die praktyk:
- Gee leiding aan die selfgerigte studentverpleegkundige wat reeds 'n bepaalde vaardigheidsvlak bereik het, maar in 'n spesifieke situasie onseker is.
  - Gee leiding aan die studentverpleegkundige om tydens die uitvoer van 'n prosedure, buigbaar te wees ten opsigte van tegniese aspekte, asook om die totaliteitskonsep en probleemoplossing tydens verpleeginteraksies te integreer.
  - Gee leiding om vaardigheid te bereik, konsepte toe te pas en probleemoplossend te verpleeg.
  - Gee terugvoer aan die studentverpleegkundige oor 'n spesifieke verpleegtaak waarop ooreengekom is, asook oor haar verpleegvaardigheid in die algemeen.
- Fasiliteer die studentverpleegkundige in haar strewe na 'n selfstandige professionele praktisyn wat hoë gehalte verpleging lewer deur andragogiese onderrig-leerbeginsels toe te pas, asook deur effektiewe interpersoonlike verhoudinge te vestig (vgl. 5.4.2.2: p.183 en 5.4.2.3: p.186).
- Dit sou sinvol wees om na afloop van 'n kliniese begeleidingsessie (na 'n dag of 'n week, soos toepaslik), 'n terugvoersessie te koördineer waartydens studentverpleegkundiges geleentheid gegee word om te reflekteer oor hul leerervaringe. Hierdie

terugvoersessies kan op 'n individuele basis of in 'n klein groepie geskied, waar reflektoring en probleemoplossing gekombineer word.

### ***Die evalueringsfase in die kliniese begeleidingsproses***

Die studentverpleegkundige sowel as die kliniese begeleidingspan word tydens dié fase by evaluering betrek. Vervolgens volg die riglyne vir hierdie evaluering:

- Evalueer die studentverpleegkundige in die kliniese begeleidingsituasie om te bepaal of haar kennis en vaardigheid op die vereiste standaard is, asook om spesifieke interaksies van die studentverpleegkundige aan te moedig of te ontmoedig.
  
- Ondersteun die studentverpleegkundige sodat dit vir haar moontlik is om te leer uit foute wat sy begaan het.
  
- Die kliniese begeleiers stel gesamentlik evalueringinstrumente aan die hand van die onderrigdoelwitte op om sodoende te verseker dat elke studentverpleegkundige regverdig geëvalueer word.
  
- Evalueer die studentverpleegkundige volgens die kriteria in die evalueringinstrumente en volgens die evalueringmetodes wat op grond van onderrigdoelwitte geselekteer is.
  
- Gebruik vormende en eindevaluering. Vormende evaluering word gebruik om die vordering van die studentverpleegkundige te monitor en deurlopend aan haar terugvoer te gee ten opsigte van haar vordering. Eindevaluering word gebruik om na voltooiing van 'n kursuseenheid gebruik om te bepaal of die studentverpleegkundige die voorafbepaalde doelwitte volgens die verwagte standaard bereik het. Dokumenteer die vormende evaluering van elke studentverpleegkundige sodat sy ook self haar vordering kan monitor en die ander kliniese begeleiers op hoogte kan wees met elke studentverpleegkundige se vordering.

- Gee na afloop van elke kursuseenheid aan die studentverpleegkundiges geleentheid om die kliniese begeleiding wat sy ontvang het, te evalueer en terugvoer te gee ten opsigte van die:
  - beskikbaarheid van die kliniese begeleiers;
  - kliniese praktykvaardigheid van die kliniese begeleiers;
  - die standaard wat die kliniese begeleiers stel; en
  - konsekwentheid van die kliniese begeleiding.
  
- Die kliniese begeleidingspan belê maandeliks 'n kort eenheidsvergadering met die doel om aan mekaar terugvoer te gee ten opsigte van die effektiwiteit van hul kliniese begeleiding (Atkins & Williams, 1995:1012).
  
- Die kliniese begeleidingspan evalueer die kliniese begeleidingsproses op 'n deurlopende basis en gee tydens die maandelikse eenheidsvergaderings terugvoer of die kliniese begeleidingsdoelwitte bereik is en of leergeleenthede in die eenheid ten volle benut is.
  
- Die lede van die kliniese begeleidingspan kan beplan om soms 'n studentverpleegkundige gesamentlik te begelei en dan na afloop van dié begeleidingsessie, aan mekaar terugvoer te gee ten opsigte van elkeen se begeleidingsinteraksies.
  
- Dit sou sinvol wees om elke eenheidsvergadering te notuleer, asook om die evaluering deur die studentverpleegkundiges te dokumenteer ten einde in staat te wees om die effektiwiteit van die kliniese begeleidingsproses te monitor.
  
- Die volledige kliniese begeleidingsprogram word teen die einde van die kurrikuleringsiklus (normaalweg driejaarliks) geëvalueer en hersien ten einde in pas

te bly met veranderende verpleegopleidings- en verpleegdienseise, asook met veranderende eise van die gemeenskap.

#### 5.4.2.2 Riglyne vir interpersoonlike verhoudinge in die kliniese begeleidingsituasie

##### **Rasionaal:**

Effektiewe interpersoonlike verhoudinge is gebaseer op interpersoonlike vaardighede wat volgens Wilson-Barnett *et al.*, (1995:1153) noodsaaklik is vir effektiewe kliniese begeleiding (vgl. tabel 3.17: 2.4, 2.5, 2.10, 3.3; tabel 3.18: 1.6, 1.13, 2.8, 3.1, 3.6). Riglyne sal vervolgens aan die hand van vier komponente van interpersoonlike vaardighede, naamlik (i) kennis van en vertrouwe in mekaar, (ii) akkurate en ondubbel-sinnige kommunikasie, (iii) wedersydse aanvaarding en ondersteuning en (iv) konflikthantering en probleemoplossing in verhoudings, beskryf word (Johnson, 1981: 6,7).

##### **Riglyne:**

- Die dosent, wat as koördineerder van die kliniese begeleidingspan optree, kan met die toestemming van die kliniese begeleidingspan, 'n persoon wat kundig is op die gebied van interpersoonlike vaardighede nader om kursusse vir die lede van die kliniese begeleidingspan aan te bied.

Die dosent skakel dan met die res van die lede van die kliniese begeleidingspan, asook met die verpleegdiensbestuurders van die hospitale, die prinsipaal van die verplegingskollege en die departementshoof van die Departement Verpleegkunde van die universiteit ten einde die interpersoonlike vaardigheidskursusse te koördineer vir dié lede van die kliniese begeleidingspan wat nie onlangs so 'n kursus gedoen het nie.

Dit sou sinvol wees om die kursus in eenhede, volgens die komponente van interpersoonlike vaardighede in te deel. Die verskillende eenhede kan dan tydens geskeduleerde sessies, in meer as een siklus, aangebied word. Elke lid van die kliniese begeleidingspan neem dan self verantwoordelikheid om al vier die eenhede by te woon wanneer dit haar die beste pas.

- Die komponente en die vaardighede wat moontlik by elke eenheid ingesluit kan word is soos volg:

### **Eenheid 1: Kennis van mekaar en vertrouwe in mekaar**

- Pas die volgende vaardighede in die kliniese begeleidingsituasie toe ten einde mekaar te leer ken en te vertrou:
  - \* Ken en aanvaar jousef om in staat te wees tot selfblootlegging aan die ander persoon in die vennootskapsverhouding.
  - \* Wees toeganklik vir die ander persoon.
  - \* Bou aan wedersydse vertrouwe deur die risiko van selfblootlegging, wat moontlik aanvaarding as respons kan uitlok.
  - \* Waak daarteen om wedersydse vertrouwe te skend deur die ander persoon se selfblootlegging met verwerping te beantwoord (Johnson, 1981:15-71).

### **Eenheid 2: Kommunikasievaardighede**

- Oefen vaardighede van kommunikasie, wat gedefinieer word as: ". . . a message sent by a person to a reciever(s) with the conscious intent of effecting the reciever's behaviour" (Johnson, 1981:74). Die vaardighede wat hier ter sprake is, is die volgende:
  - \* Stuur effektiewe verbale en nie-verbale boodskappe.
  - \* Luister met aandag na die boodskap wat versend word.
  - \* Reageer toepaslik op die boodskappe wat versend is, met die volgende moontlike response:
    - (i) evaluerende respons,
    - (ii) interpreterende respons,
    - (iii) ondersteunende respons,
    - (iv) ondersoekende (peilende) respons en
    - (v) begrypende respons.

- \* Aanvaar jouself ten einde in staat te wees om die ander persoon ook te aanvaar(Johnson, 1981:73-169).

### **Eenheid 3: Aanvaarding en ondersteuning van die ander persoon**

- Aanvaar jouself en die ander in die vennootskapsverhouding ten einde sinvolle verhoudings met ander persone in die kliniese begeleidingsituasie op te bou en in stand te hou. Die vaardighede wat hiervoor nodig is, is soos volg:
  - \* Poog om jouself te aanvaar deur:
    - (i) gewilligheid om jou gedagtes, gevoelens en reaksies teenoor die ander persoon bloot te lê;
    - (ii) te sorg vir jou psigologiese welsyn; en
    - (iii) ander persone te aanvaar.
  - \* Beskryf jou sterk punte wanneer dit toepaslik is.
  - \* Spreek aanvaarding van die ander persoon uit wanneer dit toepaslik is (Johnson, 1981:171-193).

### **Eenheid 4: Konflikhantering en probleemoplossing in verhoudings**

Pas die volgende strategieë vir konflikhantering en probleemoplossing toe:

- Word bewus van jou eie konflikstyl.
- Definieer die konflik.
- Weet wanneer om te konfronteer.
- Definieer die konflik saam met die ander persoon in die situasie.
- Konflikdefiniëring volgens die saak en nie persoonlikhede nie.
- Bepaal die verskil tussen jou en die ander persoon.
- Beskou die konflik vanuit die ander persoon se gesigspunt.
- Verhoog jou eie en die ander party(e) se motivering om die konflik op te los.
- Hanteer jou eie gevoelens wat moontlik die konflik kan vererger.

- Bereik 'n ooreenkoms vir die oplossing van en voorkoming van 'n herhaling van dié konflik.
- Vermoeg algemene wanpersepsies wat die konflik kan vererger (Johnson, 1981:195-294).

### 5.4.2.3 Riglyne vir indiensopleiding van die kliniese begeleidingspan ten opsigte van andragogiese onderrig-leerbeginsels

#### Rasionaal:

Deur indiensopleiding word die kundigheid en vaardigheid van die lede van die kliniese begeleidingspan opgeknop en uitgebou, wat hul betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges behoort te bevorder (Van Niekerk, 1993a:84). (Vgl. tabel 3.17: 2.6, 2.7; tabel 3.18: 2.1, 4.8.)

Die studentverpleegkundige is alreeds in staat om 'n groot deel van haar eie lewe te rig en is op weg vanaf afhanklikheid van professionele rolmodelle (kliniese begeleiers) tot selfstandigheid waar sy in staat is tot selfstandige professionele praktykvoering (Mellish & Brink, 1990:71-73). (Vgl. tabel 3.17: 1.4, 2.1, 3.4; tabel 3.18: 1.15, 3.4). Kundigheid en vaardigheid met betrekking tot andragogiese onderrig-leerbeginsels in die kliniese begeleidingsituasie is daarom noodsaaklik ten einde die studentverpleegkundige toepaslik te kan begelei. Riglyne word gevolglik beskryf vir indiensopleiding van dié lede van die kliniese begeleidingspan wat kundigheid en vaardigheid ten opsigte van andragogiese onderrig-leerbeginsels wil bekom of uitbrei.

