

'n Model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by Verpleegkundestudente deur doelgerigte mentorskap

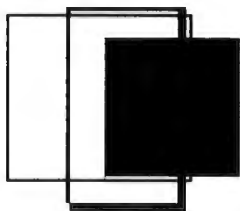
deur

E P van der Heever
M A Verpleegkunde

Proefskrif voorgelê vir die graad
Philosophiae Doctor
in
Verpleegonderwys
aan die
Potchefstroomse Universiteit vir
Christelike Hoër Onderwys

Promotor:
Prof. M. Greeff

Mei 2003
Potchefstroom



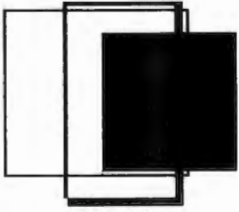
ERKENNING EN DANKBETUIGING

Ek betuig graag my dank aan die Here wat die bron van my krag en volharding was.

Hiermee my opregte dank en erkenning aan die volgende mense en instansies wat gehelp het met die studie:

- My man vir sy geduld en ondersteuning.
- Prof. Minrie Greeff vir haar studieleiding, volgehoue belangstelling en aansprende begeleiding.
- Dr. Ann Müller vir die betrokkenheid by data-insameling en -ontleding.
- Die voorgraadse Verpleegkundestudente vir hul bereidwilligheid om deel te neem.
- My oud-kollegas van die Skool vir Verpleegkunde vir volgehoue belangstelling.
- Me Lezyda Venter vir die onbaatsugtige hulp oor 'n lang tyd heen.
- Prof. Ian Rothman vir die waardevolle bydraes tydens konsultasie.
- Me Louise Vos en medewerkers van die Ferdinand Postma Biblioteek aan die PU vir CHO vir deurlopende hulp en ondersteuning.
- Me Elsa Brand vir die taalversorging en haar bedagsaamheid.
- Me Susan van Biljon vir die tegniese versorging en bladuitleg van die proefskrif en ander hulp.
- Prof. C. Lessing vir die nagaan van die Bronnelys.
- Die Strategiese Navorsingsfonds van die Fokusarea 9.1, Voorkomende en Terapeutiese Intervensies vir geldelike hulp.

Die studie word opgedra aan my ouers.



OPSOMMING

Personeel wat gesondheidsorgdienste lewer word toenemend aan druk blootgestel om aan veranderende gesondheidsorgbehoefte van verskeie kultuurgroepe binne gemeenskappe te voldoen. Dié voortdurende aanvraag noodsaak, dat daar benewens ander kategorieë gesondheidsorgdiensleweringspersoneel, voldoende professionele verpleegkundiges beskikbaar moet wees.

Hierdie navorsing is onderneem na aanleiding van waarneming deur die navorser dat die meerderheid van voorgraadse Verpleegkundestudente wat die beroep met entoesiasme en oënskynlike toewyding betree, toenemende fisieke vermoeienis, oënskynlike demoralisasie en verlies aan belangstelling in die beroep toon, wat veral in die derde jaar ernstige afmetings aanneem. Ten spyte van suksesvolle voltooiing van die program, behou hulle skynbaar nie belangstelling in die beroep nie.

Die doel van hierdie navorsing was tweeledig. Eerstens is die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise van die program verken, beskryf en geïnterpreteer. 'n Tweede doelstelling was om 'n model te ontwerp waardeur pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning onderneem kan word.

'n Nie-waarskynlike, doelgerigte en vrywillige steekproef is vir die seleksie van die respondente gebruik. 'n Onafhanklike fasiliteerder het die data deur middel van fokusgroeponderhoude afgeneem.

'n Kwalitatiewe begroteriese benadering en die toepaslike koderingstegniekse volgens Strauss en Corbin (1990) is aangewend om die data te ontleed. Die data is daarna getranskribeer, met die veldaanekeninge geïntegreer en met behulp van 'n medekodeerder gekodeer. Die voorlopig konsepte is met die respondente geverifieer om die bevindings te bevestig. Daar is nie van 'n bepaalde konseptuele raamwerk gebruik gemaak nie.

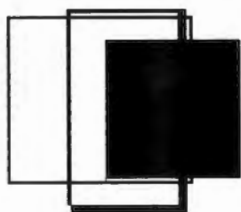
Die oop koderingstegniek is by die aanvang van data-ontleding gebruik ten einde data te konseptualiseer. Tydens aksiale kodering is die paradigmamodel aangewend om die data op 'n nuwe wyse volgens kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë te orden. 'n Literatuurkontrole wat dié bevindings van aksiale kodering bevestig, is gevolg deur 'n verdiepende literatuurstudie wat moontlike aksies / interaksies as strategieë vir begeleiding en ondersteuning

kan aandui. Selektiewe kodering is aangewend ten einde die kernkategorie te identifiseer en fasiliterende mentorskap te benoem. Die res van die kategorieë is verder as subkategorieë ingedeel. Die konseptuele beeld van die realiteit wat sodoende ontstaan het, is aangewend ten einde 'n potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap te ontwikkel.

Volgens die bevindings is twee hoofgroepe voorgraadse Verpleegkundestudente geïdentifiseer. Die meerderheidsgroep het oor ondoeltreffende professionele bekwaamheid, en persoonlike lewensvaardighede beskik, terwyl slegs 'n minderheidsgroep oor voldoende professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede beskik om die programverwagtings en -eise te hanteer ten einde programkongruente professionele en persoonlike groei te bereik. Dit blyk uit die bevindings dat fasiliterende mentorskap interafhanklik tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors en die organisasiebestuur onderneem behoort te word. Daar blyk onvoldoende begeleiding en ondersteuning aan voorgraadse Verpleegkundestudente gebied te word in beide die professionele en persoonlike aspekte wat met verpleegonderrig verband hou. Verskeie faktore belemmer die verantwoordelikheid van mentors om begeleiding en ondersteuning te verleen in so 'n mate, dat ingrypende verandering en 'n paradigma-verskuiwing ten opsigte van mentorskap benodig word.

Verskeie aanbevelings vir die operasionalisering van fasiliterende mentorskap in die Verpleegonderrig, die verpleegpraktyk en navorsing, word aangebied. Die potensieel-visuele model word ontwikkel met die vooruitsig dat professionele en persoonlike aspekte van begeleiding en ondersteuning gelykwaardig onderneem word.

Sleutelbegrippe: Pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning, fasiliterende mentorskap, mentors, voorgraadse Verpleegkundestudente, akademiese en kliniese programverwagtings en -eise en persoonlike programverwagtinge en -eise.



ABSTRACT

Health-care delivery personnel are increasingly subjected to pressure to comply with the changing health care needs of different sub-cultures within societies. This demand has the effect that in addition to other categories of health care personnel, sufficient numbers of professional nurses must be made available.

This research was undertaken as a result of the observation by the researcher that the majority of undergraduate Nursing students entering the profession with enthusiasm and apparent dedication show increased physical fatigue, apparent demoralisation and loss of interest in the profession, phenomena that manifest themselves largely during the third year of study. In spite of successful completion of the programme they do not maintain an interest in nursing as a profession.

The objectives of this study were two-fold. Firstly, the perceptions of the undergraduate Nursing students with regard to the academic and clinical demands made on them by the nursing profession were explored, described and interpreted. A second objective was to develop a model by means of which pro-active and remedial facilitation of professional and personal growth in undergraduate Nursing students could be undertaken through purposive accompaniment and support.

A non-probability, purposive and voluntary sampling technique was used for the selection of the respondents. An independent facilitator collected the data by means of focus group interviews.

A qualitative research design, together with a grounded theory method and the implementation of the coding techniques of Strauss and Corbin (1990) were used to analyse the data. The data were transcribed, integrated with the field notes and encoded with the aid of a co-encoder. The preliminary concepts were verified with the respondents to confirm the findings. No predetermined conceptual framework was utilised.

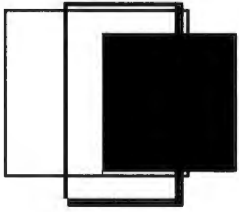
The open-encoding technique was used during the initial stage of data analysis in order to conceptualise the data. During axial coding, the paradigm model was used to re-organise the data in a new way according to categories, sub-categories and further categories. A literature study to confirm the findings of axial coding, followed by a further in-depth literature study to indicate possible actions/interactions to utilize as strategies for accompaniment and support was undertaken. Selective encoding was used to identify the central category to define it as

facilitating mentorship. The rest of the categories were further divided into subcategories. The conceptual image of the reality which transpired was then used to develop a potential visual model for facilitating mentorship.

According to the findings, two main groups of undergraduate Nursing students were identified. The majority group had insufficient professional competence and personal life skills, with only a minority of respondents displaying adequate professional competence and personal life skills to manage the programme expectations and demands in order to attain programme-congruent professional and personal growth. It transpired from the research findings that facilitating mentorship should be undertaken interdependently among undergraduate Nursing students, mentors and the organisational management. The accompaniment and support that are provided to undergraduate Nursing students with regard to both the professional and personal aspects of nursing education seem to be inadequate. Different factors hamper the responsibility of mentors to provide accompaniment and support to such an extent that far-reaching changes and a paradigm shift with regard to mentorship are required.

Recommendations for the operationalisation of facilitating mentorship in nursing education, nursing practice as well as research are provided. The potential visual model is being developed with the aim of undertaking the professional and personal aspects of accompaniment and support on an equal basis.

Key terms: Pro-active, remedial accompaniment and support, facilitating mentorship, mentors, undergraduate Nursing students, academic and clinical programme expectations and demands and personal programme expectations and demands.



INHOUDSOPGAWE

1	ORIËTERING TOT DIE NAVORSING	1
1.1	INLEIDING	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	8
1.3	DIE NAVORSINGSDOELSTELLINGS	11
1.4	BOTES SE MODEL VIR NAVORSING IN DIE VERPLEEGKUNDE.....	12
1.4.1	Die paradigmatische perspektief (derde vlak)	12
1.4.1.1	Metateoretiese aannames	12
1.4.1.1.1	Die lewens- en mensbeskouing van die navorser	13
1.4.1.1.2	Gesondheid	14
1.4.1.1.3	Verpleging.....	14
1.4.1.1.4	Die omgewing	14
1.4.1.1.5	Siekte.....	15
1.4.1.2	Die teoretiese aannames van die navorser	15
1.4.1.2.1	Die sentrale teoretiese argument	15
1.4.1.2.2	Die konseptuele omskrywings.....	16
1.4.1.3	Die metodologiese aannames van die navorser	19
1.4.2	Verpleegpraktyk (<i>eerste vlak</i>)	19
1.4.2.1	Kenmerke van die navorsingsterrein	20
1.4.2.2	Die navorsingskonteks	21
1.4.3	Die navorsingsontwerp en -metode (<i>tweede vlak</i>).....	24
1.5	HOOFSTUKOPSOMMING.....	25
1.6	VERDERE HOOFSTUKINDELING	25

2.	DIE NAVORSINGSONTWERP EN -METODE	28
2.1	INLEIDING	28
2.2	DIE NAVORSINGSONTWERP	28
2.3	DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE	29
2.3.1	Die navorsingsprosedures en -tegnieke wat benut word	30
2.3.1.1	Fase 1: <i>Data-insameling</i> : 'n Verkenning en beskrywing van die voorgraadse Verpleegkundestudente se belewenisse ten opsigte van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat die vierjarige program in Verpleegkunde aan hulle stel.	31
2.3.1.1.1	Stap 1: Voorbereiding vir data-insameling.....	31
2.3.1.1.2	Stap 2: Data-insameling: die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise wat tydens die vierjarige program in Verpleegkunde ervaar word	34
2.3.1.2	Fase 2: <i>Data-ontleding en -konseptualisering</i>	51
2.3.1.2.1	Redenerings- en denkstrategieë wat tydens data-ontleding aangewend word	51
2.3.1.2.2	Koderingstegnieke om data te ontleed	55
2.3.1.3	Fase 3: <i>Data-integrasie van kategorieë deur selektiewe kodering en begroning van die teorie</i>	66
2.3.1.3.1	Koderingstegnieke om data-integrasie te weeg te bring	66
2.4	DIE KONSEPTUELE BEELD VAN DIE REALITEIT WORD VANUIT DIE NAVORSINGSBEVINDINGS ONTWIKKEL	75
2.5	HOOFSTUKSAMEVATTING.....	75
3.	RESULTATE VAN DIE FOKUSGROEP NA AANLEIDING VAN OOP KODERING.....	77
3.1	INLEIDING	77
3.2	DIE REALISERING VAN FOKUSGROEPE.....	77
3.2.1	Data-insameling deur middel van fokusgroepe	77

3.2.2	Data-ontleding	79
3.3	BESPREKING VAN KODERINGSAAANTEKENINGE NA AANLEIDING VAN OOP KODERING	80
3.3.1	Die belewenisse wat met die professionele aspekte van voorgaadse verpleegonderrig verband hou.....	81
3.3.1.1	Die belewenisse wat met die akademiese aspekte van voorgaadse verpleegonderrig verband hou	81
3.3.1.1.1	Onrealistiese programverwagtings en -eise word gestel.....	82
3.3.1.1.2	Wisselende akademiese begeleidings- en ondersteuningservarings word ervaar	92
3.3.1.2	Belewenisse wat met die kliniese aspekte van voorgaadse verpleegonderrig verband hou	101
3.3.1.2.1	'n Disfunksionele kliniese milieu word ervaar	102
3.3.1.2.2	'n Vyandige organisasieklimaat heers in die kliniese eenhede.....	110
3.3.1.2.3	Ontoereikende interorganisasoriese strukture en klimaat word ervaar	122
3.3.1.2.4	Wisselende begeleiding en ondersteuning word ervaar	123
3.3.2	Die belewenisse wat met begeleiding en ondersteuning van die persoonlike aspekte verband hou.....	135
3.3.2.1	Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word ervaar.....	136
3.3.2.1.1	Ontoereikende begeleiding en ondersteuning tydens emosioneelbelaaide situasies	137
3.3.2.1.2	Gebrekkige lewensbegeleiding en krisisinteraksie word verleen	139
3.3.2.2	Wisselende vlakke van lewensvaardighede manifesteer	141
3.3.2.2.1	Voorgraadse Verpleegkundestudente wat ondoeltreffende lewensvaardighede openbaar.....	142

3.3.2.2.2	Voorgraadse Verpleegkundestudente wat doeltreffende lewensvaardighede openbaar.....	154
3.4	HOOFSTUKSAMEVATTING.....	158
4.	RESULTATE VAN DATA-ONTLEDING VOLGENS AKSIALE KODERING.....	160
4.1	INLEIDING	160
4.2	DIE VERBINDING EN ONTWIKKELING VAN KATEGORIEË DEUR MIDDEL VAN DIE PARADIGMAMODEL.....	161
4.2.1	Die hipotetiese verbinding van subkategorieë aan kategorieë.....	162
4.2.2	Die verifiëring van stellings teenoor werklike data wat bevind is.....	162
4.2.3	Verdere ontwikkeling van kategorieë en subkategorieë in terme van hulle eienskappe en dimensionele lokalisering van die eienskappe van kategorieë.....	162
4.2.4	Die begin van eksplorering ten opsigte van variasie in die fenomeen deur kategorieë en subkategorieë vir patrone te ondersoek.....	163
4.2.5	Redeneringstegnieke waardeur data geverifieer word	165
4.2.6	Rekordhouding van data.....	165
4.2.7	Steekproefneming.....	165
4.2.7.1	Die vasstelling van verhoudingsverklarings deur steekproefneming induktief vanuit die data te doen.....	166
4.2.7.2	Die literatuurkontrole	166
4.3	BESPREKING VAN DIE RESULTATE VAN AKSIALE KODERING	167
4.3.1	Belewenisse wat met professionele aspekte van verpleegonderrig verband hou	168
4.3.1.1	Belewenisse ten opsigte van die deurlopende program-verwagtings en -eise wat as gevolg van toestande in die konteks van voorgraadse verpleegonderrig ervaar word	169
4.3.1.1.1	'n Oorbelaede onderrigprogram word gevolg	170
4.3.1.1.2	Idealistiese kennisoordrag vind plaas.....	174
4.3.1.1.3	Wisselende kontekste word in die onderskeie jaargange ervaar.....	176

4.3.1.1.4	Onrealistiese slaag- en vorderingsvereistes word gestel	184
4.3.1.1.5	Die dubbellading van akademiese en kliniese programverwagtings en -eise bemoeilik die program.....	184
4.3.1.1.6	Ontoereikende integrasie tussen teoretiese en kliniese programinhoud kom voor.....	187
4.3.1.2	Wisselende akademiese begeleidings- en ondersteuningservarings manifesteer.....	192
4.3.1.2.1	Positiewe begeleidings- en ondersteuningservarings deur sommige respondente aangedui	193
4.3.1.2.2	Ambivalente begeleidings- en ondersteunings- ervarings deur sommige respondente aangedui.....	195
4.3.1.2.3	Hoofsaaklik negatiewe begeleidings- en ondersteuningservarings deur meerderheid respondente aangedui.	197
4.3.2	Belewenisse ten opsigte van die professionele aspekte in die kliniese milieu	212
4.3.2.1	'n Disfunksionele organisatoriese milieu bestaan	213
4.3.2.1.1	Swak werksomstandighede heers.....	213
4.3.2.1.2	Inkonsekwente praktykbemagtiging kom voor.....	215
4.3.2.1.3	Die studentstatus van voorgraadse Verpleegkundestudente word deur die owerheid verontagsaam	220
4.3.2.1.4	Onvoldoende menslike hulpbronne beskikbaar	225
4.3.2.2	'n Vyandige organisasieklimaat heers in die kliniese eenhede...	227
4.3.2.2.1	Professionele onverskilligheid van professionele eenheidsverpleegkundiges word aangetref	228
4.3.2.2.2	Die hospitaalbestuur bevorder beroepskategorisering en -konflik	235
4.3.2.2.3	Wisselende kontekse van interdisiplinêre samesamewerking manifesteer	236

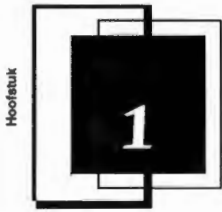


4.3.2.2.4	Destruktiewe dissipline en misbruik van mag kom voor	241
4.3.2.2.5	Vooroordeel en diskriminasie teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente is aanwesig	243
4.3.2.3	Ontoereikende organisatoriese strukture bestaan	246
4.3.2.3.1	Swak kommunikasie word tussen die Skool vir en departemente van Verpleegkunde en geassosieerde gesondheidsorgdienslewering-organisasies aangetref	246
4.3.2.4	Wisselende vlakke van begeleiding en ondersteuning manifesteer	250
4.3.2.4.1	Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar Verpleegkundestudente word as van kardinale belang beskou	251
4.3.2.4.2	Ontoereikende begeleiding en ondersteuning deur professionele eenheidsverpleegkundiges kom voor	253
4.3.2.4.3	Wisselende ondersteuning word deur die multidissiplinêre span gelewer	275
4.3.2.4.4	Ontoepaslike ondersteuning word deur ouers en vriende gebied	284
4.3.2.4.5	Effektiewe ondersteuning word deur portuurgroepe verleen	287
4.3.3	Belewenisse wat met begeleiding en ondersteuning van persoonlike aspekte verband hou	290
4.3.3.1	Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word ervaar	290
4.3.3.1.1	Onvoldoende beraadvoering word tydens emosioneelbelaaide situasies verleen	290
4.3.3.1.2	Gebrekkige lewensbegeleiding en krisisondersteuning vind plaas.	294
4.3.3.2	Wisselende vlakke van persoonlike lewensvaardighede manifesteer	307

4.3.3.2.1	Voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor doeltreffende lewensvaardighede beskik.....	307
4.3.3.2.2	Voorgraadse Verpleegkundestudente wat ondoeltreffende lewensvaardighede openbaar.....	315
4.4	HOOFSTUKSAMEVATTING.....	325
5.	DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE VOLGENS SELEKTIEWE KODERING ONDERNEEM	329
5.1	INLEIDING	329
5.2	DIE PROSES VAN SELEKTIEWE KODERING EN DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE	330
5.2.1	Inleiding	330
5.2.2	Stap 1: Die beskrywing van die storie en konseptualisering van die storielyn.....	331
5.2.2.1	Die beskrywing van die storie.....	331
5.2.2.1.1	Inleidende persepsies van die storie	332
5.2.2.1.2	Beskrywing van die belewenisse ten opsigte van die professionele programverwagtings en -eise in die konteks van verpleegonderrig	335
5.2.2.1.3	Beskrywing van die belewenisse ten opsigte van persoonlike programverwagtings en -eise in die konteks van verpleegonderrig	345
5.2.2.2	Die konseptualisering van die storielyn	349
5.2.2.2.1	Die vasstelling van die essensie van die storielyn.....	349
5.2.2.2.2	Die konseptualisering van die storielyn en benoeming van die sentrale fenomeen	351
5.2.3	Stap 2: Die verbinding van die subkategorieë aan die kernkategorie deur die paradigmamodel.....	370
5.2.3.1	Die toepassing van die analitiese verloop.....	370
5.2.3.2	Die komponente van die paradigmamodel	371

5.2.3.3	Die konseptualisering van die kernkategorie en subkategorieë.....	372
5.2.3.3.1	Die konseptualisering van fasiliterende mentorskap	372
5.2.3.3.2	Die konseptualisering van die subkategorieë	373
5.2.4	Stap 3: Die verbinding van kategorieë volgens die eienskappe en dimensionele vlakke.....	375
5.2.5	Stap 4: Die validering van verhoudings tussen kategorieë en die data wat bevind is	376
5.2.5.1	Die ontwikkeling van patrone.....	376
5.2.5.2	Die sistematiesing en versterking van die verhoudings	378
5.2.6	Stap 5: Die invul en voltooiing van die kategorieë	380
5.3	FASE 3: DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE	381
5.3.1	Inleiding	381
5.3.2	Samevattende persepsies van die wyse waarop fasiliterende mentorskap onderneem behoort te word.....	382
5.3.3	Prosesbeskrywing as komponent van teorievorming.....	386
5.3.3.1	Die ontwikkeling van proses	387
5.3.3.2	Die meganika van proses.....	387
5.3.4	Uiteensetting van die proses van fasiliterende mentorskap.....	387
5.4	GEVOLGTREKKINGS TEN OPSIGTE VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGS OOR DIE PROSES FASILITERENDE MENTORSKAP	416
5.4.1	Die komponente van fasiliterende mentorskap.....	416
5.4.2	Die konseptuele beeld van die realiteit.....	417
5.4.2.1	Fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van die professionele aspekte aangewend word.....	419
5.4.2.1.1	Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van die akademiese programverwagtings en -eise aangewend kan word ten einde leeroutonomie te bereik.....	419

5.4.2.1.2	Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van die kliniese programverwagtings en -eise aangewend kan word ten einde professionele bekwaamheid te bereik	422
5.4.2.1.3	Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van persoonlike programverwagtings en -eise aangewend kan word ten einde emosionele volwassenheid en lewensvaardigheidsontwikkeling te bereik.....	428
5.4.3	Die potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap	431
5.5	AANBEVELINGS TEN OPSIGTE VAN VERDERE OPERASIONALISERINGSMOONTLIKHEDE	434
5.5.1	Moontlikhede vir operasionalisering in verpleegonderrig.....	434
5.5.2	Moontlikhede vir operasionalisering in die verpleegpraktyk.....	435
5.5.3	Moontlikhede vir verdere navorsing	436
5.6	EVALUERING EN SLOTSOM VAN DIE NAVORSING.....	438
	BRONNELYS.....	443
BYLAE A:	DEELNAME AAN NAVORSING: INLIGTING EN ERKENNING VAN TOESTEMMING.....	469
BYLAE B:	BEKENDSTELLING VAN NAVORSING AAN DIE ONAFHANKLIKE TUSSENGANGER.....	470
BYLAE C:	ORIËNTERING EN TOESTEMMING VAN DEELNEMERS TOT DIE NAVORSING	472
BYLAE D:	VELDNOTAS WAT TYDENS EN NÁ FOKUSGROEPE AFGENEEM IS	475
TABEL 5.1	DIE UITEENSETTING VAN DIE PROSES VAN FASILITERENDE MENTORSKAP.....	390
FIGUUR 5.1	KONSEPTUELE BEELD VAN FASILITERENDE MENTORSKAP	418
FIGUUR 5.2	POTENSIEEL – VISIELE MODEL VIR FASILITERENDE MENTORSKAP	432



ORIËTERING TOT DIE NAVORSING

1.1 INLEIDING

'n Doeltreffende gesondheidsorgstelsel wat vir die maksimum bevolking toeganklik, bekostigbaar en van 'n goeie gehalte is, word wêreldwyd as 'n sleutelement in doeltreffende onderwys en volgehoue sosiale en ekonomiese ontwikkeling asook verbeterde lewenskwaliteit beskou (SAVV,1990:1).

In teenstelling hiermee, dui nuus- en mediaberigte (Netshandama-Funyufunyu, 1997:11) daarop dat gesondheidsorgdienslewering toenemend verswak. Hoewel die probleme wat ervaar word aan verskeie redes toegeskryf kan word, wek veral die lae kwaliteit van verpleging in Suid-Afrika reeds oor 'n lang tyd kommer, met weinig waarneembare verbetering. 'n Verskeidenheid redes vir die verswakking van verpleging word aangedui, soos swak werksomstandighede, wat onder meer lang werksure van professionele verpleegkundiges en Verpleegkundestudente in alle kategorieë vereis. Die afname in al die ander kategorieë van gesondheidsorgpersoneel as gevolg hiervan stel onrealistiese eise aan die verpleegkorps (SAVV,1990:1). Dan is daar ook die probleem van die erns van gehospitaliseerde pasiënte se siekte wat kritiese oordeelsvermoë vereis (SAVV,1990:5). In samehang hiermee is daar onvoldoende toerusting en fisieke aansprake weens werksoorlading (Netshandama-Funyufunyu, 1997:91). Spanning kom voor weens die hoë verantwoordelike vlakke wat verwag word. Die voortdurende stres waaraan professionele verpleegkundiges in die werkplek blootgestel word, word deur Hope *et al.* (1998:439) aangedui, met die werkklading as die faktor wat die hoogste frekwensie van stres veroorsaak. Die traumatiese situasies waaraan Verpleegkundestudente van alle kategorieë blootgestel word asook die lae outonomieit waarvoor professionele verpleegkundiges beskik (Raatikainen, 1989:92), lei insgelyks daartoe dat werksbevreeding verminder en professionele verpleegkundiges die beroep verlaat (Koorts & Marais, 1990:29). 'n Lae moreel weens onbekende redes dra daartoe by dat die klimaat in die kliniese afdelings nie bevorderlik is vir die onderrig van Verpleegkundestudente en die versorging van pasiënte nie. Wanbestuur vind van tyd tot tyd plaas, wat deur gedrag soos ongeoorloofde teebreuke en swak verpleging gekenmerk word (Searle,1984:4; Netshandama-Funyufunyu; 1997-70). Intra- en interpersoonlike rolkonflik word ervaar vanweë verskeie redes. Eerstens is daar die hoër kennisvlakke wat

vereis word teenoor dit waaroor professionele verpleegkundiges beskik met swak ondersteuning wat vanaf bestuur ervaar word. Ondoeltreffende tydsbestuur in samehang met verskeie rolverwagtings vanaf die gesondheidsorgdiensleweringorganisasie, die mediese personeel en professionele verpleegkundiges self, dra verder hiertoe by (Bousfield, 1997:245). Die genoemde redes en veral die tekort aan personeel vanweë die lae vakaturestand, swak salarisse en diensvoorwaardes wat deur die SAVV (1990:6) aangedui word, mag daartoe lei dat pasiënte verwaarloos word, wat herhaalde klagtes ontlok. Dié beeld wat na buite weerspieël word, mag volgens die mening van die navorser veroorsaak dat die klem slegs op die tekortkomings van die professionele en ander kategorieë verpleegkundiges geplaas word, terwyl die werklike redes wat daartoe lei dat professionele verpleegkundiges demoralisasie ervaar, nie aandag geniet nie.

Soos van toepassing op enige organisasie wat diens lewer, word die kwaliteit van verpleging deur die beskikbaarheid en bekwaamheid van voldoende personeel beïnvloed. Onvoldoende menslike hulpbronbeplanning in gesondheidsorgdiensleweringorganisasies in samehang met die verlies aan professionele verpleegkundiges, die beperkings op die aanstelling van voldoende en bekwame professionele verpleegkundiges vanweë ekonomiese redes, asook die afskaling van opleidingsposte vir Verpleegkundestudente van alle kategorieë, kompliseer die personeelsituasie verder. Die nypende tekort aan professionele verpleegkundiges en Verpleegkundestudente gaan gepaard met 'n kommerwekkende toename in die intensiteit en omvang van verpleegdienste wat deur verskeie kategorieë verpleegkundiges gelewer moet word. Dié neiging is reeds in 1991 deur Muller (1991:41) geïdentifiseer. Die professionele verpleegkundiges word as die belangrikste frontlinie-gesondheidsorgdiensleweraars in die gesondheidsorgdienste beskou aldus Muller (1991:41). Voortdurende negatiewe beriggewing oor die lae standaard van verpleging dui egter daarop dat die verwagtings wat aan professionele verpleegkundiges gestel word en die verpleegstandaard wat gehandhaaf behoort te word, nie realiseer nie. Netshandama-Funyufunyu (1997:11) noem dat pasiënte verwaarloos word en die onkundige praktyk van professionele verpleegkundiges tot klagtes bydra. Die klagtes en ontevredenheid van pasiënte vermeerder vanweë die veranderde houdings wat gesondheidsorgverbruikers teenoor gesondheidsorg inneem. Die beskikbaarheid van 'n gelykwaardige en omvattende gesondheidsorgdiensleweringstelsel deur die totale gesondheidsorgdiensleweringspan word as 'n reg soortgelyk aan politieke en siviele regte beskou en behoort in 'n vrye samelewing beskikbaar gestel te word.

Volgens die destydse Verpleegstersvereniging geld die volgende. Ten einde in die toenemende aanvraag na verpleegpersoneel te voorsien, het die destydse Kommissie van die Departement Nasionale Gesondheid tydens die Mount Grace Beraad reeds in April 1990 die volgende aanvaar. Teen 2005 moes 'n verpleegkundige-bevolkingsverhouding van 1:416 geïmple-

menteer wees (SAVV,1990:12). Dié verpleegkundige-bevolkingsverhouding word blykbaar nie deur deurlopende onderrig aangevul nie. Kortebout (1998:52) bevind 'n duidelike afname in die aantal Verpleegkundestudente van alle kategorieë wat die vierjarige program in Verpleegkunde voltooi, waarvoor veranderde werwing of verliese tydens die program as redes aangevoer word. Om ondoeltreffende personeelvoorsiening wat vir die toekoms voorsien word, verder te beklemtoon, bevind Kortebout (1998:54) dat minder Verpleegkundestudente in Mpumalanga, die Noordwes en Noordelike provinsies hul opleiding voltooi as wat vir die verpleegkundige-bevolkingsverhouding aanbeveel word. Dit is ook in hierdie provinsies waar hoë verhoudings van eerstejaar Verpleegkundestudente tot professionele verpleegkundiges tot die hoogste druipefers van Verpleegkundestudente aanleiding gee. Slaagsyfers is so laag as 66% en minder in die eerste jaar. Die drie genoemde provinsies het reeds in 1990 (SAVV, 1990:10) 'n hoë bevolking tot lae verpleegkundigeverhouding ervaar. Die destydse provinsies se verpleegkundige-pasiëntverhoudings in Oos-Transvaal (Mpumalanga) was 769:1, in Noord-Transvaal (Noordelike Provinsie) 1029:1 en Wes-Transvaal (Noordwes Provinsie) 521:1. Bevindings van Kortebout (1998:51) dui daarop dat die onderrig en opleiding van professionele verpleegkundiges voorheen nie op 'n rasionele plan gebaseer was nie en dat historiese en sosio-politieke kragte verpleegonderrig beïnvloed het.