#### Riglyne:

- Dit kan sinvol wees om kliniese begeleidingsessies te beplan waartydens die eenheidsverpleegkundige wat onseker voel, die kliniese begeleiding van 'n studentverpleegkundige saam met 'n ervare dosent waarneem. Sodoende kan sy deur observasie praktiese ervaring opdoen van die toepassing van andragogiese onderrig-leerbeginsels in die kliniese begeleidingsproses.
- Die dosent as koördineerder in die kliniese begeleidingspan lei die beplanning van die indiensopleiding vir kliniese begeleiding (vgl. tabel 3.18: 4.8). Dit sou sinvol

wees indien die kliniese begeleidingspan aan die begin van die jaar by die mees sentrale punt, hetsy die universiteit, verplegingskollege of 'n hospitaal vergader. Die doel van dié vergadering sou wees om: (i) 'n koördineerder van die indiensopleidingsprogram aan te wys, (ii) die voorlopige programinhoud vir indiensopleiding te bepaal en (iii) 'n indeling van sones (twee of meer eenhede in die hospitaal) te maak en dan elke dosent toe te wys aan 'n sone of meer. Die doel van só 'n toewysing is om die skakeling ten opsigte van die indiensopleidingsprogram in die onderskeie eenhede waar te neem.

- Die individuele dosente gaan direk ná hierdie beplanningsvergadering na die sone of eenheid wat aan haar toegewys is om die voorlopige programinhoud aan die eenheidsverpleegkundige voor te lê en hul insette te kry met betrekking tot: (i) hul behoefte aan indiensopleiding ten opsigte van onderrig-leerbeginsels (ii) die prioriteite van hierdie behoeftes, (iii) kundigheid en vaardigheid wat hulle kan aanbied tydens indiensopleidingsessies en (iv) geskikte tye vir elke eenheid wat geskeduleer kan word in die indiensopleidingskedule (vgl. tabel 5.1: p.189).
  
- Ongeveer twee weke na die eerste beplanningsvergadering gee die dosente terugvoer oor die insette van die eenheidsverpleegkundiges. Tydens hierdie sessie word verpleegdiensbestuurders en hoofverpleegkundiges van die onderskeie sones ook uitgenooi na die finale beplanningssessie van die indiensopleidingsprogram sodat hulle ook insette kan lewer met betrekking tot: (i) die skedule van die indiensopleidingsprogram, (ii) hul eie kundigheid en vaardigheid wat hulle kan aanbied tydens indiensopleidingsessies en (iii) toesighouding oor die uitvoering van die indiensopleidingsprogram.
  
- Nadat die insette van al die lede van die kliniese begeleidingspan ondersoek is, word 'n finale indiensopleidingsprogram, wat oor 'n periode van een of selfs twee jaar kan strek, afhangende van die omvang van die inhoud en die beskikbare tye, beplan.

- Dit kan sinvol wees om die totale programinhoud ten opsigte van andragogiese onderrig-leerbeginsels in kliniese begeleiding, in eenhede te skeduleer. Elke lid van die kliniese begeleidingspan aanvaar verantwoordelikheid om die verskillende eenhede van die program te deurloop (vgl. tabel 5.1: p.189).
- Die indiensopleidingsperiodes wat in elke eenheid (saal) beplan word, moet verkieslik op vasgestelde dae en tye plaasvind, moontlik tydens 'n oorvleueing van die eenheidsverpleegkundiges se skofte.

**Tabel 5.1: Voorgestelde skedule vir indiensopleidingsprogram oor andragogiese onderrig-leerbeginsels in kliniese begeleiding**

INHOUD	TYD	PLEK	AANBIEDER
<p><b>Eenheid 1: Aannames oor die eienskappe van leerders:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selfgerigte studentverpleegkundiges aanvaar verantwoordelikheid vir eie leer.</li> <li>• Die studentverpleegkundige het reeds 'n reservoir van ervaring.</li> <li>• Gereedheid om te leer is behoeftegerig.</li> <li>• Oriëntasie tot leer, is taak- en probleemgesentreerd.</li> <li>• Motivering vir leer, is intern.</li> </ul> <p>(Knowles soos aangehaal deur Quinn, 1988:47)</p>			
<p><b>Eenheid 2: Aannames met betrekking tot leer en onderrig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volwassenes het die vermoë om te leer.</li> <li>• Leer is 'n interne proses van behoeftebevrediging en doelgerigtheid.</li> <li>• Andragogiese onderrig-leerbeginsels is noodsaaklik in die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.</li> </ul>			

INHOUD	TYD	PLEK	AANBIEDER
<p><b>Eenheid 3: Faktore wat leer beïnvloed</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elke studentverpleegkundige is 'n individu wat vir haar eie leer verantwoordelik is en teen haar eie tempo leer.</li> <li>• Motivering wat gefasiliteer kan word deur: (i) die benutting van bestaande dryfvere soos belangstellings, behoeftes, ideale en houdings en (ii) die formulering van doelstellings.</li> <li>• Die totaliteitsbeginsel waar 'n geheelbeeld van die leermateriaal deurlopend aan die studentverpleegkundige voorgehou word.</li> <li>• Bevrediging as gevolg van doelbereiking en die wete dat leer plaasvind.</li> <li>• Oefening van vaardighede en herhaling tot vaardighede bereik is.</li> <li>• Die leer van nuwe kennis is gebaseer op bestaande kennis en ervaring.</li> <li>• Die verwantskap tussen nuwe en bestaande kennis.</li> <li>• Aktiewe deelname deur die studentverpleegkundige, wat doen, aktiewe luister en aktiewe waarneming insluit.</li> </ul> <p>(Mellish &amp; Brink, 1990:83-92)</p>			

INHOUD	TYD	PLEK	AANBIEDER
<p><b>Eenheid 4: Onderrigbeginsels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis van die studentverpleegkundige en inagneming van haar leerbehoefes (vgl. tabel 3.17: 1.1, 2.1: tabel 3.18: 3.1).</li> <li>• Koördinerings van die tyd van onderrig en leer (vgl. tabel 3.18: 3.5).</li> <li>• Evaluering deur kliniese begeleiers asook deur die studentverpleegkundige self (vgl. tabel 3.17: 1.8; tabel 3.18: 1.7).</li> <li>• Duidelik geformuleerde kliniese begeleidingsdoelstellings (vgl. tabel 3.17: 2.6; tabel 3.18: 2.1).</li> <li>• Onderrigvaardighede kan deur kliniese begeleiers aangeleer word.</li> <li>• Beheer van die onderrig-leeromgewing sodat die studentverpleegkundige toegang het tot fasiliteite en leergeleenthede (kyk tabel 3.17: 1.4).</li> <li>• Effektiewe interpersoonlike verhoudings tussen die kliniese begeleier en die studentverpleegkundige, wat effektiewe kommunikasie insluit (vgl. 5.4.2.2: p.183 vir besonderhede).</li> </ul> <p>(Mellish &amp; Brink, 1990:95)</p>			
<p><b>Eenheid 5: Effektiewe kommunikasie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die verskillende egostate tydens kommunikasie.</li> <li>• Hantering van die onderrig-leersituasie tydens kliniese begeleiding vanuit 'n volwassene-egostaat.</li> <li>• Kommunikasie vanuit 'n volwassene-egostaat.</li> </ul> <p>(Eric Berne soos aangehaal deur Wilson &amp; Kniesl, 1992:143-145)</p>			

#### 5.4.2.4 Riglyne vir die uitbreiding van dosente se kliniese praktykvaardigheid

##### **Rasionaal:**

Slegs 'n kliniese begeleier wat oor kundigheid sowel as ervaring van die algemene praktykarea beskik, kan effektiewe kliniese begeleiding doen. Vir die dosent wat die kundige van die vakgebied Algemene Verpleegkunde is en die meeste van haar tyd aan doseer en ander akademiese take spandeer, is dit egter moeilik om ook in die praktykarea vaardig te bly. (Vgl. tabel 3.17: 4.1; tabel 3.18: 2.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7).

##### **Riglyne:**

- Tydens die dosent se geskeduleerde kliniese begeleidingsperiodes kan sy en die eenheidsverpleegkundige wat die kliniese deskundige is, gesamentlik kliniese begeleiding doen. Die kundigheid en ervaring van die dosent en eenheidsverpleegkundige dien dan wedersyds as leerervaring (Myrick & Barret, 1994:197; Brereton, 1995:322).
  
- Dosente kan periodes in hul weeklikse werkprogram inpas waartydens hulle onder supervisie van die eenheidsverpleegkundige as deskundige, in die algemene praktykarea werk. Die indeling van haar werkprogram kan dan soos volg daar uitsien (Hooper, 1987:61):
  - 60% doseer- en ander verwante take,
  - 20% kliniese onderrig en -begeleiding,
  - 20% werk in die praktykarea onder supervisie van die eenheidsverpleegkundige asook ander indiensopleiding.

## 5.5 SAMEVATTING

Aan die hand van die sentrale teoretiese argument (vgl. 1.5.2.1: p.15) is met hierdie navorsing ten doel gestel om eerstens kennis te verkry van die belewenis van die kliniese begeleidingspan ten opsigte van hul deelname aan die kliniese begeleiding van student-verpleegkundiges in die algemene praktykarea. Tweedens is probeer om riglyne te beskryf vir die betrokkenheid van die volle kliniese begeleidingspan by kliniese begeleiding, vir

die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer.

Die navorser het bevind dat daar onvoldoende betrokkenheid van die volle kliniese begeleidingspan by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges is. As gevolg van oneffektiewe interpersoonlike verhoudinge is daar ook afwesigheid van 'n vennootskapsverhouding in die kliniese begeleidingspan. Dít dra daartoe by dat daar onsekerheid oor die proses van kliniese begeleiding, onkunde ten opsigte van andragogiese onderrig-leerbeginsels by eenheidsverpleegkundiges, asook onvoldoende praktykervaring by dosente bestaan. Gevolglik kom die kerndimensie van kliniese begeleiding, naamlik die *persoonlike en professionele vorming van die studentverpleegkundige* nie tot sy volle reg nie.

Hierdie navorser se gevolgtrekkings van die navorsingsresultate het haar gelei om met die Verplegingsteorie vir Mensheelheid as paradigmatische vertrekpunt in gedagte, riglyne te beskryf vir (i) die implementering van die kliniese begeleidingsproses, (ii) effektiewe interpersoonlike verhoudinge, (iii) indiensopleiding oor andragogiese onderrig-leerbeginsels en (iv) uitbreiding van die dosent se praktykvaardigheid.

Die navorser het dus hierdie navorsing verantwoord deurdat die implementering van dié riglyne kan lei tot 'n vennootskapsverhouding tussen die lede van die kliniese begeleidingspan, wat hul betrokkenheid by kliniese begeleiding kan bevorder. Betrokkenheid van die volle kliniese begeleidingspan by kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige sal lei tot die fasilitering van laasgenoemde se strewe na 'n selfstandige professionele praktisyn wat hoë gehalte verpleging lewer.

"If nursing practitioners, researchers, teachers and managers really want to seek out what is best in nursing, they will have to do it together." (Alexander, 1989:992)

# BRONNELYS

ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E. 1979. Better patient care through nursing research. Second edition. New York : MacMillan Co.

ACTON, L., GOUGH, P., McCORMACK, B., CHARLESWORTH, G., KANNEH, A. & MASTERSON, A. 1992. The clinical nurse tutor debate. *Nursing times*, 88(32):38-41, Aug.

ALBERTS, U.U. 1990. 'n Ondersoek na die omvang van betrokkenheid van verpleegdosente in die kliniese onderrig by sekere opleidingsentra in Suid-Afrika. Pretoria : Universiteit van Suid-Afrika. (Proefskrif-D.Litt.).

ALEXANDER, M.F. 1983. Learning to nurse. Integrating theory and practice. New York : Churchill Livingstone.

ALEXANDER, M.F. 1989 Nursing practitioners, researchers, teachers and managers all have the same goal: editorial. *Journal of advanced nursing*, 14(12):991-992, Dec.