Vanuit bogenoemde raamwerk en met inagneming van die verpleegkundige-bevolkingsverhouding wat wenslik is, geniet dié tekort aan professionele verpleegkundiges sedert 1994 doelgerig in die Gesondheidsplan van Suid-Afrika (ANC,1994:79) aandag. Terselfdertyd word die benadeling van gesondheidsorgdienslewering vanweë die voortdurende verlies aan dié kategorie personeel wat reeds in diens van staatshospitale is, beklemtoon. Menslike hulpbronontwikkeling wat probleemgesentreerd, geslagsensitief en gemeenskapsgerig is, word in die vooruitsig gestel. Die toepaslike heroriëntering van bestaande personeel tot die primêregesondheidsorgbenadering word in samehang beklemtoon, terwyl meer doeltreffende keuringsmetodes vir werknemers wat toetredende Verpleegkundestudente insluit, beplan word (ANC, 1994:79). Dit dui op 'n pro-aktiewe strategie. Die klem val dus hier op twee aspekte, naamlik menslike hulpbronontwikkeling ten opsigte van bestaande gesondheidsorgdiensleweringpersoneel - wat remediërend van aard is - en die keuringsmaatreëls om die korrekte toetredende personeel in diens te neem en so mislukking uit te skakel. Doeltreffend geïntegreerde akademiese ontwikkelingsprogramme word beplan ten einde die kapasiteit van alle studente wat tot die gesondheidsberoepe toetree, te ontwikkel (ANC, 1994:80).

Sedert 1997 word spesifieke riglyne neergelê in die Witskrif vir die Transformasie van die Gesondheidsstelsel in Suid-Afrika (RSA, 1997:55-60) waarvolgens prioriteite vir die verdere verloop van die opleiding en die ontwikkeling van gesondheidsorgpersoneel aandag geniet. Prioriteitdoelstellings word gestel om gesondheidsorg as 'n integrale deel van die sosio-

ekonomiese ontwikkeling volgens die behoeftes van die mense van die land te vestig en om menslike hulpbronontwikkeling sinvol aan te pak. Die professionele en persoonlike ontwikkeling van gesondheidsorgdiensleweraars word hier as belangrike rigtingwysers aanvaar. Die regte van die gesondheidsorgdiensleweraars moet gerespekteer word sodat 'n etos van omgee gevestig word en hulle nie uitgebuit word nie (RSA, 1997:64) Dit is nou etlike jare later en steeds word die ontwikkeling van gesondheidsorgdienste ten doel gestel te midde van 'n neiging tot toenemende swak gesondheidsorgdienslewering en 'n kommerwekkende verlies aan professionele verpleegkundiges wat die beroep verlaat. Die vordering in die proses van menslike hulpbronontwikkeling skyn dus nie sonder probleme te verloop nie.

Die dilemma rakende professionele verpleegkundiges wat reeds etlike jare ná registrasie in hospitale werksaam is en deur verskillende opleidingsprogramme onderrig ontvang het, asook deur verskeie benaderings in diens geneem is, bly aktueel. 'n Gebrek aan kennis bestaan egter oor die werklike behoeftes wat dié professionele verpleegkundiges ten opsigte van die leemtes in hul professionele en persoonlike vaardighede ervaar om 'n toenemend stresvolle beroep te hanteer. Remediëring van onvoldoende professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede wat hulle in staat sal stel om benewens die lewering van kwaliteitsorg ook hul onderrigrol as begeleiers en ondersteuners te kan vervul vir Verpleegkundestudente wat die B.Cur.-graad en die Diploma vir registrasie as Verpleegkundige (Algemene, Psigiatriese en Gemeenskaps-) en Vroedvrou te kan vervul, blyk ook onopgelos te wees. Die huidige klem op primêre gesondheidsorgdienslewering benodig terselfdertyd kategorieë professionele verpleegkundiges wat outonoom, kreatief en probleemoplossend te werk kan gaan en word as sodanig reeds in 1990 deur die Nasionale Gesondheidsplan vir die Republiek van Suid-Afrika aangedui (SAVV,1990:2). Hulle moet verder opgewasse wees vir die eise wat in geïsoleerde gemeenskappe ten opsigte van gesondheidsorgdienslewering gestel word. Dit verg van die professionele verpleegkundiges 'n bykomende vlak van kennis en vaardigheid asook insig en vermoë om dit in die praktyk toe te pas (SAVV,1990:2). Vanweë die behoeftes aan professionele verpleegkundige dienste is dit ook in die omvang van primêre gesondheidsorgdienslewering dat Offredy (1998:988) die grootste potensiaalverwesenliking vir verpleegpraktisyns voorsien.

Die hoë verwagtings en eise wat aan professionele verpleegkundiges gestel word, noodsaak dat die mees geskikte kandidate vanuit die voornemende studente wat verpleging as beroep wil volg, gekies behoort te word. Hiervoor is egter genoeg toetredende kandidate vanuit die jaarlikse skoolverlaters nodig. Omdat toekomstige professionele verpleegkundiges aan sekere kriteria moet voldoen ten einde toelating tot die verpleegprofessie te kry, bring dit mee dat die moontlike kandidate dienooreenkomstig sal verminder. Volgens Muller (1991:41) se beraming wat reeds in 1991 gedoen is, blyk dit dat 'n totaal van minstens 4 000 studente per jaar tot die

beroep toegelaat moes word. Dié beraming blyk nie te realiseer nie. Die destydse Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging verwys na bevindings wat volgens die konsultant, Golby se beramings, aandui dat die aanvraag die aanbod oorskry (SAVV,1990:16). Die potensiële aantal matrikulante wat volgens die historiese ontleding tot die verpleegberoep toetree, beloop slegs 3 000 potensiële kandidate in vergelyking met beroepe soos die onderwys (SAVV, 1990:16). Ten einde die voorgestelde verpleegkundige-bevolkingsverhouding te handhaaf, behoort daar dus jaarliks voldoende Verpleegkundestudente wat die B.Cur.-graad- en die Diplomaprogram in verpleegkunde volg tot die beroep toegelaat te word. In teenstelling hiermee word Verpleegkundestudentposte vir albei kategorieë afgeskaal, sodat projeksies verder verswak. In 'n verdere verwysing na Golby se beramings deur die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (SAVV, 1990:17) word aangedui dat die aantal vroulike matrikulante vir 2010 ongeveer 140 000 sal wees, uit wie daar volgens die aanname van Golby slegs 5 – 6% deur die verpleegberoep gewerf sal word. Die navorser is van mening dat die MIV/VIGS-pandemie waarskynlik dié getal toetredende kandidate verder negatief sal beïnvloed

Die Verpleegkundestudente wat wel ten spyte van die bestaande lae aanbod en dikwels problematiese beroepseise tot beide die graad- en diplomaprogramme in Verpleegkunde toetree, voltooi dan dikwels nie die program nie of verlaat die beroep kort nadat hulle hul program voltooi het. Dié verlies aan Verpleegkundestudente wat reeds vir toelating tot die beroep gekeur is, vind tot en met die derde jaar van die program plaas, hoewel dit meestal in die eerste twee jaar ernstige afmetings aanneem. Hoewel dié statistiese bevindings van die persentasie uitvalle wissel, word daar deurgaans onrusbarende hoë uitvalle by Verpleegkundestudente in beide die B.Cur.-graad en die studente wat die Diploma as verpleegkundiges volg, waargeneem. Enkele uitvalsiferys oor etlike jare heen wat hierdie neiging staaf, word vervolgens aangedui. Reeds in 1985 bevind Mearns (1985:47) dat die verlies aan voorgraadse Verpleegkundestudente hoër as 50% by een bepaalde universiteit vir die tydperk 1969 tot 1975 was. Verdere ontleding wys dat 71% van die uitvalle as gevolg van swak akademiese prestasie en 27% as gevolg van program- en verwante eise aanleiding gegee het tot mislukking. Daar word nie verdere ontleding gedoen van die program- en verwante eise nie. Muller (1991:43) dui 'n nasionale verlies van 37% aan oor die vier jaar wat die program duur. Van der Heever (1993:129) bevind ten opsigte van die moeilikheidsgraad van die program dat slegs 35% van die Verpleegkundestudente hul studie binne die voorgeskrewe vier jaar by 'n bepaalde verpleegkollege voltooi het. Meer resente bevindings deur Kortenbout (1998:52) dui aan dat slaagsiferys in sommige provinsies tussen 47% en 70% wissel. Dié data sluit uitvalle by verpleegkolleges en skole vir en departemente van Verpleegkunde by universiteite in.

Die onrusbarende hoë uitvalsiferys het gelei tot herhaalde versoeke tot beter keuringsmetodes om die uitsakking en verlies aan Verpleegkundestudente van albei kategorieë te verminder. Die

versoeke van die Kommissie van Administrasie dui reeds in 1983 volgens Rademeyer *et al.* (1983:4-9) daarop dat die keuring van toetredende Verpleegkundestudente dringend aandag moet geniet. Die probleem van uitsakking van Verpleegkundestudente blyk egter steeds onopgelos te wees, ten spyte van herhaalde versoeke tot strenger keuringsmaatreëls deur onder andere Kotzé (1987:7), Uys (1991:1-3) en die Komitee vir Universiteitsverpleeghoofde (1992:1).

Die verlies aan Verpleegkundestudente word te oordeel aan die volgehoue klem op keuring, skynbaar beskou as 'n verskynsel wat hoofsaaklik vanweë swak of afwesigheid van keuringsmetodes ontstaan. Dit mag as motivering dien vir die herhaalde versoeke wat tot beter keuringsmaatreëls by indiensneming gerig word. Hoewel keuring van groot belang is (Van der Heever, 1993:156) moet dit in gedagte gehou word dat dit slegs een komponent van die indiensnemingsproses uitmaak. Dit blyk dus dat in ooreenstemming met die ontwikkeling van gesondheidsorgpersoneel wat deur die Witskrif vir die Transformasie van die Gesondheidsstelsel (RSA, 1997:54) aangedui word dat 'n beleid vir die werwing, keuring en plasing van verpleegpersoneel en Verpleegkundestudente volgens voorafbepaalde kriteria vasgestel moet word, waarna professionele en persoonlike ontwikkeling oor 'n verdere tydperk beoog word. In die geval van die vierjarige program wat tot registrasie as Verpleegkundige (Algemene, Psigiatriese en Gemeenskaps-) en Vroedvrou lei, word die professionele ontwikkeling deur die programuitkomst bepaal, terwyl persoonlike ontwikkeling eiesoortig en individueel vasgestel behoort te word.

Die navorser is van mening dat die probleme en behoeftes wat Verpleegkundestudente ervaar wat die B.Cur.-graad en die Diploma as verpleegkundige volg om die beroepseise te hanteer, onbekend is. Indien dit wel bekend is, word die kennis wat uit onderhoude en psigomotoriese toetsing verkry word – indien laasgenoemde toegelaat word - nie gebruik om dié Verpleegkundestudente individueel en volgens eie behoeftes, persoonlike en professionele ontwikkeling, te begelei nie. Die huidige neiging om uitsluitlik kognitiewe vermoëns en sekere voorkeurvakke as toelatingsvereistes tot die verpleegberoep te beklemtoon, dui op 'n negering van die nie-kognitiewe eienskappe van die Verpleegkundestudent wat tot die beroep toetree. Dié uniekheid van Verpleegkundestudente rig die professionele en intra- en interpersoonlike groei wat sal bepaal of hulle suksesvol sal wees of nie. Die oriëntering van Verpleegkundestudente tot die beroep by aanvang van die vierjarige program fokus slegs op enkele fasette ten opsigte van diensvoorwaardes en elementêre psigomotoriese, kognitiewe en professionele vaardighede. Hierdie vaardighede word tydens 'n eenmalige oriënteringsprogram by die aanvang van die program aan hulle bekend gestel ten einde die vreemdheid van die kliniese eenhede te verminder en terselfdertyd die kliniese eenhede te ondersteun deur enkele verpleegprosedures te verrig. Die fasilitering van persoonlike en professionele groei op 'n voortgesette en

gestruktureerde wyse, gebaseer op die behoeftes en probleme wat die Verpleegkundestudente wat beide die B.Cur.-graad en die Diploma as verpleegkundige volg, mag ervaar om die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise te hanteer, geniet lukraak of geen aandag nie. Dit blyk dus dat meer aandag aan die behoud van Verpleegkundestudente van albei kategorieë gegee behoort te word. Kleinerwordende getalle Verpleegkundestudente betree die verpleegprofessie en die groot uitvalle kan nie meer toegelaat word nie. Dit is noodsaaklik om die werklike redes vas te stel vir die oënskynlike moeilikheidsgraad van die program en die onvermoë om dit binne die voorgeskrewe tydperk te voltooi.

Vir die doel van hierdie navorsing sal hoofsaaklik op die B.Cur.-graadstudente as toekomstige professionele verpleegkundiges en die probleme wat hulle ervaar, gefokus word. Dit is naamlik probleme binne die spesifieke akademiese, kliniese en persoonlike kontekste waar die programinhoud en die meegaande kliniese leergeleenthede en -ervarings as onderbou vir die akademiese komponent voltooi moet word. Voortaan sal na die B.Cur.-graadstudente as voorgraadse Verpleegkundestudente verwys word.

Vanaf die aanvang van die program word van hulle verwag om aan bepaalde professionele vereistes te voldoen, volgens 'n voorgeskrewe onderrigprogram, wat akademiese en kliniese vaardighede insluit. Die program moet binne die bestek van vier jaar by die skole vir of departemente van Verpleegkunde aan 'n bepaalde universiteit van hul keuse voltooi word. Dit sluit in verpligte hoofvakke volgens die Beroepsraad, sowel as byvakke wat die bepaalde universiteit as vereistes stel. Die vorderingsvereistes word deur die universiteit vasgestel en word in samehang met die vereistes van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geïnterpreteer. Verdere aspekte van dié konteks word volledig onder 1.4.2.2 bespreek.

Vanuit die voorafgaande bespreking kan dus afgelei word dat voorgraadse Verpleegkundestudente aan swak werksomstandighede, 'n tekort aan personeel en toenemende getalle pasiënte met verhoogde afhanklikheid weens ernstige siektes, asook aan gesondheidsrisiko's soos MIV/VIGS, blootgestel word. Voorgraadse Verpleegkundestudente is noodwendig tydens naweke en universiteitsvakansies aan deurlopende werksdruk in die kliniese eenhede blootgestel. Die dubbele lading van akademiese verpligtings en die kliniese komponent bemoeilik die program aansienlik in vergelyking met programme wat slegs akademiese betrokkenheid vereis. Daar word volgens Greeff (1995:3-4) van die Verpleegkundestudente in die algemeen verwag om vinnig hul bestaande hanteringsmeganismes te wysig en probleemoplossingsmetodes aan te leer ten einde die veranderende situasies in die kliniese milieu te kan hanteer. Dit geld ook vir die voorgraadse Verpleegkundestudente.

Die begeleiding en ondersteuning wat voorgraadse Verpleegkundestudente benodig, word tans hoofsaaklik deur die akademiese Verpleegkundes dosente of kliniese professionele

verpleegkundiges onderneem, wat nie altyd gereedlik beskikbaar is nie. Die multidisiplinêre span wat die begeleiers en ondersteuners van die voorgraadse Verpleegkundestudente in die akademiese en kliniese eenhede asook die geneesherse en die paramediese personeel mag insluit, word in 'n mindere of meerdere mate by die begeleiding van voorgraadse Verpleegkundestudente betrek. Die begeleiding en ondersteuning hang daarvan af of 'n geïntegreerde spanbenadering en formele saalrondes aangemoedig word. Andersins vind min interaksie volgens die mening van die navorser tussen bogenoemde groepe plaas.

Daar bestaan 'n neiging om in die algemeen hoofsaaklik voorkeur te gee aan Verpleegkundestudente se professionele ontwikkeling, terwyl die persoonlike dimensie grootliks uit die oog verloor word. Greeff (1995:22) vra tereg of Verpleegkundestudente, wat die voorgraadse Verpleegkundestudente insluit, werklik in staat gestel word om dié dimensies te integreer wat veral in die lig van 'n toenemende verskraling in die diensmotief ernstige aandag verdien.

1.2 PROBLEEMSTELLING

'n Oorsig oor die rasionaal dui daarop dat die verlies aan professionele verpleegkundiges en Verpleegkundestudente vanweë die onderskeie redes wat in 1.1 bespreek is, kommer wek. In samehang hiermee veroorsaak die swak ekonomie 'n verlaging in die voorsiening van hoë gehalte gesondheidsorgdienste weens die gelyktydige afskaffing van poste wat vir die twee genoemde kategorieë Verpleegkundestudente bestaan. Dit vererger die tekort. Voorgraadse Verpleegkundestudente wat die dubbele lading van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise moet dra, bevind dat hulle vanweë die personeeltekort as werkkragte in 'n gedurig veranderende kliniese milieu aangewend word. Die gesamentlike beheer oor verpleegonderrig deur die skole vir of departemente van Verpleegkunde aan universiteite in samewerking met die geassosieerde gesondheidsorgdienslewingsorganisasies, kompliseer die situasie verder. Voorgraadse Verpleegkundestudente is gevolglik vir hul eie persoonlike en professionele optrede verantwoordelik. Die genoemde onderriginstansies en gesondheidsorgdienslewingsorganisasies funksioneer outonoom en onafhanklik van mekaar sodat die infrastruktuur nie ruimte vir 'n geïntegreerde benadering tot ondersteuning en begeleiding van die voorgraadse Verpleegkundestudente laat nie. Dit ten spyte daarvan dat doeltreffende akademiese onderrigprogramme reeds in 1994 (ANC, 1994:80) as 'n behoefte bepleit is.

Hierdie navorser se subjektiewe belewenis as Verpleegkundosedosent wat oor etlike jare deurlopend betrokke was by voorgraadse Verpleegkundestudente, is dat verskeie vrae oor die probleme wat gedurende die vierjarige B.Cur.-graad ervaar word, onbeantwoord bly. Dit blyk en

is ook bevestig dat dié voorgraadse Verpleegkundestudente die beroep met entoesiasme betree en terselfdertyd gemotiveerd en toegewyd met 'n goeie diensmotief tydens en direk na indiensneming optree (Van der Colff, 2001:96). Volgens die navorser word 'n duidelik waarneembare verskil by individuele voorgraadse Verpleegkundestudente by die aanvang van die tweede semester van die eerste jaar bemerk. Motiveringsvlakke neem tydens die tweede jaar af en bereik 'n laagtepunt tydens die derde jaar (Van der Colff, 2001:97). Deurlopende aanduidings van swak prestasie, negatiwiteit, fisieke vermoeienis en ontnugtering met die beroep en rolmodelle begin by die meerderheidsgroep na vore kom aan die einde van die tweede jaar en is soortgelyk deur die navorser opgemerk. 'n Minderheidsgroep toon wel deurlopende positiewe gedrag, goeie akademiese en kliniese prestasie, asook beroeps-identifikasie en toekomsvisie. Die ingesteldheid van individuele voorgraadse Verpleegkundestudente toon min of meer 'n konstante verloop, met 'n herhaling van ooreenstemmende prestasie in opeenvolgende jaargange. Dit wissel van baie swak akademiese en kliniese prestasie tot uitstekende prestasie in die verskillende vakgebiede en jaargange wat voltooi word. Die redes vir die akademiese en/of kliniese prestasie, hetsy swak, goed of uitstekend, blyk verskuild te wees. Min ooreenstemming tussen die belewenisse wat hulle verbaliseer deur die verloop van die program is waargeneem. Blamering van uiteenlopende faktore wat kollektief op die programverwagtings en -eise van die beroep dui, mag tussen jare en groepe verskil. Dit veroorsaak egter groot ongelukkigheid by voorgraadse Verpleegkundestudente, wat op die verandering in hul houding en ingesteldheid mag dui. Die begeleiding en ondersteuning wat voorgraadse Verpleegkundestudente ontvang, berus meestal op aannames en word meestal afgestem op dit wat die akademiese personeel as van belang beskou. Bogenoemde waarnemings asook 'n dieperliggende belangstelling in die begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente op professionele en persoonlike vlak het die vraag by die navorser laat ontstaan na die werklike wyse waarop dié studente die programverwagtings en -eise tydens die vierjarige kursus ervaar. 'n Leemte bestaan omdat weinig navorsing nog gedoen is oor die werklike belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente tydens die vierjarige program ten opsigte van die hantering van die professionele en persoonlike verwagtings en -eise wat aan hulle gestel word. Die belang daarvan om die programverwagtings en -eise vanuit die verwysingsraamwerk van die voorgraadse Verpleegkundestudente vas te stel en te deurskou, het 'n noodsaaklikheid geword ten einde beplande en toepaslike individuele begeleiding en ondersteuning te verleen. Die navorsing is dus daarop gerig om nuwe kennis ten opsigte van die wyse waarop voorgraadse Verpleegkundestudente die programverwagtings en -eise ervaar, te ontgin en hulle toe te laat om self te verbaliseer hoe hulle die kursus ervaar. Beide professionele en persoonlike belewenisse wat ervaar word en die moontlike meegaande oplossings, sal van waarde wees.

Die enkele navorsingstudies ten opsigte van die ontwikkeling en ondersteuning van studente in die algemeen sluit dié van Van der Walt (1987) en Nienaber (1992) in wat studente-ontwikkeling aan universiteite in enige gegewe studierigting betref. Venter (1991) het die emansipasie van die student nagevors. Hoewel bogenoemde navorsing wel aktueel is vir akademiese situasie waarin voorgraadse Verpleegkundestudente hulle bevind, dek dit nie die kliniese verpligtings as onderbou van die akademiese komponent wat die program aan hulle stel nie. Verpleegnavorsers wat aandag gee aan enkele aspekte rondom professionele en persoonlike groei in verpleegkundiges, sluit Kotzé (1979) in, wat die begeleiding in die Verpleegkunde navors. Styrbicki (1986) dek die begeleiding van verpleegkundiges in die ontwikkeling van interpersoonlike vaardighede, terwyl Peens (1990) met behulp van 'n verrykingsprogram selfverwesening by die psigiatrisiese verpleegkundige moontlik maak. Tessman (1993) se model dek die ontwikkeling van die Verpleegkundestudent as 'n fasiliteerder in interaksie met pasiënte. Chidrawi (2000) spreek die behoefte aan paraatheid by verpleegkundiges vir spiritueel-sensitiewe verpleging uit. 'n Geïntegreerde benadering waarvolgens die professionele en persoonlike groei van voorgraadse Verpleegkundestudente ná indiensneming deur begeleiding en ondersteuning gefasiliteer kan word en wat nie slegs op enkele dimensies, byvoorbeeld kognitiewe faktore fokus nie, word nog nie gevolg nie.

Die fokus van hierdie navorsing is dus hoofsaaklik daarop gerig om die werklike belewenis van die voorgraadse Verpleegkundestudent te verken, sodat begeleiding en ondersteuning direk ná indiensneming pro-aktief en remediërend aandag kan kry om uitvalle te verminder. Die begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente deur alle rolspelers volgens die individuele behoeftes wat dié studente ervaar en wat hulle in staat behoort te stel om toepaslike professionele bekwaamhede en voldoende lewensvaardighede te ontwikkel, is tot dusver lukraak onderneem. 'n Moontlike gebrek aan lewensvaardighede by voorgraadse Verpleegkundestudente kan die belewenisse van die programverwagtings en die -eise kompliseer. Met doeltreffende begeleiding en ondersteuning sou dié leemtes dus geïdentifiseer en pro-aktief aandag kon geniet, terwyl minder doeltreffende professionele en lewensvaardighede deurlopend en remediërend reggestel kon word. Gestruktureerde begeleiding en ondersteuning ten opsigte van die ontwikkeling van professionele bekwaamheid in samehang met persoonlike vaardighede gedurende die vierjarige program sou dus 'n oplossing wees. Daar bestaan dus nog nie 'n pro-aktiewe en remediërende benadering ten opsigte van die fasilitering van persoonlike en professionele groei by voorgraadse Verpleegkundestudente wat hulle in staat sal stel om die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise te hanteer nie. Die konseptualisering van so 'n model vanuit die begronde data behoort van waarde te wees.

Die beoogde begeleiding en ondersteuning kan slegs onderneem word indien die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar en wat 'n impak op hul professionele en persoonlike groei - hetsy op 'n positiewe of negatiewe wyse – uitoefen, verken, beskryf en geïnterpreteer word. 'n Interpretasie van die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese asook die onafwendbare meegaande persoonlike programverwagtings en -eise, sal daartoe bydra dat die professionele en persoonlike groei op pro-aktiewe en remediërende wyse gefasiliteer kan word.

Die navorsingvrae wat uit die voorafgaande probleemstelling ontstaan, kan soos volg geformuleer word:

- Hoe beleef die voorgraadse Verpleegkundestudente die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat die vierjarige B.Cur.-program aan hulle stel?
- Hoe sou 'n geskikte model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning daar uitsien?

1.3 DIE NAVORSINGSDOELSTELLINGS

In die lig van voorafgaande inleiding en probleemstelling word die volgende navorsingsdoelstelling en doelwitte aangedui.

Die oorhoofse doelstelling van die navorsing is om die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise te verken en te beskryf. Na 'n ontleding deur verskeie koderingstegnieke sal die data geïnterpreteer en 'n model gekonseptualiseer word waardeur professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente op 'n pro-aktiewe en remediërende wyse deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning gefasiliteer kan word.

In die lig van die bogenoemde doelstelling word die volgende doelwitte gestel, naamlik om:

- Voorgraadse Verpleegkundestudente se belewenisse ten opsigte van die akademiese en kliniese eise wat die verpleegberoep aan hulle stel, te verken, te beskryf en te interpreteer; en
- 'n model waardeur die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning onderneem kan word, te ontwikkel.

1.4 BOTES SE MODEL VIR NAVORSING IN DIE VERPLEEGKUNDE

Die model van Botes (1992:36-42) vir navorsing in die Verpleegkunde word in samehang met die navorsingsdeterminante en besluite wat ten opsigte van die navorsingsmetodologie geneem word, toegelig.

Volgens die model van Botes (1992:36-42) vind navorsing in die Verpleegkunde op drie vlakke plaas, naamlik:

- Die paradigmadiese perspektief van die navorser (derde vlak);
- die navorsingsmetodologie en teorievorming (tweede vlak); en
- die verpleegpraktyk (eerste vlak).

Die paradigmadiese perspektief sluit volgens Botes (1992:36-42) in die metateoretiese, die teoretiese en metodologiese aannames wat die navorser huldig. Die navorsingsmetodologie omsluit die navorsingsbesluite wat geneem word en die teorievorming wat plaasvind, terwyl die verpleegpraktyk die terrein aandui waar die navorsing en die aktiwiteite van verpleging plaasvind.

In hierdie hoofstuk word 'n toepaslike beskrywing gegee van elke komponent van die paradigmadiese perspektief as derdevlakaktiwiteit, asook van die verpleegpraktyk as eerstevlakaktiwiteit. Die navorsingsmetodologie as tweedevlakaktiwiteit word volledig in Hoofstuk 2 bespreek.

1.4.1 Die paradigmadiese perspektief (derde vlak)

Volgens Botes (1992:36-42) se model word aangedui dat 'n paradigma uit metateoretiese, teoretiese en metodologiese komponente bestaan. Die paradigmadiese perspektief van die navorser word kortliks aangedui aangesien dit as navorsingsdeterminant rigtinggewend vir die navorsing sal wees.

1.4.1.1 METATEORETIESE AANNAMES

Die metateoretiese aannames wat deel vorm van die konseptuele raamwerk (nie-epistemies) van die dissipline, dien as 'n aanvaarde struktuur wat die navorsingshandeling rig. Dit is dus noodsaaklik dat die mensbeskouing van die navorser kortliks toegelig word.

1.4.1.1.1 Die lewens- en mensbeskouing van die navorser

Die lewens- en mensbeskouing wat die navorser huldig, impliseer dat die basiese openbaring van God in sy Woord betrekking het op die volle totale werklikheid en menslike lewe (Botha, 1992:10). Die onlosmakende eenheid van die mens - liggaam, siel en gees - word in ag geneem wanneer na voorgraadse Verpleegkundestudente as individue verwys word.

Die mensbeskouing wat in hierdie navorsing onderskryf word, is volgens Van der Walt (1994:194) 'n beskouing oor man en vrou, 'n komplekse en dinamiese konfigurasie van 'n verskeidenheid aspekte en funksies, godsdienstig gerig in alle gedagtes en aksies (die beeld van God) wat in gehoorsaamheid aan God se Wet behoort te leef en as 'n rentmeester van God se Skepping geroep word. Die mens as 'n verlore sonder in Christus moet veg teen die gebrokenheid van die wêreld en liefde vir die medemens openbaar in dieselfde mate waarin selfliefde ervaar word. Die mens moet die verpligtings binne die onderskeie sosiale verwantskappe ken en moet sy/haar roeping, outoriteit en mag binne hierdie verhoudings met insig en verantwoordelikheid - gemotiveer deur diens - uitleef. Die mens bestaan nooit alleen as individu nie, maar altyd in verhouding tot andere in die gemeenskap. Dit omsluit 'n wye verskeidenheid van samelewingsverbande, onder meer die huwelik, 'n beroep, vriendskappe en ander verhoudings, soos in gesinsverband. Die mens is die kroon van die skepping en is nie slegs mens nie, maar word mens wat deur verskeie fases vanaf kinderjare tot bejaardheid (en dood) vorder en tot 'n heel persoon ontwikkel. Die mens word deur Christus vernuwe en die Ewige Lewe beloof en sal deur die Opstanding 'n onverganklike liggaam beklee waar die mens se strewe na heelheid voltooid sal wees (Van der Walt, 1994:166).

Die voorgraadse Verpleegkundestudent as 'n eenheidswese tree in verhouding met ander en met 'n verskeidenheid van samelewingsverbande, waardeur daar interaksie plaasvind. Hierdie navorsing fokus hoofsaaklik op die belewenis van voorgraadse Verpleegkundestudente oor die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat aan hulle gestel word. In hul verhouding met ander individue, medekollegas en samelewingverbande, ervaar die voorgraadse Verpleegkundestudente begeleiding en ondersteuning van verskeie begeleiers en ondersteuners, wat tot positiewe of negatiewe uitkomst aanleiding mag gee.

Die navorser is van mening dat dit die verantwoordelikheid van alle begeleiers, ondersteuners, vriende en ander wat by die begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente in die akademiese sowel as in die kliniese milieu betrokke is, om nie alleen professionele nie, maar ook persoonlike groei van dié jong volwassenes in hul strewe na heelheid te fasiliteer. Die uiteindelijke verantwoordelikheid vir professionele en persoonlike groei berus egter by die voorgraadse Verpleegkundestudente self wat in hul strewe na heelheid lewenslank 'n bereidheid tot groei in beide dimensies behoort te openbaar.