ATKINS, S. & WILLIAMS, A. 1995. Registered nurse's experience of mentoring undergraduate nursing students. *Journal of advanced nursing*, 21(5):1006-1015, May.

BEKKER, S. 1989. Die invloed van die kliniese praktyk op die professionele sosialisering van die studentverpleegkundige. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Verhandeling-M.Cur.)

BERGMAN, K. & GAITSKILL, T. 1990. Faculty and student perceptions of effective clinical teachers. *Journal of professional nursing*, 6(1):33-44, Jan./Feb.

- BEZUIDENHOUT, M.C. 1988. Die invloed van die geregistreerde verpleegkundige as rolmodel op die studentverpleegkundige. *Curationis*, 11(3):28-31. Sep.
- BEZUIDENHOUT, M.C. & BASSON, A.A. 1992a. Die opleidingsfunksie van die geregistreerde verpleegkundige - deel 1. *Curationis*, 15(2):27-30, Jun.
- BEZUIDENHOUT, M.C. & BASSON, A.A. 1992b. Die opleidingsfunksie van die geregistreerde verpleegkundige - deel 2. *Curationis*, 15(3):12-15, Sep.
- BOTES, A.C. 1991. 'n Funksionele denkbenadering in verpleegkunde. *Curationis*, 14(1):19-23, Jul.
- BOTES, A.C. 1992. 'n Model vir kwalitatiewe navorsing in die Verpleegkunde. *Curationis*, 15(4):36-42, Des.
- BOTES, A. 1993. Teorievorming in die Verpleegkunde: basiese begrippe. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Klasaantekeninge).
- BRANCH, R.C., GOODWIN, Y. & GUALTIERI, J. 1993. Making classroom instruction culturally pluralistic. *The educational forum*, 58(1):57-65, Fall.
- BRERETON, M.L. 1995. Communication in nursing: the theory-practice relationship. *Journal of advanced nursing*, 21(2):314-324, Feb.
- BRINK, H.I.L. 1989. Registered nurse tutors' perception of their role. *Curationis*, 12(1 & 2):14-17, Jun./Jul.

- BURNARD, P. & MORRISON, P. 1992. Students' and lecturers' preferred teaching strategies. *International journal of nursing studies*, 29(4):345-353, Nov.
- CARPENITO, L.J. & DUESPOHL, T.A. 1985. A guide for effective clinical instruction. Second edition. Rockville : Aspen.
- CASTLEDINE, G. 1993. New BJN initiative to close the theory/practice gap. *British journal of nursing*, 2(9):478, May.
- CLAASSEN, C. 1989. Selfkiewe leer vir studentverpleegkundiges. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Verhandeling-M.Cur.).
- CLIFFORD, C. 1993. The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom. *Journal of advanced nursing*, 18(2):281-289, Feb.
- COETZEE, H., VAN AARDT, S. & VENTER, A. 1985. Kliniese onderrig: dis makliker as wat u dink! *Curationis*, 8(2):30-32, Jun.
- COWMAN, S. 1995. The teaching/learning preferences of student nurses in the Republic of Ireland: background issues in a study. *International journal of nursing studies*, 32(2):126-136, Apr.
- CROTTY, M. 1993. Clinical role activities of nurse teachers in Project 2000 programmes. *Journal of advanced nursing*, 18(3):460-464, Mar.
- CROUS, J.S. 1987. Leergeleenthede vir die opleiding van studentverpleegkundiges in die kardio-toraks chirurgiese afdeling. *Curationis*, 10(1):1-5, Mrt.

- DALE, A.E. 1994. The theory-theory gap: the challenge for nurse teachers. *Journal of advanced nursing*, 20(3):521-524, Sep.
- DE TORNYAY, R. & THOMPSON, M. A. 1987. Strategies for teaching nursing. Third edition. New York : Wiley.
- DOBSON, S.M. 1991. Transcultural nursing. London : Scutari.
- DUXBURY, J. 1995 Walking into a war zone. *Nursing times*, 91(27):59-61, Jul.
- ELKAN, R., HILLMAN, R. & ROBINSON, J. 1994. Project 2000 and the replacement of the traditional student workforce. *International journal of nursing studies*, 31(5):413-420, Oct.
- GERRISH, C.A. 1990. An analysis of the educational role of the ward sister (implications for nurse educators). *Nurse education today*, 10(3):198-205, Jun.
- GMEINER, A.C. 1992. 'n Model vir die bevordering van die geestesgesondheid van onafhanklike sakemanne. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Proefskrif-D.Cur.).
- GOLDENBERG, D. 1987/1988. Preceptorship: a one to one relationship with a triple "P" rating (preceptor, preceptee, patient). *Nursing forum*, 23(1):10-15.
- GOODCHILD-BROWN, B. 1986. Accompaniment of students by nurse teachers - a brief didactic study. *Curationis*, 9(2):5-9.
- GREEFF, M. 1991. 'n Model vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding van die pasiënt met geestesongemak. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Proefskrif-D.Cur.).

GROSS, J.W., AYSSE, P. & TRACEY, P. 1993. A creative clinical education model: three views. *Nursing outlook*, 41(4):156-159, Jul./Aug.

GWELE. N.S. 1994. Student status: a position paper. *Curationis*, 17(3):57-61, Aug.

GWELE. N.S. & UYS, L.R. 1995. Views of leading nurse educators regarding the comprehensive basic nursing program. *Curationis*, 18(1):5-10, Mar.

HAT

Kyk

ODENDAL, F.F., *red.*

HERBST, M.C. 1990. Transcultural nursing. *Nursing RSA Verpleging*, 5(9):20-23, Sep.

HINCHLIFF, S.M. 1986. Teaching clinical nursing. New York : Churchill Livingstone.

HOOPER, A. 1987. In praise of decentralisation. *Nursing times*, 83(41):660-62, Oct.

JOHNSON, D.W. 1981. Reaching out. Interpersonal effectiveness and self-actualization. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

KERLINGER, N. F. 1986. Foundations of behaviour research. New York : Holt, Rinehart & Winston.

- KIRKPATRICK, H., BYRNE, C., MARTIN, M.-L. & ROTH, M.L. 1991. A collaborative model for the clinical education of baccalaureate nursing students. *Journal of advanced nursing*, 16(1):101-107, Jan.
- KNOWLES, M. 1973. *The adult learner: a neglected species*. Houston : Gulf.
- KOTZÉ, W.J. 1979. *Begeleiding in die verpleegkunde*. Pretoria : Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.
- KOTZÉ, W.J. 1987. Professionele status: verwerwing of vererwing? *Nursing RSA Verpleging*, 2(10):31-33, Okt.
- KREFTING, L. 1991. Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *The American journal of occupational therapy*, 45(3):214-222, Mar.
- KRUEGER, R.A. 1994. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Second edition. London : Sage.
- KRÜGER, R.A. 1980. *Beginsels en kriteria vir kurrikulumontwerp*. Pretoria : HAUM.
- LEES, A., MULLER, M. & VAN HUYSSTEEN, M.C. 1992. Die bydrae van eenheidsbestuurders in die opleiding van studentverpleegkundiges. *Curationis*, 15(1):8-11, Apr.
- LEWIS, T. 1990. The hospital ward sister: professional gatekeeper. *Journal of advanced nursing*, 15(7):808-818, Jul.
- LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.G. 1985. *Naturalistic inquiry*. London : Sage.

LOUDON, H. 1984. Trends in nursing in South Africa and their implications for nursing education. *Curationis*, 7(2):8-11, Jun.

MAKHATHINI, J.T. 1992. The problem solving process with special application to the clinical setting. *Curationis*, 15(2):24-26, Jun.

MANGAN, P. 1993. Who should teach nurses? *Nursing times*, 89(33):38-39, Aug.

MARROW, C.E. & TATUM, S. 1994. Student supervision: myth or reality? *Journal of advanced nursing*, 19(6):1247-1255, Jun.

MARSON, S.N. 1982. Ward sister - teacher or facilitator? An investigation into behavioural characteristics of effective ward teachers. *Journal of advanced nursing*, 7(4):347-357, Jul.

McCABE, B.W. 1985. The improvement of instruction in the clinical area: a challenge waiting to be met. *Journal of nursing education*, 24(6):255-257, Jun.

McCAUGHERTY, D. 1991. The theory-practice gap in nurse education: it's causes and possible solutions. *Journal of advanced nursing*, 16(9):1055-1061, Sep.

McDONALD, G.F. 1987. The simulated clinical laboratory. *Nursing outlook*, 35(6):290-292, Nov/Dec.

MELLISH, J.M. 1977. Nursing education today. *S. A. Verplegingstydskrif*:6-8, Dec.

- MELLISH, J.M. 1983. Eenheidsonderrig en -administrasie vir verpleegkundiges. Durban : Butterworths.
- MELLISH, J.M. 1986. Teaching the practice of nursing. Second edition. Durban : Butterworths.
- MELLISH, J.M. & BRINK, H. 1990. Teaching the practice of nursing. A text in nursing didactics. Third edition. Durban : Butterworths.
- MORGAN, S.A. 1991. Teaching activities of clinical instructors during direct client care period: a qualitative investigation. *Journal of advanced nursing*, 16(10):1238-1246, Oct.
- MORSE, J.M. 1994. Critical issues in qualitative research methods. Thousand Oaks : Sage.
- MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1992. Basiese begrippe: metodologie van die geesteswetenskappe. Pretoria : RGN.
- MULDER, M. 1990. 'n Ondersoek na kliniese evaluering in Verpleegkunde aan Suid-Afrikaanse Universiteite. Bloemfontein : Universiteit van die Oranje-Vrystaat. (Proefskrif-D.Soc.Sc.).
- MULLER, M. 1989. Die skep van 'n optimale leeromgewing. *Nursing RSA Verpleging*, 4(2):21-25, Feb.
- MYRICK, F. & BARRET, C. 1994. Selecting clinical preceptors for basic baccalaureate nursing students: a critical issue in clinical teaching. *Journal of advanced nursing*, 19(1):194-198, Jan.

NAIL, F.C. & SINGLETON, E.K. 1983. Providing experiences for the student nurses: perspectives for cooperating hospitals. *The journal of nursing administration*, 13(7-8):20-2, Jul/Aug.

NGB

Kyk

NASIONALE GESONDHEIDSBELEIDSRAAD. 1983. Beleidsbesluite wat die Nasionale Gesondheidsbeleidsraad (NGB) op sy vergadering van 26 Augustus 1982 geneem het insake die stelsel van verpleegonderwys in Suid-Afrika (besluit NGB 45/82). *Curationis*, 6(1):10, Mrt.

O'CONNOR, H. 1993. Bridging the gap? *Nursing times*, 89(32):63-66, Aug.

OGIER, M.E. 1989. Breaking through the "Darleck Syndrome". *Nurse education today*, 9(5):341-346, Oct.

OKUN, B.F. 1982. *Effective Helping. Interviewing and counseling techniques. Second edition.* Monterey : Brookes/Cole.

OMERY, A. 1983. Phenomenology: a method for nursing research. *Advances in nursing science*, 5(2):49-63, Jan.

ORU

Kyk

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. Aug. 1990. vol. 1- narrative by criteria. Tulsa, Oklahoma:136-142.

- OWEN, S. 1993. Identifying a role for the nurse teacher in the clinical area. *Journal of advanced nursing*, 18(5):816-825, May.
- PATERSON, B. 1994. The view from within: perspectives of clinical teaching. *International journal of nursing studies*, 31(4):349-360, Aug.
- PAVERD, N.V. 1985. Ringing in the changes: the implications of the new regulations for the colleges. *Curationis*, 8(2):9-12, Jun.
- PINKNEY-ATKINSON, V.J. 1983. Nursing education as adult education. *Curationis*, 6(2):8-10, Jun.
- PISCOPO, B. 1994. Organizational climate, communication and role strain in clinical nursing faculty. *Journal of professional nursing*, 10(2):113-119, March/Apr.
- POTGIETER, M.E.C. 1980. Die onderrigtaak van die verpleegpraktisyn in die saalsituasie. *Curationis*, 3(2), Jun.
- QUINN, F.M. 1988. The principles and practice of nurse education. Second edition. London : Croom Helm.
- RAU  
Kyk
- RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT. Departement Verpleegkunde. 1992. Verplegings-teorie vir Mensheelheid. Johannesburg. (Ongepubliseer).
- REILLY, D.E. & OERMANN, M.H. 1985. The clinical field. It's use in nursing education. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.

RIESCH, S.K. 1987. Academic Clinician: a new role for nursing's future. *Nursing and health care*, 8(10):583-586, Dec.

RÖSCHER, I. & MÜLLER, O. 1983. Die nuwe verpleegonderwysstelsel: implikasies. *Curationis*, 6(1):13-17, Mrt.

S.A.

Kyk

SUID-AFRIKA

S.A.R.V.

Kyk

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING

SEARLE, C. 1980. The ward sister - some aspects of her role and function. *Curationis*, 3(2):4-9, Jun.

SUID-AFRIKA. 1978. Wet op Verpleging. No. 50 van 1978. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1987. Goewermentskennisgewing R118 van 1987. Regulasies betreffende die minimum vereistes vir registrasie van die addisionele kwalifikasie in verplegingsonderwys. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1988. Goewermentskennisgewing R425 van 1985 soos gewysig deur Goewermentskennisgewing R753 van 1988. Regulasie betreffende die goedkeuring van die minimum vereistes vir opleiding en onderrig van 'n Verpleegkundige

(Algemene, Psigiatryse en Gemeenskaps-) en Vroedvrou wat lei tot registrasie. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1992. Onderriggids vir die program wat lei tot registrasie as 'n Verpleegkundige (Algemene, Psigiatryse en Gemeenskaps-) en Vroedvrou. Pretoria.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1994. Minimum vereistes vir die opleiding en gids betreffende die onderrig van studente in die program wat lei tot registrasie as 'n Verpleegkundige (Algemene, Psigiatryse en Gemeenskaps-) en Vroedvrou. Pretoria.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1995. Terminologielys. Pretoria.

S.A.V.V

Kyk

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING. 1991. Standpunte-memorandum: etiese standaarde vir verpleegkundige navorsers. Pretoria.

TLAKULA, N.R.C. & UYS, L.R. 1993. Nursing students perception of clinical learning experiences as provided by the nursing staff in the wards. *Curationis*, 16(4):28-31, Dec.

TROSKIE, R. 1993. Critical evaluation of the newly qualified nurse's competency to practice. - Part I. *Curationis*, 16(3):50-55, Oct.

UYS, L.R. 1992. Dilemmas of clinical teaching. *Curationis*, 15(4):22-24, Dec.

VAN ASWEGEN, E.J. & BASSON, A.A. 1994. Kliniese evaluering en die OGKE. *Curationis*, 17(1):32-37, Feb.

VAN DER MERWE, E. 1995. Riglyne vir die skep van 'n kultuursensitiewe leerkonteks. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Verhandeling-M.Cur.).

VAN NIEKERK, E.C. 1993a. Riglyne vir teorie-praktyk korrelasie in die begeleiding van die studentverpleegkundige. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Verhandeling-M.Cur.).

VAN NIEKERK, S. 1989. Het sy tyd? *Nursing RSA Verpleging*, 4(4):16-18, Apr.

VAN NIEKERK, S.E. 1993b. Nagdiens - 'n waardevolle ervaring. *Nursing RSA Verpleging*, 8(4):22-23, Apr.

VAN NIEKERK, K. & VAN ASWEGEN, E. 1993. Implementing problem-based learning in nursing. *Nursing RSA Verpleging*, 8(5):37-41, May.

VAN TONDER, S. 1989. Nie-verpleegtake en die geregistreerde verpleegkundige. *Curationis*, 11(1):6-11, Mrt.

VEITCH, A. 1994. Do role models still exist among registered nurses? *Nursing News/Verpleegnuus*, 18(3):10, Mar.

VENTER, A.M. 1982. Evaluering van gesindheid in kliniese onderrig. *Curationis*, 5(1):49-52, Mrt.

WANNENBURG, I. & KOTZÉ, W.J. 1989. Formative clinical evaluation of first year students in fundamental nursing science. *Curationis*, 12(3 & 4):45-50, Dec.

WANNENBURG, I. & KOTZÉ, W.J. 1990. Formative and summative evaluation - part II. *Nursing RSA Verpleging*, 5(11 & 12):48-51, Nov./Dec.

WANNENBURG, I. & KOTZÉ, W.J. 1991. Formative clinical evaluation - quo vadis. *Nursing RSA Verpleging*, 6(5):26-29, May.

WARDLE, M.G. 1984. How does one get it all done? *Nurse educator*, 9(2):16-17, Summer.

WHITE, R. & EWAN, C. 1991. *Clinical teaching in nursing*. London : Chapman & Hall.

WILSON, H.S. 1989. *Research in Nursing*. Second edition. Redwood City: Addison Wesley.

WILSON, H.S. & KNIESL, C.R. 1992. *Psychiatric nursing*. Redwood City : Addison Wesley.

WILSON-BARNETT, J., BUTTERWORTH, T., WHITE, E., TWINN, S., DAVIES, S. & RILEY, L. 1995. Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of advanced nursing*, 21(6):1152-1158, Jun.

WOODROW, P. 1994. Mentorship: perceptions and pitfalls for nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 19(4):812-818, Apr.

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

# BYLAAG 1

## BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN, EN TOESTEMMING GEGEE DEUR DIE DEELNEMERS VIR DIE UITVOERING VAN DIE NAVORSING

Geagte \_\_\_\_\_

### **Navorsingsprojek: Kliniese begeleiding.**

Baie dankie dat u ingestem het om deel te neem aan hierdie navorsingsprojek. U is egter weer onderworpe aan 'n verdere ewekansige seleksie tot deelname. Hier volg 'n kort uiteensetting wat betrekking het op u moontlike deelname in die projek.

Die doel van die fokusgroep is, om ondersoek in te stel na die belewenis van die verpleegkundiges in hierdie groep ten opsigte van:

- hul eie betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges; en
- die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges.

Kennis van hierdie belewenis van die verpleegkundiges ten opsigte van die deelname van die kliniese begeleidingspan aan die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, tydens laasgenoemde se blootstelling in die praktykarea ten einde praktykervaring op te doen, sal bydra tot die stel van riglyne vir die fasilitering van die studentverpleegkundige se strewe om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer.

Die fokusgroep waarin u moontlik gaan deelneem, sal saamgestel word uit agt verpleegkundiges, wat ewekansig gekies word vanaf die lys van vrywilligers, waarvan u een is. Indien u op hierdie wyse gekies word sal die navorser u persoonlik kontak om finale reëlings te tref.

Die fokusgroep word gehou op Maandag 15 Mei 1995 en sal ongeveer een en 'n half uur duur. Vervoer sal deur die navorser verskaf word. Nadat die data verwerk is, sal die navorser weer die groep vir ongeveer 30 minute bymekaar kry om die gevolgtrekkings met u te deel en te

kontroleer. Hierdie kontrole vind ongeveer vier weke ná die eerste groep plaas en sal dus ongeveer op **12 Junie 1995** plaasvind. Die resultate van hierdie navorsing sal na voltooiing gratis aan u beskikbaar gestel word.

Die groep word gelei deur 'n onafhanklike navorser en geassisteer deur 'n onafhanklike verpleegkundige. Nie een het belang of is betrokke by die navorsingsprojek of by u werkgewersinstansie nie. Alhoewel 'n klankopname van die groepgesprek, ter wille van dataverwerking, gemaak word, is alle data hoogs konfidensieel, deurdat geen naam in die transkripsie, wat van die klankopname gemaak word, aan 'n stem gekoppel kan word nie. U deelname is verder ook te alle tye anoniem, aangesien u naam nie in enige publikasie of in die navorsingsverslag bekend gemaak sal word nie.

Die taalmedium waarin die groep gehou sal word, is beide Afrikaans en Engels, met die keuse van die taal waarin u die gemaklikste kommunikeer.

Ek wil hiermee my opregte waardering uitspreek vir u waardevolle deelname en wil u verseker dat u deelname onontbeerlik is vir die sukses van hierdie projek. Sal u asseblief so vriendelik wees om die afskeurstrook te voltooi ten einde u vrywillige deelname aan hierdie navorsingsprojek te bevestig?

Die Uwe,

---

Mev. E. du Plessis

(Navorsers)

---

Prof. M. Greeff

(Studieleier)

Hiermee bevestig ek \_\_\_\_\_ my vrywillige deelname aan bogenoemde navorsingsprojek **op 15 Mei 1995** en weer op **ongeveer 12 Junie 1995** per afspraak.

\_\_\_\_\_  
Handtekening

\_\_\_\_\_  
Datum

# BYLAAG 2

## TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER VAN HOSPITAAL B

Geagte \_\_\_\_\_

### BEKENDSTELLING VAN EN TOESTEMMING TOT NAVORSING TER VERVULLING VAN DIE M.A.(VERPLEEGKUNDE)-GRAAD

Ek is tans vir die M.A.(Verpleegkunde)-graad aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys geregistreer en beoog om navorsing te doen oor die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan.

#### Die doel van hierdie navorsing is:

- 1) om ondersoek in te stel na die belewenis van alle range eenheidsverpleegkundiges in die algemene sale van hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie waar studentverpleegkundiges blootgestel word aan praktykervaring, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;
- 2) om ondersoek in te stel na die belewenis van die dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer en verantwoordelik is vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges wat in die genoemde praktykarea blootgestel word aan praktykervaring, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die eenheidsverpleegkundiges by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;

- 3) om aan die hand van die bevindinge, riglyne te stel waardeur alle lede van die kliniese begeleidingspan ingesluit word, om betrokke te wees by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, sodat die strewe van die studentverpleegkundige om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer, deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word.

Ek vertrou dat hierdie navorsing sal bydra om dié doel te verwesenlik.

Data-insameling sal gedoen word deur fokusgroepe, waar ongeveer agt eenheidsverpleegkundiges en ongeveer agt dosente in Algemene Verpleegkunde deelneem in die onderskeie groepe en gelei word deur 'n professionele onderhoudvoerder vanaf 'n buite-instansie. Seleksiekriteria word vir beide groepe gestel. Die seleksiekriteria vir die groepe waarin die **eenheidsverpleegkundiges, vanuit die algemene sale in hospitale in die Wesvaalstreek** deelneem, is soos volg:

#### **Algemeen insluitende seleksiekriteria**

Deelnemers is:

- geregistreerde verpleegkundiges ('n geregistreerde verpleegkundige is 'n verpleegpraktisyn behorende tot die professionele, geregistreerde verpleegmag en verwys na die persoon wat as verpleegkundige kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging No.50 van 1978 geregistreer is en wat dan die beroep ten opsigte waarvoor sy om registrasie aansoek gedoen het, in die Republiek beoefen, behoudens die bepalinge van hierdie wet en enige ander wetsbepalinge (Kotzé, 1979:295; S.A., 1978:918).);
- ongeag kultuurgroep aanvaarbaar;
- in staat om die heersende spreektaal van die betrokke instansie te gebruik;
- bereid om skriftelik, ingeligte toestemming te gee tot deelname in die navorsing;
- bereid dat die bespreking tydens die fokusgroep op klankband opgeneem word;
- bereid om vir die duur (ongeveer een en 'n half uur) van die fokusgroep beskikbaar te wees om deel te neem;
- ook bereid om vir die verifiëringsgroep na afloop van die data-analise (ná verloop van ongeveer drie weke) beskikbaar te wees.