1.4.1.1.2 Gesondheid

Die mens tree onlosmaaklik as fisieke, psigiese en spirituele eenheidswese in verhouding met sekere samelewingstrukture waarin die individu hom/haarself bevind. Die mens streef deurgaans daarna om deur middel van die vermoëns of potensiaal wat sy/haar temporaliteit toelaat, lewensvaardighede te verwerf, wat sy/haar in staat stel om gesondheid te bevorder, in stand te hou en te herstel en toon die vermoë om na optimaliteit te streef. Vanweë die verbintenis van die mens wat nooit alleen nie, maar altyd in verhouding tot die samelewing verkeer, oefen verskeie faktore binne die samelewingsverbande 'n invloed uit op die mens, wat deurlopend poog om stabiliteit en beheer te behou oor die faktore wat dié eenheid versteur. Die definisie van gesondheid van Gross, Nolte en Smith (1996:3) word aanvaar. Dié outeurs beskryf gesondheid as 'n interne sowel as 'n eksterne spektrum van welsyn/ongesteldheid, met die potensiaal om altyd na 'n hoër vlak van welsyn te streef. Die gesondheidspektrum het aktualiseringspotensiaal en kan van oomblik tot oomblik verander na gelang van die interaksie tussen dimensies van die interne en eksterne omgewing. Die interne omgewing dui op die unieke eenheid van die mens binne sy verhouding met die eksterne samelewingsverbande wat hy/sy handhaaf.

1.4.1.1.3 Verpleging

Verpleging is 'n subdissipline van die gesondheidorgdiensleweringstelsel wat binne afhanklike, onafhanklike en interafhanklike dimensies verleen word ten einde gesondheid te bevorder, dit in stand te hou en te herstel. Die mens as eenheidswese binne die bepaalde samelewingsverbande waarin hy/sy verkeer, se gesondheid word bevorder, in stand gehou en herstel binne die verskillende dimensies waarin verpleging verleen word. Hy/sy word in staat gestel om die optimale verwesenliking van die gesondheidspotensiaal waarvoor hy/sy op die gegewe stadium beskik, te bereik. Wanneer die mens nie in staat is of gestel kan word om onafhanklik gesondheid in stand te hou of te herstel nie, word verpleging as altruïstiese diens verleen aan diegene wat in 'n terminale fase van lewe verkeer. So word die menswaardigheid van die individu behou en ervaar die sterwende en sy/haar naasbestaandes sin, selfs in die verlies van die temporale lewe.

1.4.1.1.4 Die omgewing

Die omgewing is die samelewingstrukture waarbinne die mens as fisieke, psigiese en spirituele eenheidswese hom/haar in verhouding tot die medemens of ander wesens van die skepping bevind. Die omgewing word volgens die skeppingsopdrag van God deur die mens beheer en is as sodanig aan die mens se naasbestaan met andere binne die samelewingstrukture verbonde.

Die mens as eenheidswese vestig deurlopend verhoudings met sy/haar medemens en die omgewing, wat positief of negatief ervaar mag word. Hierdie verhoudings sal bepaal of optimale lewenskwaliteit en gesondheid behou of lyding getransendeer kan word en of siekte en lyding lewenskwaliteit en gesondheid sal inhibeer.

1.4.1.1.5 Siekte

Siekte is die verlies aan vermoëns tot of stabiliteit in gesondheidspotensiaal wat die mens in die fisieke, psigiese en spirituele eenheid ervaar en wat binne die raamwerk van die samelewingsverbande manifesteer, sodat gesondheid tydelik of permanent onbereikbaar ervaar word, ten spyte van 'n strewe na die optimale gesondheidspotensiaal waaroor die mens beskik.

1.4.1.2 DIE TEORETIESE AANNAMES VAN DIE NAVORSER

Daar word in hierdie navorsing vanuit die begroendeteorie-benadering volgens Strauss en Corbin (1990:23) nuwe kennis aangaande 'n bestaande fenomeen genereer. Die bevindings word met die literatuur vergelyk om die data te bevestig al dan nie. 'n Verdere verdiepende literatuurstudie word gebruik om 'n model vir pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning te ontwikkel.

1.4.1.2.1 Die sentrale teoretiese argument

Die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat die vierjarige B.Cur.-graad aan hulle stel, word as intrinsiek verweef met die onderriginstansies, naamlik die skole vir of departemente van Verpleegkunde in samewerking met geassosieerde gesondheidsorgdienslewingsorganisasies wat as kontekste dien, verken. Die veranderlikes, wat die programverwagtings en -eise kompliseer, die mate waarin dit gebeur asook die wyse waarop begeleiding en ondersteuning onderneem behoort te word en die gevolge wat hieruit ontstaan, word vasgestel. Die vertrekpunt waarvan uitgegaan word, is dat begeleiding en ondersteuning wat deur voorgraadse Verpleegkundestudente as onafhanklike leerders benodig word, spesifieke *betrokkenheid* van die begeleiers en ondersteuners in die akademiese en kliniese kontekste vereis. Dit sal meebring dat daar nie in isolasie op die verantwoordelikheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van hul eie professionele en persoonlike groei gefokus word nie. Kennis van voorgraadse Verpleegkundestudente se belewenisse van die akademiese en kliniese eise wat die vierjarige B.Cur.-graad aan hulle stel, behoort die navorser dus van inligting te voorsien waardeur 'n model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van

professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning ontwikkel kan word.

1.4.1.2.2 Die konseptuele omskrywings

Die volgende konsepte is sentraal tot die navorsing en word vervolgens gedefinieer en omskryf. Aangesien die begrondeteorie-metode in hierdie navorsing gevolg word, ontwikkel die konsepte uit die navorsingsresultate en vanuit die bevestigende en verdiepende literatuurstudies wat onderneem is. Daar word dus nie na spesifieke outeurs se sienings verwys nie, maar konsepte beskryf wat sentraal tot die studie staan. Die konsepte word ter wille van duidelikheid vir die leser by die aanvang van die navorsingsproses in perspektief geplaas. Die konsepte het egter slegs na voltooiing van die navorsingsproses relevansie verkry.

(i) Voorgraadse Verpleegkundestudente

'n Voorgraadse Verpleegkundestudent is 'n persoon wat die vierjarige geïntegreerde B.Cur.-graad volg wat tot registrasie as 'n verpleegkundige (algemene, psigiatriese en gemeenskaps-verpleegkundige) en vroedvrou lei, volgens Regulasie 425 van 22 Februarie 1985 soos gewysig (SARV, 1985) en ten opsigte waarvoor sy om registrasie aansoek doen in die Republiek van Suid-Afrika behoudens die bepalings van die Wet op Verpleging, 50 van 1978 en enige ander bepaling van dié Wet. Voorgraadse Verpleegkundestudente is vir die doel van hierdie studie by die skole vir of departemente van Verpleegkunde aan bepaalde universiteite ingeskryf en by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer. Die kennis wat benodig word ten einde hulle in staat te stel om as professionele verpleegkundiges te funksioneer, vereis dat aan beide die professionele en die persoonlike aspekte van verpleegonderwys, waarin leergeleenthede en -ervarings voltooi moet word en vasgestelde standaarde deur die Beroepsraad en die universiteite vir suksesvolle voltooiing vasgestel is, voldoen moet word.

(ii) Leerbegeleiding en -ondersteuning

Leerbegeleiding en -ondersteuning berus op die andragogiese benadering en behels in hierdie navorsing alle handelings wat deur die mentors interafhanklik met die voorgraadse Verpleegkundestudente en die organisasiebestuur wat die verpleegonderrig en gesondheidsorgdienslewering beheer, onderneem word. Die mentors as prosesbestuurders fasiliteer 'n leeromgewing en -klimaat waarin selfgerigte leer en positiewe ondersteuning van idees van voorgraadse Verpleegkundestudente plaasvind. Dit gaan met die toepaslike wysiging in klaskamer- en aanbiedingstyl gepaard. Begeleiding word geïndividualiseer met beplande hulp, volgens die behoeftebepaling, onderneem. Doeltreffende leerbestuur ten opsigte van realiteitsgebonde kurrikulering en die bevordering van selfgerigte leer by voorgraadse Verpleeg-

kundestudente word onderneem. Mede-eksplorering van kennis en die daaropvolgende formatiewe en opsommende leerevaluering word interafhanklik tussen die mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente onderneem. 'n Onderrigkomitee wat uit akademiese en kliniese mentors bestaan, koördineer die dubbele lading en besin oor die teoretiese leerinhoud wat nie sinvol in kliniese eenhede geïntegreer kan word nie. Formele en informele kommunikasie- en samewerkingstrukture word gevestig tussen alle rolspelers wat by leerbegeleiding en -ondersteuning betrokke is. Dit versterk die interafhanklike wyse van leerbegeleiding en -ondersteuning. Netwerke vir hulpverlening word vir voorgraadse Verpleegkundestudente geskep wanneer spesifieke Verpleegkundementors nie beskikbaar is nie. Die daarstelling van verpleegonderrig word deur die organisasiebestuur gefasiliteer ten einde leeroutonomie as leeruitkomste te bewerkstellig. Die beplanning en benutting van ondersteuningsprogramme wat op sosio-ekonomiese, kognitiewe en nie-kognitiewe, asook kulturele veranderlikes van toepassing is, word aangemoedig.

(iii) Kliniese begeleiding en ondersteuning

Die konteks van kliniese begeleiding en ondersteuning word binne formele samewerkingstrukture tussen die bestuur van die onderriginstansies en die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies uitgeklaar. Samewerking word verkry tussen akademiese mentors, wat 'n koppelrol vervul, die kliniese mentors, asook die voorgraadse Verpleegkundestudente ten einde kliniese begeleidingsbehoefte binne spesifieke kontekste te beplan en te verwesenlik. Beplande leergeleenthede word voorsien ten einde leerervarings te voltooi. Akademiese en kliniese mentors se aktiewe betrokkenheid aan toegewese formele en informele kliniese begeleiding om leergeleenthede te benut en evaluering te onderneem, word as verpligtend beskou. Kliniese begeleiding en ondersteuning fokus op die realiteit van die kliniese milieu en benut toepaslike strategieë ten einde die realiteitskok te bekamp. Dit noodsaak vertrouwdheid van mentors met die geheelaansprake van die program. Mentors handhaaf respekvolle interaksies en toon begrip en empatie met die begeleidings- en ondersteuningsbehoefte wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar. Passing tussen die mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente word aangemoedig. Erkenning word verleen aan die individualiteit van die voorgraadse Verpleegkundestudente, pasiënte en kollegas binne 'n omgeeverhouding. Rolmodellering word vereis sodat die korrekte werksmetodiek en kwaliteitverpleging in die kliniese eenhede kan plaasvind. Vir die doel word voorgraadse Verpleegkundestudente as ko-eksplorieerders van resente kliniese vaardighede benut ten einde nuwe vaardighede aan die onderriginstansie bekend te stel.

Die studentstatus en die toegelate bestek van praktyk van die voorgraadse Verpleegkundestudent fasiliteer die ontwikkeling van outonomie ten opsigte van die verpleeghandelings

deurdat onderrig- en leerervarings wat onafhanklike praktyk en outonomieit aanmoedig, in professionele bekwaamheid kulmineer.

(iv) *Persoonlike begeleiding en ondersteuning*

Persoonlike begeleiding en ondersteuning by die aanvang van die program is primêr daarop gerig om die adolessent wat tot die beroep toetree, te ondersteun en sy/haar emosionele en lewensvaardighede uit te brei. Mentors met 'n gevestigde eie lewens- en mensbeskouing modelleer emosionele volwassenheid, 'n gebalanseerde lewenswyse en beskik oor lewensvaardighede om stres, verandering- en konflikbestuur te onderneem. Motiveringstrategieë ter bekamping van 'n lae moreel, selfbestuur, verantwoordelikhied vir eie lewenskeuses en probleemoplossingsvaardighede word in die programinhoud ingebou en deur bekwame en vaardige mentors geïmplementeer. Die fasilitering van 'n positiewe selfbegrip, aanvaarding van die self en ander, 'n realiteitsfokus, met doelbewuste ontwikkeling van volhardende gedrag om leeruitkomste in beide akademiese en kliniese situasies te bereik, word benodig. Persoonlike begeleiding en ondersteuning is slegs moontlik indien die leemtes wat voorgaande Verpleegkundestudente ervaar, bekend is. 'n Sekere mate van profielvasstelling binne 'n vertrouensverhouding word aangemoedig.

(v) *Pro-aktiewe en remediërende fasilitering*

Fasilitering dui op die wyse waarop iets makliker gemaak word of dat bepaalde hulp verleen word. Die proses waarop fasilitering onderneem word, mag wissel deur pro-aktief of remediërend te wees. 'n Pro-aktiewe wyse van hulpverlening maak geleentheid vir ontwikkeling aan individuele of groepe voorgaande Verpleegkundestudente moontlik deur 'n gunstige onderrig-leerklimaat in die akademiese en kliniese milieu te skep. Hierdeur word leer- en kliniese begeleidingsprosesse op so 'n wyse bestuur dat individuele verantwoordelikheid vir eie gedrag ervaar word, wat hulle in staat stel om stelsels te verander wat nadelig is of om dit beter te bestuur om doelwitte te bereik. Die aspek van remediëring van moontlike ontoereikende professionele bekwaamhede en persoonlike lewensvaardighede word as 'n verdere veranderlike tot die begrip van fasilitering toegevoeg.

(vi) *Fasiliterende mentorskap*

Fasiliterende mentorskap verwys na die aard van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat interafhanklik tussen mentors, die organisiebestuur en die voorgaande Verpleegkundestudente onderneem word. As rolmodelle beskik mentors oor basiese /nagraadse kwalifikasies ten opsigte van professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede en/of oor formele opleiding as mentors. Programkongruente leeroutonomie en

professionele bekwaamheid ten opsigte van die akademiese en kliniese aspekte van Verpleegonderrig word deur selfgerigte leer by voorgraadse Verpleegkundestudente gefasiliteer. Teoreties-kliniese integrasie word gefasiliteer deur pro-aktiewe beplanning en begeleiding asook remediëring binne 'n geformaliseerde program waarby alle mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente en die bestuur van die onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies betrokke is. Mentors aanvaar gedelegeerde outoriteit en verantwoordelikheid ten einde noodsaaklike begeleiding en ondersteuning volgens die individuele behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente te fasiliteer. Kwaliteitstandaarde ten opsigte van verpleging word behou en die meegaande organisatoriese en wetlike beleidsbepalings word geëerbiedig. Mentors beskik oor voldoende leeroutonomie, professionele bekwaamheid asook emosionele volwassenheid en intra- en interpersoonlike lewensvaardighede ten einde hulle in staat te stel om as veranderingsagente op te tree en die genoemde vaardighede by voorgraadse Verpleegkundestudente en kollegas te fasiliteer. Hierdeur word programkongruente leeruitkomste bereik waardeur wederkerige professionele en persoonlike groei by alle rolspelers kan plaasvind.

1.4.1.3 DIE METODOLOGIESE AANNAMES VAN DIE NAVORSER

Induktiewe en deduktiewe metodes vir data-insameling en -ontleding en teoriegenerering word in die vooruitsig gestel. Die navorsingsmetodologie word aan die hand van Botes se model (1992:36-42) vir navorsing in die Verpleegkunde onderneem. Die funksionele denkbenadering van Botes dien as uitgangspunt waardeur daar gepoog word om deur middel van die navorsing die kennisvlakke en betrokkenheid van rolspelers wat vir die begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente verantwoordelik is, te wysig. Die moontlike bruikbaarheid van die model in die praktyk en die bydrae tot die verbreding wat dit tot die kennisinhoudelike van verpleegonderrig sal lewer, ondersteun die funksionele denkbenadering. Die verpleegpraktyk volgens Botes (1992: 36-42) word vervolgens bespreek.