**Die spesifieke kriteria ten opsigte van die eenheidsverpleegkundiges is soos volg:**

Deelnemers:

- is vir minstens een jaar werksaam in die algemene sale van hierdie hospitaal;

- verteenwoordig alle range geregistreerde verpleegkundiges;
- is reeds vir 'n tydperk van minstens een jaar in direkte kontak met studentverpleegkundiges tydens blootstelling in die algemene praktykarea in hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie.

Die fokusgroep sal gehou word in 'n lokaal in Klerksdorp hospitaal en sal ongeveer twee ure duur. Na 'n tydverloop van ongeveer vier weke, na afloop van die data-analise, sal 'n tweede groep met dieselfde eenheidsverpleegkundiges gehou word op dieselfde plek, vir ongeveer een uur. Die doel van die tweede groep is om die rekonstruksie van die data te verifieer en aan te vul indien nodig.

Die identiteit van die instansie en deelnemers in die fokusgroep sal nie tydens die navorsing of met publikasie bekend gemaak word nie.

Indien u u weg oopsien om goedkeuring te verleen tot deelname aan hierdie navorsing deur die betrokke eenheidsverpleegkundiges, sal ek dit waardeer indien u agt eenheidsverpleegkundiges wat aan die gestelde kriteria voldoen beskikbaar sal stel om in die fokusgroepe deel te neem binne die eerste twee weke van Mei 1995. Die deelname deur hierdie eenheidsverpleegkundiges is vrywillig en sal deur 'n toestemmingsbrief wat aan elkeen gestuur sal word, bevestig word.

Sal u so vriendelik wees om my in die laaste week van April van u besluit te verwittig, sodat finale reëlins met hierdie deelnemers getref kan word? Indien u verdere inligting verlang ten opsigte van hierdie navorsing, kan u my te enige tyd skakel.

Die uwe

---

Mev E du Plessis

(Hons.-B. Soc. Sc. (Verpleegkunde); B. A. (Verpleegkunde))

---

Prof. M. Greeff

(Studieleier)

# BYLAAG 3

## TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER VAN HOSPITALE A EN C

Dear \_\_\_\_\_

### INTRODUCTION TO AND PERMISSION FOR RESEARCH TO OBTAIN THE M.A. (NURSING)-DEGREE

I am at present registered for the M.A. (Nursing) degree at the Potchefstroom University for Christian Higher Education and intend doing research into clinical accompaniment of student nurses by the clinical accompaniment team.

The aim of this research is:

- 1) to investigate the view of all the ranks of the professional nursing staff in all the general wards of hospitals in the Westvaal region of the North West Province where student nurses are exposed to nursing experience in relation to:
  - their own involvement in clinical accompaniment of student nurses and
  - the involvement of university and college lecturers in the clinical accompaniment of student nurses;
- 2) to investigate the view of university and college lecturers who are responsible for the clinical accompaniment of the student nurses who are exposed to nursing experience in the above mentioned area in relation to:
  - their own involvement in the clinical accompaniment of the student nurses and
  - the involvement of the professional nurses in the clinical accompaniment of student nurses;

3) to lay down guidelines supported by this research by which all members of the clinical accompaniment team will become involved in the clinical accompaniment of the student nurse and thereby facilitate her quest to become an independent professional practitioner who renders nursing of a high standard.

I trust that this research will contribute to the realization of the above mentioned aim.

Data collection will be done by means of focus groups. These groups will respectively be compiled by approximately eight professional nurses and eight lecturers in General Nursing Science, under the guidance of a professional facilitator from an external institution. Selection criteria are set for the various groups. The **selection criteria** for the group compiled by the **professional nurses in the general wards** of hospitals in the Westvaal region are as follows:

- Participants must be registered nurses.
- They should already have had direct contact, for at least one year, with student nurses being exposed to nursing experience.
- All ranks of professional nurses should be represented.
- All cultural groups should be represented.
- Participants must be capable to use the current language medium.
- They must give informed consent to participate in the research.
- They must give consent for the tape recording of the focus group discussion.
- They must be available for the duration (approximately one and a half hours) of the focus group.
- They must also be available to attend the second group.

The venue of the focus groups will be at the Klerksdorp Hospital and the duration will be approximately two hours. Within four weeks, after completion of the data analysis, a second group, made up of the same professional nurses will be held at the same venue for approximately two hours. The purpose of the second group is to verify and amend the analysed data.

The identity of the institution and the participants in the focus groups will not be made public during the research or in the publication of the results.

Should participation in these focus groups by the professional nurses in your hospital meet your approval, it will be highly appreciated if eight professional nurses who meet the criteria, could be

made available by you for participation in the focus groups during the first two weeks of May 1995. Participation by these professional nurses is voluntary and will be confirmed by them through a letter of consent.

Kindly advise me of your decision by the last week of April 1995 to enable me to make the necessary arrangements.

Should you require any further information concerning this research, please don't hesitate to contact me.

Yours truly

---

Ms. E. du Plessis

(Hons.-B. Soc. Sc. (Nursing); B. A. (Nursing))

---

Prof. M. Greeff

(Supervisor)

# BYLAAG 4

## TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE PRINSIPAAL VAN DIE VERPLEGINGSKOLLEGE

Geagte \_\_\_\_\_

### BEKENDSTELLING VAN EN TOESTEMMING TOT NAVORSING TER VERVULLING VAN DIE M.A.(VERPLEEGKUNDE)-GRAAD

Ek is tans vir die M.A.(Verpleegkunde)-graad aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys geregistreer en beoog om navorsing te doen oor die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan.

Die doel van hierdie navorsing is:

- 1) om ondersoek in te stel na die belewenis van alle range eenheidsverpleegkundiges in die algemene sale van hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie waar studentverpleegkundiges blootgestel word aan praktykervaring, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;
- 2) om ondersoek in te stel na die belewenis van die dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer en verantwoordelik is vir die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundiges wat in die genoemde praktykarea blootgestel word aan praktykervaring, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die eenheidsverpleegkundiges by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;

3) om aan die hand van die bevindinge, riglyne te stel waardeur alle lede van die kliniese begeleidingspan ingesluit word, om betrokke te wees by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, sodat die strewe van die studentverpleegkundige om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer, deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word.

Ek vertrou dat hierdie navorsing sal bydra om dié doel te verwesenlik.

Data-insameling sal gedoen word deur fokusgroepe, waar ongeveer agt eenheidsverpleegkundiges en ongeveer agt dosente in Algemene Verpleegkunde deelneem in die onderskeie groepe en gelei word deur 'n professionele onderhoudvoerder vanaf 'n buite-instansie. Seleksiekriteria word vir beide groepe gestel. Die seleksiekriteria vir die groep waarin die dosente in Algemene Verpleegkunde van die verplegingskollege en die universiteit deelneem, is soos volg:

#### **Algemeen insluitende seleksiekriteria**

Deelnemers is:

- geregistreerde verpleegkundiges ('n geregistreerde verpleegkundige is 'n verpleegpraktisyn behorende tot die professionele, geregistreerde verpleegmag en verwys na die persoon wat as verpleegkundige kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging No.50 van 1978 geregistreer is en wat dan die beroep ten opsigte waarvoor sy om registrasie aansoek gedoen het, in die Republiek beoefen, behoudens die bepalings van hierdie wet en enige ander wetsbepalings (Kotzé, 1979:295; S.A., 1978:918).);
- ongeag kultuurgroep aanvaarbaar;
- in staat om die heersende spreektaal van die betrokke instansie te gebruik;
- bereid om skriftelik, ingeligte toestemming te gee tot deelname in die navorsing;
- bereid dat die bespreking tydens die fokusgroep op klankband opgeneem word;
- bereid om vir die duur (ongeveer een en 'n half uur) van die fokusgroep beskikbaar te wees om deel te neem;
- ook bereid om vir die verifiëringsgroep na afloop van die data-analise (ná verloop van ongeveer drie weke) beskikbaar te wees.

## Die spesifieke kriteria vir dosente is soos volg:

Deelnemers is:

- dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer ('n dosent is 'n verpleegkundige met onderwyskundigheid en -vaardigheid vir die hantering van andragogiese onderwysituasies en wat in besit is van 'n sertifikaat van registrasie van die addisionele kwalifikasie in verplegingsonderwys wat deur die registrateur uitgereik is (Goewermentskennisgewing R118 van 1987).;
- verantwoordelik vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea;
- kliniese dosente wat geregistreerde verpleegkundiges is, verkieslik ook geregistreerde dosente en indien nie geregistreerde dosente nie, wel geregistreerde verpleegkundiges wat 'n toepaslike program van indiensopleiding met spesifieke klem op begeleiding en evaluering van studentverpleegkundiges deurloop het (S.A.R.V., 1992:22).

Die fokusgroep sal gehou word in 'n lokaal in Klerksdorp hospitaal en sal ongeveer twee ure duur. Na 'n tydverloop van ongeveer vier weke, na afloop van die data-analise, sal 'n tweede groep met dieselfde dosente gehou word op dieselfde plek, vir ongeveer een uur. Die doel van die tweede groep is om die ge-analiseerde data te verifieer en aan te vul.

Die identiteit van die instansie en deelnemers in die fokusgroep sal nie tydens die navorsing of met publikasie bekend gemaak word nie.

Indien u u weg oopsien om goedkeuring te verleen tot deelname aan hierdie navorsing deur die betrokke dosente, sal ek dit waardeer indien u ses dosente wat aan die gestelde kriteria voldoen, beskikbaar sal stel om in die fokusgroepe deel te neem binne die eerste twee weke van Mei 1995. Die deelname deur hierdie dosente is vrywillig en sal deur 'n toestemmingsbrief wat aan elkeen gestuur sal word, bevestig word.

Sal u so vriendelik wees om my in die laaste week van April van u besluit te verwittig, sodat finale reëlings met hierdie deelnemers getref kan word?

Indien u verdere inligting verlang ten opsigte van hierdie navorsing, kan u my te enige tyd skakel.

Die uwe

---

Mev. E. du Plessis (Hons.-B. Soc. Sc.. (Verpleegkunde); B.A. (Verpleegkunde))

---

Prof. M. Greeff

(Studieleier)

# BYLAAG 5

## TOESTEMMINGSBRIEF EN BEKENDSTELLING VAN DIE NAVORSING AAN DIE DEPARTEMENTSHOOF VAN DIE DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE VAN DIE UNIVERSITEIT

Geagte \_\_\_\_\_

### BEKENDSTELLING VAN EN TOESTEMMING TOT NAVORSING TER VERVULLING VAN DIE M.A.(VERPLEEGKUNDE)-GRAAD

Ek is tans vir die M.A.(Verpleegkunde)-graad aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys geregistreer en beoog om navorsing te doen oor die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan.

Die doel van hierdie navorsing is:

- 1) om ondersoek in te stel na die belewenis van alle range eenheidsverpleegkundiges in die algemene sale van hospitale in die Wesvaalstreek van die Noordwesprovinsie waar studentverpleegkundiges blootgestel word aan praktykervaring, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die dosente by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;
- 2) om ondersoek in te stel na die belewenis van die dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer en verantwoordelik is vir die kliniese begeleiding van die student-verpleegkundiges wat in die genoemde praktykarea blootgestel word aan prak-tykervaring, ten opsigte van:
  - hul eie betrokkenheid by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges, en
  - die betrokkenheid van die eenheidsverpleegkundiges by die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges;

3) om aan die hand van die bevindinge, riglyne te stel waardeur alle lede van die kliniese begeleidingspan ingesluit word, om betrokke te wees by die kliniese begeleiding van die studentverpleegkundige, sodat die strewe van die studentverpleegkundige om 'n selfstandige professionele praktisyn te word wat hoë gehalte verpleging lewer, deur die kliniese begeleiers gefasiliteer word.

Ek vertrou dat hierdie navorsing sal bydra om dié doel te verwesenlik.

Data-insameling sal gedoen word deur fokusgroepe, waar ongeveer agt eenheidsverpleegkundiges en ongeveer agt dosente in Algemene Verpleegkunde deelneem in die onderskeie groepe en gelei word deur 'n professionele onderhoudvoerder vanaf 'n buite-instansie. Seleksiekriteria word vir beide groepe gestel. Die seleksiekriteria vir die groep waarin die dosente in Algemene Verpleegkunde van die verplegingskollege en die universiteit deelneem, is soos volg:

#### **Algemeen insluitende seleksiekriteria**

Deelnemers is:

- geregistreerde verpleegkundiges ('n geregistreerde verpleegkundige is 'n verpleegpraktisyn behorende tot die professionele, geregistreerde verpleegmag en verwys na die persoon wat as verpleegkundige kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging No.50 van 1978 geregistreer is en wat dan die beroep ten opsigte waarvoor sy om registrasie aansoek gedoen het, in die Republiek beoefen, behoudens die bepalings van hierdie wet en enige ander wetsbepalings (Kotzé, 1979:295; S.A., 1978:918).);
- ongeag kultuurgroep aanvaarbaar;
- in staat om die heersende spreektaal van die betrokke instansie te gebruik;
- bereid om skriftelik, ingeligte toestemming te gee tot deelname in die navorsing;
- bereid dat die bespreking tydens die fokusgroep op klankband opgeneem word;
- bereid om vir die duur (ongeveer een en 'n half uur) van die fokusgroep beskikbaar te wees om deel te neem;
- ook bereid om vir die verifiëringsgroep na afloop van die data-analise (ná verloop van ongeveer drie weke) beskikbaar te wees.

## **Die spesifieke kriteria vir dosente is soos volg:**

Deelnemers is:

- dosente wat Algemene Verpleegkunde doseer ('n dosent is 'n verpleegkundige met onderwyskundigheid en -vaardigheid vir die hantering van andragogiese onderwys-situasies en wat in besit is van 'n sertifikaat van registrasie van die addisionele kwalifikasie in verplegingsonderwys wat deur die registrateur uitgereik is (Goewermentskennisgewing R118 van 1987).);
- verantwoordelik vir die kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges in die algemene praktykarea;
- kliniese dosente wat geregistreerde verpleegkundiges is, verkieslik ook geregistreerde dosente en indien nie geregistreerde dosente nie, wel geregistreerde verpleegkundiges wat 'n toepaslike program van indiensopleiding met spesifieke klem op begeleiding en evaluering van studentverpleegkundiges deurloop het (S.A.R.V., 1992:22).

Die fokusgroep sal gehou word in 'n lokaal in Klerksdorp hospitaal en sal ongeveer twee ure duur. Na 'n tydverloop van ongeveer vier weke, na afloop van die data-analise, sal 'n tweede groep met dieselfde dosente gehou word op dieselfde plek, vir ongeveer een uur. Die doel van die tweede groep is om ge-analiseerde data te verifieer en aan te vul.

Die identiteit van die instansie en deelnemers in die fokusgroep sal nie tydens die navorsing of met publikasie bekend gemaak word nie.

Indien u u weg oopsien om goedkeuring te verleen tot deelname aan hierdie navorsing deur die betrokke dosente, sal ek dit waardeer indien u die twee dosente, buiten myself, wat aan die gestelde kriteria voldoen, beskikbaar sal stel om op 15 Mei 1995 aan die fokusgroep deel te neem. Die ander ses dosente wat aan hierdie groep deelneem, is van die verplegingskollege. Die deelname deur hierdie dosente is vrywillig en sal deur 'n toestemmingsbrief wat aan elkeen gestuur sal word, bevestig word.

Sal u so vriendelik wees om my teen die laaste week in April van u besluit te verwittig, sodat finale reëlins met hierdie deelnemers getref kan word?

Indien u verdere inligting verlang ten opsigte van hierdie navorsing, kan u my te enige tyd by skakel.

Die uwe

---

Mev. E. du Plessis

(Hons.-B. Soc. Sc.. (Verpleegkunde); B.A. (Verpleegkunde))

# BYLAAG 6

## ANTWOORD OP DIE VERSOEK OM TOESTEMMING VIR NAVORSING VANAF DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER VAN HOSPITAAL C

*NOORDWES PROVINSIE/NORTH WEST PROVINCE*

*DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN ONTWIKKELING MAATSKAPLIKE DIENSTE*

*DEPARTMENT OF HEALTH AND DEVELOPMENTAL SOCIAL SERVICES*

Potchefstroom University

Private Bag X6001

POTCHEFSTROOM

2520

ATTENTION: Ms E. du Plessis

Dear Madam

We have so many problems regarding staff particularly for this month of April. We are working with a minimal number of personnel as most people are on leave overlapping into the May month.

We regret that your request is difficult to grant particularly that you want voluntary registered nurses.

People here very often do not want to get involved unless they use hospital time even then they complain because of the shortage of registered nurse in the service right now. We even have to use of 4th year student nurses to cover certain wards.

Yours faithfully

# BYLAAG 7

## VELDNOTAS SOOS AFGENEEM TYDENS DIE FOKUSGROEPE

### VELDNOTAS VAN GROEP 1: EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES VAN HOSPITAAL A

- Die groep kom aanvanklik effens gespanne voor.
- Groeplede maak beurte, min spontaneïteit.
- Soek redes en maak voorstelle eerder as om huidige belewenis te beskryf.
- Verpleegkundiges verleë - word vasgevra en veral ouer verpleegkundiges is oningelig oor nuwe tegnieke.
- Klassieke groepproses - begin ekstern.
- Een groeplid beskerm dosente en moraliseer oor "ons Christelike beginsels".
- Onderskeid tussen graad- en diplomakursus.
- Meer ontspanne aan die einde van die onderhoud. Begin gelyk praat en kommunikeer met mekaar, waar aanvanklik van beurte gebruik gemaak is.
- Vermy konflik, hoewel almal hul menings gee en dit drasties verskil.
- Antwoorde baie kognitief, min gevoelens.
- Baie klem op individue. Soms verdedigende houdings oor "my" rol in begeleiding.
- Praat van studente as "kinders" (transaksionele analise).
- Maak min van voorbeelde gebruik.
- Die verpleegdiensbestuur kom nêrens ter sprake nie.

## **VELDNOTAS VAN GROEP 2: EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES VAN HOSPITAAL B**

- Eerste deelnemer spreek onmiddellik gevoelens in intense graad uit.
- Begin met gevoelens (hele groep) en fokus dan op redes vir die probleem (probleemoplossend).
- Onderskeid tussen diploma en B.Cur. (ons vs. julle).
- Groep stem redelik saam met mekaar.
- Goeie voorbeelde deurlopend genoem.
- Verskil tussen groep van Hospitaal A en Hospitaal B se houdings word deur beide die groepfasiliteerder en die assistent bevestig.
- Praat van studente as "kinders".

## **VELDNOTAS VAN GROEP 3: DOSENTE VAN DIE UNIVERSITEIT EN VERPLEGINGSKOLLEGE.**

- Begin onmiddellik met 'n analise van wat tans gebeur en tree verdedigend op.
- Al die kollegedosente praat eers en daarna die universiteitsdosente (ons vs. julle).
- Praat van studente as "kinders" (transaksionele analise).
- Argumentatiewe groeplid sit op hoogste stoel. Een groeplid kom effens belangeloos voor en twee groeplede waarvan die een 'n vredemaker is en 'n paairol speel is redelik stil.
- Groeplede het verskillende agendas - konflik tussen die dosente.
- Weerspreek hulself soms.
- Raak teoreties in reaksie op konflik.
- Voel gekritiseer, maar lewer self ook baie kritiek.

# BYLAAG 8

## WERKPROTOKOL

Geagte Kollega,

Volg asseblief die volgende stappe in die analise van die getranskribeerde fokusgroepe.

- Die universum wat vir hierdie navorsing geïdentifiseer word, sluit al die verbale response in wat respondente gegee het na aanleiding van die sentrale vraag wat gevra is.
- Lees die transkripsies van ál die groepe eers deur om 'n begrip van die geheel te kry.
- Lees daarna die transkripsies van die groepe een vir een weer as geheel en begin dan met die analise.
- *Woorde en temas* is die eenhede van analise vir hierdie navorsing.
- U moet die oortollighede in die eenhede elimineer en gebruik maak van uitklaring en uitbreiding van agtergeblewe eenhede deur die eenhede met mekaar te vergelyk en dit dan met die geheel te vergelyk.
- Kategorieë en subkategorieë word volgens die operasionele definisies van die konsepte van die Verplegingsteorie vir Mensheehheid (RAU, 1992:23-28), gedefinieer. Vergelyk operasionele definisies wat by hierdie skrywe ingesluit is.
- U moet nou die data in konkrete taal vanaf die transkripsies na die geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë oordra. Vergelyk die aangehegte tabel.
- Hierdie konkrete taal word vervolgens, steeds binne die kategorieë en subkategorieë, na wetenskaplike taal omskryf.

# OPERASIONELE DEFINISIES VANUIT DIE VERPLEGINGSTEORIE VIR MENSHEELHEID

## INTERNE OMGEWING

Die interne omgewing van die individu sluit die totaliteit van prosesse in wat plaasvind in die liggaam en is liggaamlik, psigies en geestelik van aard (RAU, 1992:23).

### 1. Liggaam

Hierdie konsep sluit alle anatomiese strukture en fisiologiese (biologiese) prosesse van die liggaam in (RAU, 1992:23). Die liggaamlike belewenisse verwys dus na die belewenisse wat betrekking het op die liggaam.

### 2. Psige

Die konsep "psige" verwys na die draer van alle belewenis en gedrag in die individu. Dit sluit alle **emosionele, intellektuele en wilsprosesse** in (RAU, 1992:24).

#### \* *Emosie*

Emosie verwys na die instrument van die individu se voorkeure en afkeure. Emosie is 'n komplekse toestand wat ingedeel kan word in affeksie, begeerte en gevoel (RAU, 1992:24).

#### \* *Intellek*

Hierdie konsep verwys na die kapasiteit vir en kwaliteit van psigiese prosesse van dink, assosiasie, analisering, oordeel en begrip waartoe die individu in staat is (RAU, 1992:24).

#### \* *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 wil sê besluitneming sonder eksterne druk (RAU, 1992:25).

### 3. Gees

"Gees" verwys na daardie deel van die individu wat geskep is om in verhouding met God te staan. Die menslike gees is saamgestel deur drie verwante dele wat op 'n gekoördineerde wyse funksioneer: gewete, intuïsie en gemeenskap. *Gewete* is daardie

deel van die menslike gees wat reg van verkeerd onderskei. *Intuisie* is die gevoelsgedeelte van die gees - dit impliseer direkte kennis onafhanklik van eksterne invloed. *Gemeenskap* verwys na die individu se aanbidding van God en God se kommunikasie met die individu. Gemeenskap in hierdie instansie kan ook verwys na die individu se keuse van sy god. Interne geestelike belewenisse sluit morele en religieuse invloede op gedrag in soos gereflekteer in waardes, etiese beginsels en die beleving van betekenis in die lewe sowel as verhouding met die self (RAU, 1992:25). Alle geestelike belewenisse word dus hierby ingesluit.

## **EKSTERNE OMGEWING**

Dit sluit daardie situasies of omstandighede buite die individu in wat 'n invloed uitoefen op sy/haar lewe (RAU, 1992:26), wat in hierdie navorsing dus die belewenisse van hierdie situasies of omstandighede insluit.

### **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 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 (RAU, 1992:27). Dit sluit dus fisiese belewenisse in.

### **2. Sosiaal**

Sosiaal verwys na alle mense of betekenisvolle ander binne die individu se eksterne omgewing. Sosiaal verwys ook na die organisasiestrukture tussen mense en gemeenskappe. Sosiaal verwys dus na alle menslike hulpbronne (RAU, 1992:27). Sosiale belewenisse word dus hierby ingesluit.