1.4.2 Verpleegpraktyk (*eerste vlak*)

Die verpleegpraktyk vorm die eerste vlak en is die terrein waar navorsing en die aktiwiteit van verpleging plaasvind. Hoewel verpleging op die kennisinhoudelike van die dissipline berus, handel die pasiënt en die personeel dikwels volgens leke-interpretasies wat op ervaring en waardes berus (Botes, 1992:39). Dit impliseer dat die navorser sy/haar navorsingsonderwerp met betrekking tot die waardes van die persone in die tyd-ruimtelike konteks moet bedink, aangesien dié waardes en norme 'n invloed op die handeling van die persone en gevolglik op die interpretasies van die handelings uitoefen. Die kenmerke eie aan die navorsingsterrein

beïnvloed die navorsingsbesluite wat geneem word vanweë die eiesoortige eise wat dit aan die navorser stel en wat in ag geneem moet word om waarheidsgetrouheid te verseker. Dié aspekte word deurgaans in ag geneem.

1.4.2.1 KENMERKE VAN DIE NAVORSINGSTERREIN

Voorgraadse Verpleegkundestudente wat die vierjarige B.Cur.-graad deurloop, is as individue, interpersoonlik en verhoudinggebode, betrokke binne multidissiplinêre spanverband waar omvattende gesondheidsorgdienste aan pasiënte gelewer word. Die voorgraadse Verpleegkundestudente beoefen hul rol en funksies as volwaardige en onafhanklike lede binne multidissiplinêre spanverband. Hulle is slegs afhanklik van die Wet op Verpleging (Wet 50 van 1978) en die regulasies wat van toepassing is op die bestek van praktyk van persone wat kragtens dié Wet geregistreer of ingeskryf is. Die regulasies wat die bestek van praktyk van professionele en ingeskrewe verpleegkundiges beheer, Regulasie 2598 van 1984 (SARV, 1984) soos gewysig in 1987, ontstaan uit artikel 45 (1) (q) van die Wet op Verpleging, 1978 (50 van 1978). Hul interafhanklike funksies in samewerking met die lede van die multidissiplinêre span impliseer dat omvattende gesondheidsorgdienste verleen sal word deur die gesondheid van die pasiënt te bevorder, in stand te hou en te herstel, wat groter voordeel vir die pasiënt en alle rolspelers inhou. In die breër konteks oefen veranderinge in politieke en kultuurhistoriese konteks, asook sosiale, ekonomiese, wetlike en religieuse aspekte, in samehang met mediese etiese oorwegings, 'n dinamiese invloed op gesondheidsorgdienslewering uit wat die ideaal van omvattende gesondheidsorgdienste belemmer. Terwyl die prosesse van verandering onvoltooid voorkom, bemoelik dit die optimale funksionering van alle rolspelers en spesifiek ook dié van die voorgraadse Verpleegkundestudent, wat 'n verdere komplisering van die verpleegpraktyk veroorsaak.

Die professionele en persoonlike programverwagtings en -eise wat aan die voorgraadse Verpleegkundestudent gestel word, sluit die akademies- en kliniesgerigte aansprake in wat weens die dubbellading, ook persoonlike aansprake stel en die moontlikheid van akademiese sukses verder mag verskraal. Gebruik en tradisies in verpleging lei dikwels tot stagnasie en soms selfs agteruitgang in die lewering van kwaliteit verpleging. Hierdie veranderlikes en moontlike ander onbekende oorsake wat belemmerend op die persoonlike en professionele groei van voorgraadse Verpleegkundestudente inwerk, maak dit noodsaaklik om op wetenskaplike wyse 'n verkenning van die wisselende toestande binne bestaande akademiese en kliniese kontekste waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente blootgestel word, te onderneem. Hierdeur word daar nie alleen 'n verbreding van die kennisinhoudelike aspekte van die verpleegpraktyk onderneem nie, maar ook 'n bydrae gelewer tot die verbetering van bestaande praktyke en die regstelling van leemtes wat aanleiding gee tot lae kwaliteit

verpleging. Hierdie navorsing fokus dus op beide die akademiese en kliniese eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente tydens die vierjarige program gestel word deur die Skool vir en departemente van Verpleegkunde en die geassosieerde gesondheidsorgdienslewerings-organisasies. Die begeleiding en ondersteuning wat aangebied word in die verskillende *kontekste* waarin hierdie voorgraadse Verpleegkundestudente hulle bevind, benodig insgelyks uitklaring. Die navorsingskonteks waaraan hulle blootgestel word en die vereistes waaraan hulle moet voldoen, word vervolgens bespreek.

1.4.2.2 DIE NAVORSINGSKONTEKS

Die navorsingskonteks waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente blootgestel word, word deur sekere veranderlikes gekenmerk wat eiesoortige eise aan dié studente stel. Hulle word as volwaardige studente aan dieselfde akademiese programverwagtings en -eise blootgestel wat enige universiteitstudent in die verloop van hul voorgraadse kursus ervaar en wat op sigself dikwels tot probleme en uitvalle in die eerste jaar aanleiding gee. Dié akademiese studie-eise is egter eiesoortig, met 'n groter aantal hoofvakke, in samehang met 'n vasgestelde hoeveelheid kliniese leergeleenthede en -ervarings wat as verpligte onderbou van die teoretiese komponent dien. Ten einde integrasie tussen die teoretiese en kliniese komponente te bewerkstellig, word hulle in kliniese eenhede geplaas om die vereiste leergeleenthede en -ervarings te bekom. Die akademiese verpligtings vereis van voorgraadse Verpleegkundestudente om 'n vasgestelde program te volg wat oor vier akademiese jare versprei is en wat uit kern-, fundamentele en kliniese leerinhoud bestaan. Onderhewig aan uitsonderings word die volgende hoof- en byvakke by die skole vir en departemente van Verpleegkunde as 'n geslote program gevolg, wat soos volg verloop. Die program vereis spesifieke kredietpunte wat deur SAQA vir 'n vierjarige graad vasgestel is en deur die Verpleegstersraad geïnterpreteer word (SAVV, 1999:20). Die teoretiese komponent beslaan 368 kredietpunte wat die volgende insluit:

- Fundamentele Verpleegkunde : 32 kredietpunte
- Etos en Professionele Praktykvoering: 16 kredietpunte.
- Algemene Verpleegkunde : 64 kredietpunte.
- Voedingkunde (geïntegreer by Algemene Verpleegkunde):
- Farmakologie: 16 kredietpunte.
- Psigiatrisse Verpleegkunde: 48 kredietpunte.

–	Gemeenskapsverpleegkunde:	48 kredietpunte.
–	Verloskunde:	48 kredietpunte.
	Totaal:	272 kredietpunte.

Fundamentele leerinhoud:

Biologiese Wetenskappe: 64 kredietpunte.

Sosiale Wetenskappe: 48 kredietpunte

Totaal: 112 kredietpunte

Totaal: Teoretiese programuitkomst: 384 kredietpunte.

Kliniese praktykervaring:

Verpleegpraktyk (Algemene, Psigiatrisie en Gemeenskapsverpleegkunde):

-	Voorkomende en bevorderende gesondheid:	50 kredietpunte (1000 ure).
-	Kuratiewe gesondheid en rehabilitasie:	50 kredietpunte (1000 ure).
-	Verloskunde (insluitende voorkomende, bevorderende, kuratiewe gesondheid en rehabilitasie):	50 kredietpunte (1000 ure).

Totaal vir kliniese praktyk: 150 kredietpunte.

Totaal vir kwalifikasie: 534 kredietpunte.

Die Verpleegkundevakke wat op bogenoemde wyse voltooi word, vereis dus benewens die teoretiese ook 'n bykomstige kliniese komponent wat as 'n aparte vakdisipline geslaag moet word. Die wyse waarop plasing van voorgraadse Verpleegkundestudente in die kliniese eenhede van verskillende hospitale en gemeenskapsdienste onderneem word, wissel. Dit bring mee dat die totale aantal kliniese ure wat verpligtend is, op verskillende tye en wyses voltooi word. Die verpligte aantal kliniese ure wat vir elke kliniese komponent vasgestel is en waarin leergeleenthede toegewys en leerervarings voltooi moet word, met inbegrip van voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitasie-aspekte, vereis dat dit moet plaasvind binne die volgende raamwerk: 'n etos van omgee; inagneming van die verwante wetgewing en die moreel-etiese aspekte wat deurlopend beklemtoon word. Kommunikasie en gesondheidsorg-bestuur word ook beklemtoon (SAVV, 1999:3).

Ten einde integrasie van teorie en praktyk te bewerkstellig en die voorgeskrewe leerervarings te voltooi, word spesifieke lesingtye aan akademiese aktiwiteite toegewys. Leergeleentehede en -ervarings word in die oorblywende tye by geassosieerde gesondheidsorgdienslewering-organisasies voltooi, wat in samewerking met die skole vir en departemente van Verpleegkunde geriewe aan voorgraadse Verpleegkundestudente verskaf ten einde die aantal ure wat volgens die Beroepsraad vereis word en wat reeds aangedui is, te voltooi. Daar word vervolgens slegs enkele riglyne aangedui vir moontlike plasinge in kliniese eenhede (wat gemeenskapsdienste insluit) in die verskillende jaargroepe. Voorgraadse Verpleegkundestudente word in die eerste en tweede jaar ná lesingtye vir enkele ure, of andersinds tydens naweke, of vir 'n deurlopende tydperk tydens reseye, aan kliniese afdelings toegewys. Tydens die derde jaar word 'n vasgestelde aantal ure vir akademiese verpligtings by die universiteit gevolg, terwyl die res van die week aan leergeleentehede en -ervarings in die kliniese eenhede toegewys word. In die vierde jaar voltooi voorgraadse Verpleegkundestudente die vereiste kliniese leergeleentehede en -ervarings wat as onderbou vir die jaarprogramme dien. Laasgenoemde mag meebring dat hulle dikwels weg van hul bestaande woonplekke by psigiatriese gesondheidsorgdienslewering-organisasies leergeleentehede en -ervarings voltooi. Soos uit voorafgaande beskrywing afgelei kan word, kom 'n redelike wisseling voor tussen die skole vir en departemente van Verpleegkunde se wyse waarop hulle die plasing van voorgraadse Verpleegkundestudente onderneem. Die probleem wat vanweë die kliniese verpligtings ontstaan, is dat die akademiese lading verdubbel, wat in samehang met die werkdruk wat hulle in die kliniese eenhede moet hanteer, groot spanning meebring.

Die Verpleegkundedosent neem gedurende geskeduleerde kontaktye verpligte kliniese begeleidingsessies waar, waartydens persoonlike kontak met voorgraadse Verpleegkundestudente moontlik gemaak word. Die verhouding van Verpleegkundedosent tot voorgraadse Verpleegkundestudente wissel by die skole vir en departemente van Verpleegkunde. Dit bring mee dat daar by uitsondering van 'n kliniese Verpleegkundedosent wat in die geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasie werksaam is, gebruik gemaak moet word om spesifieke begeleiding en ondersteuningsessies waar te neem. Vanweë deurlopende formele onderrigverpligtings waarby die Verpleegkundedosent betrek word, realiseer individuele begeleiding van voorgraadse Verpleegkundestudente nie geredelik nie, aangesien finansiële implikasies die aanstelling van kliniese Verpleegkundesente bemoeilik. Dié situasie word verder gekompliseer deurdat daar gedurende universiteitsreseye slegs professionele eenheidsverpleegkundiges en portuurgroepe teenwoordig is om die kliniese begeleiding en ondersteuning van die voorgraadse Verpleegkundestudente waar te neem. Gevolglik moet hulle dikwels sonder begeleiding en ondersteuning spanningsvolle omstandighede in die kliniese eenhede, gepaard met hoë werkdruk vanaf die aanvang van die program, hanteer. 'n Verdere

veranderlike wat stres vererger, is dat die onderriginstellings, die gesondheidsorgdiensleweringorganisasie en die gemeenskapsdienste, outonoom funksioneer. Voorgraadse Verpleegkundestudente word aan eiesoortige institusionele kulture binne dié instellings blootgestel, wat hulle bykomend moet hanteer. Net so is daar 'n tweeledige beheer oor hul onderrig deur die skole vir of departemente van Verpleegkunde aan universiteite en die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies.

Die Beroepsraad stel benewens die professionele ontwikkeling ook die persoonlike ontwikkeling van die Verpleegkundestudent ten doel. Die persoonlike ontwikkeling wat die voorgraadse Verpleegkundestudent moet bereik, is ingebed in die programuitkomst wat ten opsigte van professionele ontwikkeling oor die vier jaar wat die B.Cur.-graad strek, bereik moet word. Spesifieke uitkomst word verwag in beide professionele en persoonlike ontwikkeling, waar minimumstandaarde vir suksesvolle programvoltooiing gestel word. Daar word egter weinig aandag gegee aan die persoonlike ontwikkeling van die voorgraadse Verpleegkundestudent. Volgens (Greeff, 1995-4-5) word daar nie direkte hulp aan Verpleegkundestudente van alle kategorieë verleen nie, sodat hulle op hulself aangewese is om die persoonlike dimensie aan te vul en as gevolg hiervan dikwels foutiewe hanteringsmeganismes aanleer. Aangesien hulle nie oor botallige of outonome studentstatus beskik nie maar meer algemeen as deel van die werkkrag in die kliniese eenhede benut word, word groot fisieke, psigososiale en spirituele stres tydens die voltooiing van verpligte kliniese komponente ervaar. Dit word veral in die eerste jaar weens die min ervaringskennis waaroor hulle beskik, as traumaties beleef.

Dit blyk dus vanuit bogenoemde uiteensetting dat voorgraadse Verpleegkundestudente vir die grootste deel van hul plasings in die kliniese eenhede van professionele eenheidsverpleegkundiges, wat nie dieselfde program vir registrasie voltooi het nie, afhanklik is vir begeleiding en ondersteuning. Dié programverwagtings en -eise wat deur die dubbellading van die akademiese en kliniese komponente verswaar word, onderskei die studie- en werkslading van voorgraadse Verpleegkundestudente van dié van die gewone universiteitstudent. Dit plaas eersgenoemde in 'n unieke konteks en maak individuele begeleiding en ondersteuning 'n vereiste.

1.4.3 Die navorsingsontwerp en -metode (*tweede vlak*)

Die navorsingsontwerp is 'n kwalitatiewe begroondeteorie-benadering wat verkenning en beskrywing van die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die kliniese en akademiese eise binne bepaalde kontekste van verpleging ten doel stel. Deur interpretasie van die data word gepoog om 'n model vir pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning te onderneem. Die epistemiese aangeleentheid ten

opsigte van die navorsingsontwerp, die metodologie van toepassing en die wyse waarop teoriegenerering plaasvind, sal volledig in Hoofstuk 2 bespreek word.

1.5 HOOFSTUKOPSOMMING

In hierdie hoofstuk is die rasionaal van die navorsing uiteengesit. Hierin is die moontlike redes vir die stelselmatige agteruitgang van die gesondheidsorgdienste en die meegaande verswakking in verpleging bespreek. Die deurlopende uitvalle van Verpleegkundestudente wat aan die toelatingsvereistes voldoen het gedurende die eerste drie jaar, is bespreek. Enkele redes vir dié verliese asook redes waarom die professionele verpleegkundiges die akademiese hospitale en ook die land verlaat, word aangedui. Hierdie navorsing fokus op die begeleiding en ondersteuning van die voorgraadse Verpleegkundestudent. Bogenoemde probleemstelling wat beredeneer is, lei tot die doelstelling om die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise wat die vierjarige program aan hulle stel, te verken, te beskryf en te interpreteer. 'n Model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning word in die vooruitsig gestel. Botes (1992:36-42) se model vir navorsing in die Verpleegkunde word aangewend. Dit plaas die paradigmatische perspektief van die navorser, die verpleegpraktyk as navorsingsterrein en die navorsingsmetodologie, in perspektief. Definisies van konsepte is ook aangebied.

1.6 VERDERE HOOFSTUKINDELING

Die verdere hoofstukindeling van die navorsing sien soos volg daaruit.