### **3. Geestelik**

Geestelik verwys na betekenisvolle geestelike elemente of gebeurtenisse in die individu se eksterne omgewing insluitend waardes, gelowe, norme en etiese beginsels, reëgie en betekenis in die lewe asook verhoudinge tot andere (RAU, 1992:28). Geestelike belewenisse word dan ook hierby ingesluit.

## **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 kontinuum van gesondheid en siekte waarop 'n persoon se gesondheidstatus gereflekteer word. Die individuele posisie op enige van die twee kontinuuums is op enige tyd afhanklik van die interaksie tussen sy interne en eksterne omgewing (RAU, 1992:28).

INTERNE OMGEWING				EKSTERNE OMGEWING			KENMERKENDE WYSE VAN INTERAKSIE
Liggaamlike belewensisse	Psigiese belewensisse			Fisiese belewensisse	Sosiale belewensisse	Geestelike belewensisse	
	Emo-sie	Wil	Intel-lek				

## BYLAAG 9

### 'N GEDEELTE VAN EEN VAN DIE TRANSKRIPSIES

R: Nou ek praat altyd heel eerste, dis hoekom ek sommer nou klaar wil praat.

( Gelag in groep )

Ehmm, ek voel myself .. ek as sus ..suster in die saal, verpleegkundige in die saal ...ehhmm ..as ek dit op myself van toepassing kan hê. Ek is baie daarop ingestel om pasiën-e-verpleegsters so ver as moontlik kennis moet opdoen en moet vorder, want daar is vir my geen sin daarin dat sy 'n eerste of 'n tweede of 'n derde of 'n vierde jaar deurgaan en sy kom nooit verder as om op diens te kom en verpleegtake te doen nie, (uhm) maar dis verskriklik erg ... frustrerend .... in die sin van .. eerstens ehh die tyd, ons het nooit regtig die personeel en tyd om hierdie mens te begelei nie. Ehmm ..jy voel verskriklik skuldig, want hulle kom en hulle vra vir jou "asseblief, kan ek hierdie maand, as dit moontlik is, admin doen", jy weet bietjie meer admin doen doen. Dan sê jy ..ja ...maar daar is net nooit die geleentheid nie. Want die oomblik wat jy nou vir haar kan admin laat doen ..... sê nou maar skedulemiddels bestel, of eh, ietsie spesifiek of voorrade of iets, dan op daardie stadium het jy net twee verpleegsters aan diens ehh, die die pasiënt word altyd eerste gestel, en dan voel jy alweer skuldig want jy kom nie by hierdie hierdie persoon uit nie. Ehhh .. die ander eh eh opset is weer eh en dis veral by die graadstudente, vind 'n mens hulle het werklik die kennis ..eh .. eh .. hulle het al hierdie kennis .. en hulle kan dit toepas, maar jy moet nog toesig hou...jy weet jy voel nie regtig om hierdie persoon te laat aangaan, want sy's vreemd vir jou, jy werk nie elke dag saam met haar nie. Sy is nou vandag hier, Donderdag hier vir 'n sewe-sewe. Ehmm jy't nie die die vertrou in haar wat jy gaan gehad het as sy elke dag saam met jou gewerk het dat jy weet .... jy weet, hierdie persoon kan jy .. jy weet

dare al wat sy kan doen nie...(uhm). Nou omdat jy die verantwoordelikheid as saalverpleegkundige of hoofverpleegkundige in die afdeling het, kan jy nie die verantwoordelikheid totaal vir haar gee en sê .... " jong bestel die voorraad ek sal netnou kyk " nie, want jy weet jy gaan nie die tyd kry om weer te kyk nie. So dis vir jou duplisering ..jy weet, so wat doen jy? Jy sê vir haar : " Gaan jy liewer aan met die verpleegtake, ek doen dit liewer alleen" \*( .. vinnig moet werk ..) wat..wat ..wat heeltemal nie goed vir hulle is nie . maar die verantwoordelikheid kom terug na jou toe, dit moet reg wees. Want môre kan jy haar ok nie weer reg wys nie, want nou het sy vandag bestel, ... jy sê goed ek sal later kyk dan is sy uit die saal uit, môre kom jy agter dit en dit en dit was 'n leemte, maar sy's nie môre weer in die saal nie. Volgende week as sy daar is dan's jy nie aan diens nie, jy weet , dan is 'n ander suster weer aan diens. So daar's 'n verskriklike groot leemte en mens .. die behoefte is regtig daar om hierdie mense .. eh meer by te staan. (Uhm) Maar die geleentheid is nie daar nie. Dit is regtig nie, ek kry nie indruk dat hulle nie die kennis het nie .... (uhm). Dit gaan oor .. hulle het al hierdie kennis maar hulle kry nie die geleentheid om dit toe te pas nie, en dit maak hulle onseker.

F: Uhm, so, jou belewenis is, dit is krities dat jy wel kan kliniese begeleiding doen as 'n suster, maar daar is verskeie faktore ... \*( wat inwerk ..) .. wat..wat daarop kan inwerk, wat dit nie altyd vir jou moontlik maak om dit te doen soos jy dit graag sou \*(ja) wou doen nie ..

R: En dan dink ek het ons nou al deur die tyd, hierdie ding aangekweek om vir hulle te sê: "Hoorie teorie en praktyk verskil wê .. (lag) (lag in groep) ...wêrelde, want ..want ehm, weet .. mens w-is bewus daarvan, ek dink die meeste van ons is bewus daarvan wat word die student geleer. (uhm) Want jy kom agter as die dosente die dag hulle kom begelei vir die .. vir die eksaàamen of ehh jy weet ehh 'n pasiëntstudie of iets dan vang jy hier en daar op wat hulle vir hulle vra en alles, dan dink jy .. ja-nee dit kan seker so wees, maar ek wonder wat gaan sy nou antwoord want dit is geensins toepaslik ... jy weet in die s-saalopset nie. Jy weet, en dit maak dit vir hulle ongemaklik,.. want eh hulle moet nou hierso sê dit word so en so

gedoen volgens die boeke, want voor hulle heilige siel weet hulle dit kan nie so in die saal opset werk nie, en dit maak dit vir hulle verskriklik ongemaklik.

R: Is dit nie juis daàr waar, waar 'n mens insette moet lewer, hm aan jou dosente, om te sê .. maar kyk prakties werk dit nie so uit nie ... (uhmmm.. uit groep)  
.. en juis om hierdie en hierdie redes werk dit nie uit nie ... en kan hulle nie die kurri-kulum daarby aanpas nie .

R: Ja maar sien daar's nie altyd 'n gesprek met hierdie ..jy-jy vang dit maar so op

\*R: Ja, want jy doen nie saam die evaluering nie....

\*R: ..Ek voel as die dosent jou kan kom sê .. na die tyd byvoorbeeld .... sê hoorie die student het nou dit en dit gedoen maar nou word hulle gepenaliseer. Ek kry hulle jammer want hulle kry hierdie swak punte want hulle het nou verkeerde terugvoer gegee nè, maar intussen gee hulle gee die .. die werklikheid terug, jy weet wat in die saal gebeur. En daai dosent kan liever na ons toe kom (uhm) en vir ons sê luister hier, .. of 'n gespreksessie met jou hou of iets en sê: " Kyk, dis wat die verpleegster aan my oorgedra het, is dit werklik hoe dit gebeur in die saal."

F: Uhm .. ek wonder of ons enkele van hierdie fasette net kan vat \*(uhm) .. ehm ..julle het nou baie genoem van ... eie ervaring, wat met die dosent gebeur, sowel as 'n paar voor-stelle van hoe dit \*( ja-a-a) verbeter kan word. Kom ons breek dit op net om ehm .. almal se mening te kry. Kom ons vat daai eerste faset van .. u het gepraat van u eie ervaring .. van hoe dit gebeur. Wat is die res van die groep se ervaring van hoe dit wel u eie belewenis van ù rol in die kliniese begeleiding van studente .....

R: By ons kry ons nou in .. in die intensiewe eenheid ehmm ..ok nou studente, maar ok maar op 'n kort basis .. (uhum?) .. en daar's baie leergeleenthede vir hulle daar ..juis daar omdat dit totale verpleegsorg is. En ons kry nogal geleentheid om aan ..

aan die, die studente regtig te begelei, want jy is -is as ..tot een pasiënt gelok.. geallokeer .. so jy kan .. hulle regtig vat en sê nou begin jy daarmee, jy vat hulle so stapsgewys deur en jy kan hulle regtig begelei. So in daai opsig dink ek ehmm ..is dit vir my redelik bevredigend om te sê .. ek ek kan hulle wel begelei ..(uhmmm) in hulle kliniese ervaring.

F: Goed ...

R: Wat ek agtergekom het by ons.. (iemand maak keel skoon ..ekskuus man ) ..lag.. wat ek agtergekom het het by ehh ..ek praat nou spesifiek van ons kollege .. eh studente ..is ehm eh hierdie studente werk so wydverspreid in die sale (uhm) ..dat dit partykeer regtig 'n probleem skep, want hulle is byvoorbeeld partykeer vir drie maande miskien ..wat hulle nou nie in 'n ..in 'n afdeling of in 'n saalopset was nie. En dit is moeilik om die tempo te kan volhou in 'n besige saal (uhm), want 'n mens vergeet (uhm). En 'n mens kan ook nie bybly met alles presies die prosedures nie. Met ander dan kry .. die kinders se tempo is stadiger..(uhm) ..as normaalweg wanneer hulle elke dag in die afdeling sou gewees het. (Uhm) Dit is vir my nogal ehh iets wat ek agtergekom het en ek is jammer vir hulle want hulle het 'n stywe druk program wat hulle moet gaan, eh die pas volhou.

F: Dis soos .. dis in jou ervaring né? U sien hulle nooit .. julle sien hulle min.

R: Ja, ons sien hulle baie min.

R: In teater sien ons hulle ook min, hulle kom nie in teater nie. \*( ja, ja, ..groep)

R: Weet jy, ek weet nie of dit is dat hulle bang is vir die geslote .. afdelings ... dat hulle nie daarna toe wil kom nie want dis .. ons is tog doodgewone mense (lag). Hulle kan ook maar met ons gesels. Ons sal hulle nie byt nie (laggend). Maar mens

vind dat die mense is om in, in die eenhede in te beweeg, en net te kom vra. En ons is altyd so bereid om te deel dit wat ons het, maar hulle kom ook nie daarheen om te vra of om te sê: "luister ons leer die studente nou sus of so, (ja) ...pas julle dit wel toe of hoe werk dit in die praktyk ...ehmm of wat leer julle die studente as hulle hier by julle is."

F: So, julle in die meer gespesialiseerde eenhede, .. julle beleving is, hulle is bang vir daardie tipe eenhede né.

R: Ummm, dis al wat ek kan dink.

F: En jy sien ook nie baie van die dosente nie ?...

R: Nee, ons ons sien van hulle, maar net as hulle praktiese ... eh ...prosedure kom \*(R: eksamen ..) ja, .. eksamen... \*(F: Net vir hulle ..), maar hulle kom nie om te kom kyk of werk hulle reg, of kom leer hulle iets daarso nie ..

# **BYLAAG 10**

## **DATA-ANALISE BINNE KATEGORIEë EN SUBKATEGORIEë**

**GROEP 1: EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES VAN HOSPITAAL A**

BELEWENISSE VAN DIE INTERNE OMGEWING				BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE OMGEWING				
Liggaamlike belewensisse	Psigiese belewensisse			Geestelike belewensisse	Fisiese belewensisse	Sosiale belewensisse	Geestelike belewensisse	Kenmerkende wyses van interaksie
	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onsekerheid ten opsigte van verwagtinge</li> <li>- Magteloosheid oor struikelblokke in kliniese begeleiding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewillig om kennis en ervaring te deel</li> </ul>	<u>Algemene persepsies</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebrek aan begeleidingsriglyne</li> <li>- Verlede was anders</li> <li>- Prosedures gestandaardiseerd óf nie</li> <li>- Kommunikasie tussen dosente en eenheidsverpleegkundiges is onvoldoende</li> <li>- Houdings beïnvloed kliniese begeleiding</li> <li>- fokus op evaluering</li> </ul>	<u>Oortuigings</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikasie is belangrik</li> <li>- Eenheidsverpleegkundiges moet op hoogte bly</li> <li>- Houdings beïnvloed kliniese begeleiding</li> <li>- Kliniese begeleiding vergoëffering</li> <li>- Indiensopleiding is nodig</li> <li>- Betrokkenheid is noodsaaklik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekort aan finansies, toerusting en voorraad</li> <li>- Allokering van studentverpleegkundiges</li> </ul>			
			<u>Studentverpleegkundiges</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oningelig</li> <li>- Verward</li> <li>- Eiewys</li> <li>- Werkmag</li> <li>- Moet verantwoordelik wees vir eie leer</li> <li>- Bang vir eenheidsverpleegkundige</li> <li>- Onbeholpe</li> </ul>	<u>Waardes</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afkeur van negatiewe houdings</li> </ul>				

	<b>Emosionele belewensisse</b>	<b>Wilsbelewensisse</b>	<b>Intellektuele belewensisse</b>					
			<b>Studentverpleegkundiges (vervolg)</b> – Benadeel deur swak kommunikasie – Graadstudentverpleegkundiges is nie paraat in teater nie					
			<b>Dosente</b> – Betrokke óf nie, by kliniese begeleiding – Moet toesighou oor eenheidsverpleegkundiges – Eenheidsverpleegkundiges leer by dosente					
			<b>Eenheidsverpleegkundiges</b> – Betrokke/onbetrokke – Voel bedreig – Ouer eenheidsverpleegkundige bied weerstand – Het 'n negatiewe houding – Kry geen opleiding nie					
			<b>Probleemoplossing</b> – Sruktureer prosedures – Stel standaard – Gereelde kommunikasie					

	<b>Emosionele belewensisse</b>	<b>Wilsbelewensisse</b>	<b>Intellektuele belewensisse</b>				
			<b>Verdedigingsmeganismes</b> – Rasionalisasie met betrekking tot hul betrokkenheid – Minimisering ten opsigte van kommunikasiegebrek				

**GROEP 2: EENHEIDSVRPLEEGKUNDIGES VAN HOSPITAAL B**

BELEWENSISSE VAN DIE INTERNE OMGEWING				BELEWENSISSE VAN DIE EKSTERNE OMGEWING				
Liggaamlike belewensisse	Psigiese belewensisse			Geestelike belewensisse	Fisiese belewensisse	Sosiale belewensisse	Geestelike belewensisse	Kenmerkende wyses van interaksie
	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse					
	<u>Woede</u> – Frustrasie ten opsigte van tyd en personeel – Ongeduld met student-verpleegkundiges – Kwaad vir dosente – Wantroue teenoor student-verpleegkundiges	– Gewillig om hul kennis en ervaring met dosente te deel	<u>Algemene persepsies</u> – Student-verpleegkundige is onbekend – Moeilik om verpleegtake te delegeer – Leergeleenthede gaan verlore – Teorie-praktykgaping – Onvoldoende kommunikasie met dosente – Die fokus is op evaluering	<u>Oortuigings</u> – Kommunikasie met dosente is belangrik – Eenheidsverpleegkundiges moet rolmodel vir student-verpleegkundiges wees – Standaardisasie is 'n ideaal – Fokus op beginsels eerder as op tegnieke	– Personeeltekort en groot werklading – Allokering van student-verpleegkundiges is nie goed beplan nie – Rotasie van eenheidsverpleegkundiges – Dosente se kontakssessies met student-verpleegkundiges is onvoldoende	– Onvoorspelbaarheid van praktyksituasie – Multikulturele verskille		– Eenheidsverpleegkundiges is waaksaam omdat hulle nie die student-verpleegkundiges kan vertrou nie – Eenheidsverpleegkundiges tree beskermend teenoor student-verpleegkundiges op

	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse						
	<u>Woede (Vervolg)</u> - Verlies van vertroue in student-verpleegkundiges		<u>Algemene persepsies (Vervolg)</u> - Evalueringinstrumente is irrelevant en onnodig Konsekwente kliniese begeleiding is onmoontlik - Dosente se kontakssessies is onvoldoende - Die verlede was anders - Kliniese begeleiding is tydrowend en duplisering van take - Die verantwoordelikheid vir kliniese begeleiding gee aanleiding tot konflik	<u>Oortuigings (Vervolg)</u> - Kliniese begeleiding moet progressief wees Eenheidsverpleegkundige moet altyd beskikbaar wees - Voorstelle ten opsigte van die ideaal van kliniese begeleiding - Student-verpleegkundiges moet van die begin af reg leer - Interpersoonlike verhoudinge is belangrik	- Fisiese afstand tussen opleidingsinstansies en verpleegdiensinstansies - Baie leergeleenthede in intensiewe sorgeenhede				
				<u>Waardes</u> - Student-verpleegkundige moet vorder Pasiëntsorg is eerste prioriteit - Eenheidsverpleegkundiges wil graag beter kliniese begeleiding doen	-				

	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse					
				<u>Waardes (Vervolg)</u> – Eenheidsverpleegkundiges wil meer leiding van die dosent hê				
	<u>Hartseer</u> – Skuldgevoelens oor hul betrokkenheid – Jammer vir studentverpleegkundiges – Jammer vir kollegas		<u>Studentverpleegkundiges</u> – Kan nie hul kennis toepas nie – Is stadig – Het 'n druk program – Onttrek hulle aan leerervaringe – Is nie staatsmakers nie – Is bang – Fokus op evaluering en vind dit angswekkend					
	<u>Vrees</u> – Gevoel van ontoereikendheid – Onsekerheid oor hul kennis, ontwikkeling in die professie en verhouding met dosente – Oorweldig deur groot getalle studentverpleegkundiges – Gevoel van onveiligheid as gevolg van werklading, en kultuurverskille		<u>Dosente</u> – Betrokke/onbetrokke by kliniese begeleiding – Se kliniese begeleiding is onvoldoende – Is bang – Is onrealisties en onregverdig teenoor studentverpleegkundiges					

	<b>Emosionele belevnisse</b>	<b>Wilsbelevnisse</b>	<b>Intellektuele belevnisse</b>					
	<b>Blydskap</b> - Effektiewe kliniese begeleiding is bevredigend		<b>Eenheidsverpleegkundiges</b> - Word uitgesluit by kliniese begeleiding - Is nie op hoogte van ontwikkeling in verpleegopleiding nie - Is betrokke - Is verantwoordelik vir studentverpleegkundiges se foute					
			<b>Probleemoplossing</b> - Sonder een eenheidsverpleegkundige af vir kliniese begeleiding - Allokeer dosente aan spesifieke eenhede vir kliniese begeleiding - Dosente moet eenheidsverpleegkundiges oplei - Plaas minder studentverpleegkundiges per eenheid					

**GROEP 3: DOSENTE VAN DIE UNIVERSITEIT EN VERPLEGINGSKOLLEGE**

BELEWENISSE VAN DIE INTERNE OMGEWING				BELEWENISSE VAN DIE EKSTERNE OMGEWING					
Liggaamlike belewensisse	Psigiese belewensisse			Geestelike belewensisse	Fisiese belewensisse	Sosiale belewensisse	Geestelike belewensisse	Kenmerkende wyses van interaksie	
	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse						
	<p><b>Woede</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frustrasie rondom tyd, plasing van student-verpleegkundiges, toerusting en die evaluering-sisteem</li> <li>- Gefritteerdheid as gevolg van swak beplanning</li> <li>- Verlies van vertroue in eenheidsverpleegkundiges</li> </ul>		<p><b>Algemene persepsies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oneweredige praktykverantwoordelikhede in die onderskeie dissiplines</li> <li>- Kliniese begeleiding is idealisties</li> <li>- Fokus is op evaluering</li> <li>- Situasië-onderrig word gedoen</li> <li>- Kontinuititeit in kliniese begeleiding indien nie in blokstelsel</li> <li>- Kliniese begeleiding verskil van evaluering</li> <li>- Houdings beïnvloed kliniese begeleiding</li> <li>- Die verlede was anders</li> <li>- 'n Teorie-praktykgaping bestaan</li> </ul>	<p><b>Oortuigings</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kliniese begeleiding is veronderstel om omvattend te wees</li> <li>- Dosent moet beskikbaar wees vir studentverpleegkundiges</li> <li>- Allokasie van student-verpleegkundiges moet deeglik beplan word</li> <li>- Eenheidsverpleegkundiges en dosente is rolmodelle</li> <li>- Praktykvereistes moet kliniese begeleiding rig, sonder om standaard in te kort</li> <li>- 'n Stabiele werkmag is nodig in die eenhede</li> <li>- Indiensopleiding moet gesamentlik beplan word</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werklading van dosente is te groot</li> <li>- Allokasie van student-verpleegkundiges is swak beplan</li> <li>- Leergeleentheid is onvoldoende</li> <li>- Personeeltekort</li> <li>- Druk evaluering-program</li> <li>- Onvoldoende fasiliteite en voorraad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Portuurgroep-evaluering is positief</li> <li>- Kollegestudent-verpleegkundiges word deur die hospitaal geallokeer</li> <li>- Die outonomie van die verplegingskollegeske probleme</li> </ul>			

	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse					
				<b>Oortuigings (Vervolg)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kliniese begeleiding moet in totaliteit geskied en nie op prosedures afgestem wees nie</li> <li>- Kriteria vir die ideaal word gestel</li> </ul>				
	<b>Vrees</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekommernis oor kliniese begeleiding</li> <li>- Verwarring met betrekking tot verskil tussen teorie en praktyk</li> </ul>		<b>Studentverpleegkundiges</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokus op evaluering</li> <li>- Hoë eise word aan studentverpleegkundiges gestel</li> <li>- Is die werkmag</li> <li>- Het 'n kritiese houding teenoor eenheidsverpleegkundiges</li> <li>- Aanvaar nie verantwoordelikheid vir eie leer nie</li> <li>- Verskil in omstandighede van graad- en diplomastudentverpleegkundiges</li> </ul>					

	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse					
	<p><b>Blydskap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teveredenheid wanneer kliniese begeleiding moontlik is</li> </ul>		<p><b>Dosente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moet ook eenheidsverpleegkundiges begelei</li> <li>- Is betrokke</li> <li>- Word gekritiseer</li> <li>- Is in staat/nie in staat om teorie en praktyk te korreleer</li> <li>- Ervaar geen begrip van eenheidsverpleegkundiges nie</li> <li>- Onseker oor studentverpleegkundiges se praktykvaardigheid</li> <li>- Kan eenheidsverpleegkundiges manipuleer</li> <li>- Is op die produk, nie die proses nie, gerig</li> </ul>					

	Emosionele belewensisse	Wilsbelewensisse	Intellektuele belewensisse					
			<u>Eenheidsverpleegkundiges</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanvaar nie verantwoordelikheid vir kliniese begeleiding nie</li> <li>- Is nie op datum nie</li> <li>- Prioriteite is dagtaak, dokters rondtes, eenheidsbestuur en pasiëntsorg</li> <li>- Is selektief ten opsigte van kliniese begeleiding</li> <li>- Junior eenheidsverpleegkundige is meer bereid om kliniese begeleiding te doen</li> <li>- Is onsympatiek teenoor studentverpleegkundiges</li> <li>- Se siening van evaluering verskil van dié van die dosente</li> <li>- Voel moedeloos</li> <li>- Negatief teenoor dosente</li> </ul>					
			<u>Verdedigingsmeganismes</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verdedig teen kritiek</li> </ul>					