HOOFSTUK 2: DIE NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

'n Kwalitatiewe navorsingsontwerp en die begrondeteorie-metode met die onderskeie toepaslike koderingstegnieke word benut. Geen voorafbepaalde teoretiese raamwerk is gebruik om die data te orden nie. Die fases van die navorsingsverloop word beskryf. Tydens fase 1 word data-insameling onderneem (sien 2.3.1.1) volgens riglyne wat Okun (1992) Polit en Hungler (1993) en Krueger (1994) aanbeveel. Tydens fase 2 word data-ontleding (sien 2.3.1.2) volgens twee koderingstegnieke, naamlik oop en aksiale kodering en die sistematiese prosedures van Strauss en Corbin (1990:57-142), benut. Tydens fase 3 word selektiewe kodering (kyk 2.3.1.3) volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:116-142) onderneem om die teorie te begrond. Die bevindings word as 'n konseptuele beeld aangedui om die realiteit weer te gee. Hierdeur word die begronding van die realiteit voltooi en 'n potensieel-visuele model ontwikkel.

HOOFSTUK 3: RESULTATE VAN DIE FOKUSGROEPE NA AANLEIDING VAN OOP KODERING

In hierdie hoofstuk word die resultate van die fokusgroepe wat volgens oop kodering bevind is, uiteengesit. Die koderingsaantekeninge wat na aanleiding van oop kodering deur beide die navorser en die mede-kodeerder bevind is, word beskryf. Die data word onder hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë bespreek. Die hoofkategorieë word voorlopig onder die belewenisse wat met professionele en persoonlike aspekte van Verpleegonderrig verband hou, ingedeel. Die professionele aspekte van Verpleegonderrig sluit die akademiese en kliniese komponente van die program in, terwyl die persoonlike aspekte met die emosionele, psigo-sosiale eise van die program verband hou.

HOOFSTUK 4 : RESULTATE VAN DATA-ONTLEDING VOLGENS AKSIALE KODERING

In Hoofstuk 4 word die resultate wat na aanleiding van aksiale kodering bevind is en waarvan die verloop in Hoofstuk 2 beskryf is (sien 2.3.1.2), uiteengesit. Die kategorieë wat deur oop kodering ten opsigte van hul eienskappe en dimensies ontwikkel is, word tydens aksiale kodering verder ontwikkel. Dié kategorieë of fenomene word deur middel van 'n paradigma-model verder ontwikkel met betrekking tot die toestande wat tot die fenomeen aanleiding gee, die konteks waarin dit voorkom, die aksies waardeur die fenomeen gehanteer of bestuur word en die gevolge wat dié strategieë meebring. Die subkategorieë wat ontwikkel, word aan die bestaande kategorieë verbind deur die paradigmodel wat die bevindings op 'n nuwe wyse saamvoeg. Die resultate wat volgens aksiale kodering vasgestel is, word in breë algemene stellings weergee en aan 'n literatuurkontrole onderwerp ten einde die navorsingsbevindings te bevestig. In samehang word 'n verdere verdiepende literatuurorsig na dié stellings onderneem wat moontlike aksies en interaksies vir pro-aktiewe en remediërende begeleiding van voorgraadse Verpleegkundestudente aandui ten einde die programverwagtings en -eise wat ervaar word, te hanteer.

HOOFSTUK 5: DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE VOLGENS SELEKTIEWE KODERING ONDERNEEM

In Hoofstuk 5 word die navorsingsbevindings volgens selektiewe kodering uiteengesit en die kernkategorie waarop die begronde teorie gebaseer word, benoem. Die storielyn en die konseptualisering van die kernkategorie en die subkategorieë word beskryf. Die daaropvolgende herorganisering van die subkategorieë volgens die komponente van die paradigma-model wat dit verteenwoordig ten einde die sentrale tema van die begronde teorie in perspektief te plaas, word voltooi. 'n Konseptuele beeld van die realiteit ontstaan vanuit die bevindings wat induktief en deduktief uit selektiewe kodering afgelei is, waaruit die potensieel- visuele model vir

pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning ontwikkel. Aanbevelings vir die toepassing van die navorsing in verpleegonderrig, die verpleegpraktyk en verdere navorsing word aangedui.



DIE NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die oriëntering tot die navorsing deur middel van 'n inleiding, probleemstelling en navorsingsdoelstellings in perspektief geplaas. Botes se model (1992:36-42) vir navorsing in die Verpleegkunde word bespreek en aangewend om die paradigmatische perspektief van die navorser, die verpleegpraktyk en die navorsingsontwerp en -metode toe te lig.

In hierdie hoofstuk word die navorsingsontwerp en -metodologie, wat volgens die model van Botes (1992:36-42) 'n tweedevlakaktiwiteit is, volledig beskryf ten einde alle fases van die navorsing in perspektief te plaas. Die etiese aspekte en maatreëls om vertrouenswaardigheid te verseker, word in samehang bespreek.

2.2 DIE NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp wat gevolg word, is kwalitatief van aard. Volgens Strauss en Corbin (1990:17-18) omsluit dit enige navorsing wat nie kwantifisering deur statistiese metodes aanwend nie, wat dus 'n nie-matematiese analitiese prosedure behels, wat bevindings oplewer deur verskillende metodes aan te wend waardeur data ingesamel word. Dit kan verwys na navorsing aangaande persone se lewens, stories, gedrag, sosiale omstandighede, organisatoriese funksionering of interaksionele verhoudings wat as van belang beskou word. Polit en Hungler (1993:326) wys op die waarde van die kwalitatiewe navorsingsontwerp om deur indiepte-onderhoudvoering en respondentwaarneming meer inligting oor groepe, instellings of sosiale fenomene waaroor min inligting beskikbaar is, te ontdek. Die keuse ten opsigte van die soort kwalitatiewe navorsing wat gevolg word, word bepaal deur die doel wat nagestreef word. Die doelstelling van hierdie navorsing is daarop gerig om die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat die vierjarige kursus in Verpleegkunde aan hulle stel, te verken. Aangesien gedrag

beïnvloed word deur die fisieke, sosio-kulturele, psigologiese, ekonomiese en spirituele omgewing wat die basis vir objektiewe ondersoek vorm, gaan dit veel dieper as dit wat die navorser en ander persone kan waarneem. Die navorser, in ooreenstemming met die siening van Polit en Hungler (1993:325) oor die waarde van kwalitatiewe navorsing, is van mening dat kwalitatiewe metodes gebruik kan word om onderliggende probleme wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar en waaroor min inligting bekend is, te verken en te beskryf. Dié ervaring van die realiteit behoort deur hulself gedefinieer te word na aanleiding van die werklike belewenisse wat hulle ervaar ten einde die navorsing sinvol te begrond. Daar word dus beoog om die bevindings te interpreteer en 'n teoriegenererende benadering te volg. Die begrondeteorie-metode leen hom daartoe om data wat nie bekend is nie, in te samel en te ontleed. Die navorsingsmetodologie en -tegnieke wat van toepassing is, word vervolgens uiteengesit.

2.3 DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die begrondeteorie-metode en die verskillende prosedures wat aanbeveel word, word benut. 'n Begronde teorie is volgens Burns en Grove (1987:85) 'n induktiewe navorsingstegniek wat suksesvol aangewend kan word in velde waar weinig vorige navorsing gedoen is en ook om nuwe insig in bekende velde van navorsing te verkry. Dié metode is volgens Strauss en Corbin (1990:23-24) een van die kwalitatiewe navorsingsmetodes wat sistematiese prosedures benut ten einde 'n induktief-afgeleide teorie ten opsigte van die bestudeerde fenomeen te ontwikkel. 'n Begronde teorie-metode se prosedures is sodanig ontwikkel dat indien dit met sorg uitgevoer word, daar aan die kriteria vir wetenskaplikheid beantwoord word. Die begronde teorie word dus ontdek, ontwikkel en voorlopig geverifieer deur sistematiese data-insameling en -ontleding, wat na die bepaalde fenomeen wat bestudeer word, verwys. Die kreatiwiteit van die navorser vorm benewens die uitvoering van die prosedures 'n belangrike komponent van die begrondeteorie-metode en dwing die navorser om deur die aannames te breek en 'n nuwe orde uit die oue te skep (Strauss & Corbin, 1990:27). Aangesien die begrondeteorie-metode by die aanvang van hierdie navorsing gebruik is om data in te samel en te ontleed, word daar nie van 'n voorafbepaalde teoretiese raamwerk gebruik gemaak nie. Data word ontleed deur induktiewe afleidings vanuit die data ten einde toepaslike konsepte te ontwikkel. Volgens Strauss en Corbin (1990:29) word 'n teorie ontwikkel wat die werklikheid weerspieël, deur die data te interpreteer, te konseptualiseer en die konsepte te verbind. Begronde teorie impliseer dus dat die teorie wat ontwikkel, begrond is in die data waaruit dit voortspruit. Die teoretiese formulering wat hieruit ontstaan, kan gebruik word as 'n raamwerk waarbinne aksies onderneem word (Strauss &

Corbin, 1990:22). Samevattend word die begrondeteorie-metode dus in hierdie navorsing gebruik om die data te verken, te beskryf en te interpreteer.

2.3.1 Die navorsingsprosedures en -tegnieke wat benut word

Hoewel data-insameling en -ontleding gelyktydig verloop, word daar ter wille van sistematiesing 'n onderskeid getref tussen die verskillende fases en stappe waardeur teorie gegenereer word om die navorsingsverloop en -strategieë volgens gestelde doelwitte in perspektief te plaas. Daarna word die bevindings uiteengesit. Alle fases van die navorsingsverloop word beskryf. Fase 1, wat data-insameling behels (sien 2.3.1.1), word eerste bespreek en bestaan uit twee stappe. Stap 1 dui op die voorbereiding vir data-insameling en stap 2 plaas die data-insamelingsproses in perspektief. Tydens fase 2 vind die data-ontleding en die gelyktydige identifisering van konsepte en kategorieë uit die data-ontleding (sien 2.3.1.2) plaas. Deur aanvanklik induktiewe redeneringstegnieke tydens data-ontleding aan te wend, word daar gepoog om data deur die begrondeteorie-metode te genereer. Deduktiewe redeneringstrategieë word aangewend nadat die konseptuele raamwerk duidelik geword het. Die koderingstegnieke wat tydens fase 2 vir data-ontleding aangewend word, word in twee stappe verdeel. In stap 1 word oop kodering en die prosesse wat hiermee saamhang, gebruik. In stap 2 word aksiale kodering benut. Oop kodering word by data-ontleding volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:72-74) gebruik om die data in eenhede af te breek. Tydens aksiale kodering word die kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë, wat uit die data-ontleding ontwikkel, deur 'n paradigmamodel verbind. Die wyse waarop dit plaasvind, is kompleks van aard en word volledig onder stap 2 beskryf. Tydens fase 3 word selektiewe kodering en die begronding van die teorie en prosesbeskrywing as komponent van teoriegenerering onderneem. Ten opsigte van data-insameling maak hierdie navorsing gebruik van riglyne wat Okun (1992), Polit en Hungler (1993) en Krueger (1994) aanbeveel. Die sistematiese prosedures en koderingstegnieke van Strauss en Corbin (1990:57-142) word hoofsaaklik vir data-ontleding benut. Die teorie word dus ontdek, ontwikkel en voorlopig bevestig deur die sistematiese insameling en ontleding van die data wat oor die bepaalde fenomeen handel. Die bevindings wat op die werklike belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente gebaseer word, word as 'n konseptuele beeld aangedui wat die realiteit weergee. Hierdeur word die begronding van die teorie voltooi en 'n potensieel-visuele model ontwikkel.

Die proses van data-insameling en die gepaardgaande tegnieke wat aangewend word, word vervolgens uiteengesit

2.3.1.1 FASE 1: DATA-INSAMELING: 'n Verkenning en beskrywing van die voorgraadse Verpleegkundestudente se belewenisse ten opsigte van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat die vierjarige program in Verpleegkunde aan hulle stel.

Die wyse waarop data-insameling onderneem word, die voorbereiding vir en die data-insameling deur middel van fokusgroepe, word vervolgens in twee stappe uiteengesit.

2.3.1.1.1 Stap 1: Voorbereiding vir data-insameling

Die voorbereiding vir data-insameling word onder die hoofde toestemming tot die navorsing, die steekproef en die gebruik van tussengangers bespreek.

(i) Toestemming tot die navorsing

Oorhoofse telefoniese toestemming vir die navorsing word verkry by die departementshoofde van die drie onderskeie departemente van Verpleegkunde en die Direkteur van die Skool vir Verpleegkunde. 'n Daaropvolgende brief van erkenning van toestemming tot die navorsing aan die bepaalde onderriginstansies (sien Bylae A), vergesel van die skrywe van bekendstelling aan die onafhanklike tussenganger (sien Bylae B), die oriëntering met toestemming van deelnemers tot die navorsing (sien Bylae C), word aan die hoofde van die Skool vir en departemente van Verpleegkunde gerig.

Die groeppasiteerder wat die fokusgroepe afneem, verseker dat alle toepaslike inligting sowel as die regte van respondente met betrekking tot die voorgenome fokusgroepe verduidelik word, waarna ingeligte en vrywillige instemming tot deelname verseker word.

(ii) Die steekproef

Die fokusgroepmetode van onderhoudvoering benodig volgens die riglyne van Krueger (1994:74-79) dat daar indringend besin word oor die doel, grootte en samestelling van die steekproef asook die kriteria waaraan studente moet voldoen. Die steekproef word breedvoerig bespreek om die oordraagbaarheid van bevindings moontlik te maak. Die populasie, steekproefneming en -grootte asook kriteria vir insluiting van voorgraadse Verpleegkundestudente word as subhoofde aangedui.

□ Die populasie

Volgens Polit en Hungler (1993:173-174) bestaan die populasie uit die totale aantal individue wat aan gestelde kriteria voldoen ten einde die populasies te identifiseer na wie die bevindings oorgedra kan word.

Die populasie bestaan in hierdie navorsing uit voorgraadse Verpleegkundestudente wat reeds drie jaar van die vierjarige B.Cur.-graad voltooi het. Die teikenpopulasie sou ideaal alle voorgraadse Verpleegkundestudente kon insluit, terwyl in hierdie navorsing slegs 'n skool vir en drie bepaalde departemente van Verpleegkunde toeganklik was.

□ Steekproefneming

'n Nie-waarskynlike, doelgerigte en vrywillige seleksie word onderneem vanuit die geledere van voorgraadse Verpleegkundestudente wat by geselekteerde departemente van en die Skool vir Verpleegkunde van een universiteit in die Wes-Kaap, twee in Gauteng en een in die Noordwes Provinsie geregistreer is. Volgens Polit en Hungler (1993:179) is die seleksie doelgerig wanneer die navorser respondente selekteer wat oor voldoende kennis van die aspekte wat ondersoek word, beskik. Die homogeniteit van die groepe word teweeggebring deur die volgende seleksiekriteria vir respondente (voorgraadse Verpleegkundestudente) te stel, naamlik:

- 'n Voorgraadse Verpleegkundestudent moet vir die vierjarige B.Cur.-graad aan 'n universiteit en by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer wees;
- Afrikaans of Engels magtig wees;
- bereid wees om deel te neem aan 'n fokusgroeponderhoud wat op oudioband afgeneem word;
- kultuurverteenvoerdigend geselekteer wees;
- ten minste drie jaar van die B. Cur.-graad voltooi het;
- 'n studentepos by 'n skool vir of 'n departement van Verpleegkunde beklee en 'n salaris/beurs ontvang;
- bereid wees om vir die duur van die fokusgroeponderhoud beskikbaar te wees; en
- bereid wees om na afloop van die data-ontleding 'n opvolggroep te vorm waartydens data geverifieer kan word.

□ **Steekproefgrootte**

Die grootte van die groepe word tussen 'n minimum van ses tot 'n maksimum van tien persone vasgestel volgens die riglyne van Krueger (1994:6-9). Aangesien die deelname tot die navorsing aan 'n vrywillige beslissing van die respondente oorgelaat word, mag die grootte van die groepe wissel van 'n minimum van ses tot 'n maksimum van tien persone wat aan die kriteria voldoen. Data saturasie bepaal die finale aantal voorgraadse Verpleegkundestudente wat by die navorsing betrokke is.

(iii) Die gebruik van tussengangers

Deelname aan die navorsing, inligting aan en erkenning van toestemming tot die navorsing (sien Bylae A), word aan die Direkteur van die Skool vir en die hoofde van die departemente van Verpleegkunde versend. Die navorser maak gebruik van onafhanklike tussengangers om die doel van die navorsing en die navorsingsmetodologie aan die respondente te verduidelik. Die brief van bekendstelling van die navorsing aan die onafhanklike tussengangers (sien Bylae B) word ingesluit. Onafhanklike tussengangers moet in 'n toesighoudende hoedanigheid betrokke wees en word in oorleg met die Direkteur van die Skool vir en met die hoofde van die departemente van Verpleegkunde, aan die betrokke universiteite geselekteer. Die bekendstellingsbrief vir oriëntering en die verkryging van toestemming van deelnemers tot die navorsing, met die gestelde kriteria waaraan respondente moet voldoen en wat die doel van die navorsing uiteensit, (sien bylae C) word aan die tussengangers vir die verkryging van ingeligte toestemming oorhandig. Die tussengangers word beleefd versoek om ses tot tien verteenwoordigende voorgraadse Verpleegkundestudente wat aan die kriteria voldoen, te selekteer en die navorser so gou moontlik te verwittig wanneer die reëlins voltooi is. Die noodsaaklike inligting word aan die tussengangers by wyse van 'n inligtingbrief voorsien, waarin die volgende aspekte uiteengesit word, naamlik:

- Die doel van die navorsing;
- die waarborge ten opsigte van die anonimiteit van die respondente, plekke en persone wat by die navorsing betrokke is, asook die vertroulikheid van die inligting wat ingesamel word;
- die voor- en nadele van deelname; en
- die vrywillige aard van deelname aan die navorsing deurdat ingeligte toestemming verleen word.

2.3.1.1.2 Stap 2: *Data-insameling: die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise wat tydens die vierjarige program in Verpleegkunde ervaar word*

Data-insameling word deur middel van fokusgroeponderhoude onderneem. 'n Uiteensetting van die fokusgroeponderhoude, die nakoming van etiese vereistes en die wyse waarop versekering van vertrouenswaardigheid verseker word, volg hierna.

A DIE FOKUSGROEPONDERHOUD

Hierdie data-insamelingstegniek word deur Polit en Hungler (1993:437) beskou as die aangewese wyse waarop respondente as 'n groep persone byeenkom om vrae oor 'n gegewe onderwerp in gespreksvorm (van ongestruktureerde formaat) te beantwoord. Krueger (1994:6-9) se riglyne word gevolg en onder begeleiding van die fokusgroeppasiliteerder word respondente aangemoedig om hul belewenisse mee te deel. Bestaande groepe se formele en informele wyse van kommunikasie, soos wat dikwels by professionele kollegas aangetref word, mag besprekings inhibeer. Volgens Krueger (1994:87) werk veral die teenwoordigheid van hoëkategoriewerknemers negatief en inhiberend op die kommunikasiewyse van laer kategorieë in. Die kundigheid van 'n psigiatriese verpleegspesialis wat nie aan die voorgraadse Verpleegkundestudente bekend is nie, word as groeppasiliteerder benut ten einde die probleem van geïnhibeerde kommunikasie te voorkom. Om te verseker dat die fokusgroep optimaal realiseer, voldoen die groeppasiliteerder aan die volgende kriteria, naamlik:

- Beskik oor voldoende ervaring van kwalitatiewe navorsingsmetodes;
- beskik oor inligting ten opsigte van die doel, die rasionaal, die navorsingsvraag en -metodes wat in die navorsing nagestreef word;
- is as professionele verpleegkundige bekend met die kultuur en waardes van die verpleegprofessie en dié van die respondente wat aan fokusgroepe deelneem; en
- beskik ook oor kennis van fasilitering van fokusgroepe en oor vaardigheid om audiobandopnames te maak (Strauss & Corbin, 1990:183).

(i) *Vorbereiding van die kliniese opset*

Die onderhoude word by die genoemde universiteite waar die respondente opleiding deurloop, gevoer. Die gemak, gerief en privaatheid van die respondente word gewaarborg, terwyl steur-

nisse tot 'n absolute minimum beperk word. Rapport en oogkontak met die groeppasiliiteerder word bewerkstellig deur die stoele in 'n sirkel op 'n aanvaarbare afstand te plaas. Twee oudiobandopnemers, een battery-aangedrewe en een met kragtoevoer, word benut. Die metode word gevolg om te verseker dat die fokusgroep deurlopend in geval van kragonderbrekings afgeneem word. Die oudiobandopnemer word sonder veel omhaal as noodsaaklike toerusting aangedui om die respondente se bydraes op te neem. Die belangrikheid daarvan word nie oorbeklemtoon nie, sodat spanning in die groep tot 'n minimum beperk kan word. Volgens Krueger (1994:112) moet die mikrofoon direk beskikbaar wees om die respondente wat te sag praat, te ondersteun. Oudiobande van C-90-formaat wat 45 minute per kant lewer, word benut. Ekstra oudiobande, batterye en verlengkoorde word vir veiligheid voorsien (Krueger, 1994:122). Die bandopnemer word getoets nadat oudiobande omgeruil word. Die praktiese opset en alle toerusting word vroegtydig nagegaan ten einde moontlike probleme uit te skakel, waarna die groeppasiliiteerder alle toerusting volgens die voorgeskrewe riglyne hanteer.

(ii) *Strategieë vir die suksesvolle afneem van die fokusgroeponderhoude*

Die wyse waarop die fokusgroep deur die groeppasiliiteerder afgeneem word, vereis vervolgens toeligting. Krueger (1994:113) se strategie vir die afneem van fokusgroepe word aangewend. Die verloop van die onderhoud word sorgvuldig beplan en gevolg om struktuur vir opvolgende fokusgroepe en soortgelyke fokusgroepe daar te stel. Dit word ook gedoen om vertrouwenswaardigheid van die navorsing te verhoog.

□ *Die ontvangs van die respondente*

By die aanvang van die sessie word informele gesprekvoering in die vooruitsig gestel ten einde 'n verbruikersvriendelike omgewing te skep. Die groeppasiliiteerder verwelkom die respondente en verseker hul gemak. 'n Registrasievorm wat demografiese gegewens bevat ten einde die fokusgroep te identifiseer, word vooraf ingevul. 'n Doelgerigte poging word aangewend om die sleutelaangeleenthede tydens ontvangs te vermy en dit slegs tydens die ongestruktureerde fokusgroeponderhoud te behandel. Kontroversiële onderwerpe soos godsdiens, politiek en onderwerpe wat verskille tussen die respondente en die groeppasiliiteerder uitwys, word vermy.

Tydens die ontvangs van die respondente word waarnemings gedoen met betrekking tot die dominansie, houding en persoonlikheidseienskappe wat by die individuele respondente waarneembaar is. 'n Rustige atmosfeer word geskep en vriendelik en deurdagte optrede word aangewend om toeganklikheid tot die groep te verseker. Oormatige rigiditeit en formaliteit demp volgens Krueger (1994:113) interaksie, terwyl te veel informaliteit en humor probleme ten

opsigte van die erns van die onderhoud skep. Die fokus word op die belewenisse van die respondente geplaas en die respondente word aangemoedig om alle standpunte, negatief of positief, te verbaliseer om 'n totale beeld van die realiteit te verskaf.

Die tydsduur en verloop van die fokusgroepe

Een fokusgroepsessie neem ongeveer een en 'n half uur in beslag. Aangesien die totale tydperk toegelaat vir die afhandeling van die fokusgroepe oor ses weke versprei is, word een fokusgroep per week in die vooruitsig gestel. Hierdie tye word aangepas by die beskikbaarheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente, wat gewoonlik tydens Desember en Januarie in hul vierde jaar van opleiding nagdiens doen. Die res van die jaar word vasgestelde roosters volgens die jaarprogram van die betrokke universiteite gevolg, wat die samestelling van fokusgroepe bemoeilik. 'n Opvolgbesprekingsgroep word met die respondente gereël vir elke fokusgroep binne een kalendermaand nadat die data-ontleding afgehandel is en behoort binne die vasgestelde tydperk voltooi te word.

(iii) Vereistes vir effektiewe onderhoudvoering

Okun (1992:23-72) stel vereistes vir effektiewe onderhoudvoering voor wat kommunikasiegedrag en -vaardighede bevorder. Dit word in hierdie navorsing geïmplementeer.

Daar word vervolgens 'n samevatting gegee van die vaardighede waarvoor die groeppasiliteerder moet beskik. Dit vind plaas onder die subhoofde, eienskappe wat toeganklikheid bevorder, die groephanteringsvaardighede en fasiliteringstegnieke wat as vereistes vir die suksesvolle afneem van fokusgroepe gestel word.

Eienskappe wat die toeganklikheid van die groeppasiliteerder bevorder

Effektiewe kommunikasiegedrag wat gekenmerk word deur empatie, aanmoediging, vriendelikheid, 'n sin vir humor, ondersteuning, eerlikheid, omgee, respek, beskerming en nie-veroordeelende aanvaarding, word deur Okun (1992:23) benadruk. Insgelyks noem Okun (1992:60-61) dat effektiewe kognitiewe en affektiewe kommunikasievaardighede op verbale én nie-verbale boodskappe van die respondent grootliks tot suksesvolle onderhoudvoering bydra.

Groephanteringsvaardighede

Om die fasiliteringsfunksie suksesvol te vervul, word sekere groephanteringsvaardighede van die onderhoudvoerder geverg om onopsigtelike, dog matige beheer oor die fokusgroep uit te oefen. Die volgende beginsels geld volgens Krueger (1994:101-117):

- Oorweging moet geskenk word aan faktore soos geslag, ras, sosio-ekonomiese en tegniese kennis wat 'n potensieel inhiberende uitwerking mag uitoefen wanneer die groepfasiliteerder as 'n magspersoon beleef word;
- entoesiasme en belangstelling moet behou word tydens oorgang van die onderwerp om nie die respondente te blokkeer nie;
- die tydsberekening vir vraag- en antwoordsessies moet korrek ingeruim word en na die volgende aspek van die onderhoud beweeg word;
- 'n belangstelling in die onderhoud en onderwerp moet behou word en negatiewe houdings soos apatie en onverskilligheid wat die gesprek mag inhibeer, uitgeskakel word;
- respek vir die deelnemers moet betoon word en bereidwilligheid om die wysheid van die respondente te erken, ongeag die vlak van ontwikkeling en agtergrond waaroor respondente beskik;
- aktiewe luistervaardighede moet behou word ten spyte van herhalende neigings en temas wat tydens die onderhoude mag voorkom deur sensitief en aandagtig te luister;
- ervaringskennis van die onderwerp onder bespreking moet gebruik word om response in perspektief te plaas en die belangrike aspekte op te volg;
- die respondente moet op hul gemak gestel word deur 'n aanvarende houding, voorkoms en gedrag te handhaaf;
- responstegnieke moet aangewend word om inligting te onttrek sonder om respondente bedreig te laat voel of antwoorde af te dwing; en
- selfdissipline moet gehandhaaf word deur persoonlike oortuigings uit die gesprek weg te laat en slegs die opinies van die respondente uit te klaar deur uitsluitlik dié onderwerpe aan te raak wat die respondente aanvoer.

Fasiliteringstegnieke by fokusgroepe

Dit is noodsaaklik om data wat relevant is, sistematies in te samel en ontdekkings toe te laat wat nuwe kategorieë met nuwe eienskappe en dimensies sal blootlê (Strauss & Corbin, 1990:183). Die groepfasiliteerder moet bedag wees op haar verbale en nie-verbale reaksies op

die respondente se stellings en enige positiewe of negatiewe gebare vermy, aangesien dit óf herhalende response ontlok óf kommunikasie blokkeer. Die groepfasiliteerder volg die riglyne van Okun (1992:71-72) en Krueger (1994:101-117) met betrekking tot onderhoudvoering en kommunikasietegnieke wat ook vir fokusgroepe geld deur die volgende verbale vaardighede aan die dag te lê, naamlik:

- Die response in dieselfde taalkeuse en woordgebruik te bewoed as wat die respondente gebruik;
- stadig en duidelik te praat sodat die respondente elke woord kan verstaan;
- kort en bondige stellings te maak en nie onnodig uit te brei nie;
- die respondente aan te moedig om oor hul gevoelens te praat;
- response só te hanteer dat dit kommunikasie fasiliteer en nie blokkeer nie; en
- geskrewe en verbale vrae logies te kan stel.

Kort verbale response soos *korrek*, *goed* of *uitstekend* impliseer evaluering of aanprysing van die response se kwaliteit en dui subjektiwiteit aan. (Krueger, 1994:117). Dominante, skaam of breedvoerige nie-toepaslike gesprekke van respondente word deur goeie responstegnieke beheer.

Die onderstaande verbale responstegnieke word deur die groepfasiliteerder as antwoorde op stellings van die respondente gebruik (Okun, 1992:60-61):

- Die maak van 'n minimale verbale respons soos "mm-mm", "ek luister" en "ja" wat aktiewe luistertegnieke aandui;
- parafrasering, wat 'n soortgelyke verbale respons as wat die respondent verbaliseer aandui, en wat die navorser se insig in die stelling toets;
- reflektoring wat die navorser se insig in die probleme en perspektiewe van die respondent op primêre vlak kommunikeer, maar nie in die respondent se eie woorde nie;
- uitklaring van die respondente se bedoelings deur die geverbaliseerde temas en gevoelens te reflekteer en op te som tydens en ná die onderhoudsessie sodat konsensus tussen die respondent en groepfasiliteerders oor die hooftemas verkry word;

- beklemtoning van die nie-verbale gedrag, soos 'n ontspanne liggaamshouding en belangstelling van die groepsfasiliteerder wat deur oogkontak en goeie luistervaardighede aangedui word; en
- waarneming van die nie-verbale gedrag van die respondent vir tekens van instemming, verwarring of teenstand nadat die opsomming gedoen is en die beëindiging van die bespreking nadat die finale vraag gestel is en daar geen aanduiding is dat enige inligting weggelaat is nie.

(iv) Die navorsingsvrae in die verloop van die onderhoud

Volgens Krueger (1994:53-55) word verskeie vrae gestel om die verloop van die onderhoud vloeibaar te hou. Slegs die sleutelvraag word in hierdie navorsing vir ontledingsdoeleindes benut. Dit bestaan uit een ongestruktureerde vraag wat op 'n kaartjie geskryf is en wat aan elke respondent oorhandig word. Die sleutelvraag lui soos volg:

"Hoe beleef u die akademiese en kliniese eise tydens die duur van die vierjarige program in Verpleegkunde?"

"How do you experience the academic and clinical demands during the four year course in Nursing?"

Die groepsfasiliteerder behartig die onderwerpbegeleiding en vraagstelling sowel as die afneem van geselekteerde veldaantekeninge (sien Bylae D) wat tydens die onderhoudvoering plaasvind. Die groepsfasiliteerder inkorporeer die onderwerp spontaan in 'n koherente enkeldimensie-sleutelvraag wat vir die doel van ontleding die belangrikste vraag sal wees. Deur hierdie wyse van ongestruktureerde vraagstelling poog die fasiliteerder om nuwe idees, benaderings en voorbeelde van die respondente te bekom. Geen voorafbepaalde konsepte word benut nie en die data sal spontaan tydens onderhoudvoering ontwikkel (Strauss & Corbin, 1990:84).

(iv) Die afneem van veldaantekeninge

Die groepsfasiliteerder neem veldaantekeninge af ten opsigte van die dinamika van die groepsproses om die data-ontleding so volledig moontlik te kry en waarnemings te doen. Die volgende soort veldaantekeninge word in hierdie navorsing aangewend.

- *Waarnemingsaantekeninge* wat volgens Wilson (1993:222) 'n beskrywing gee van die gebeure wat waargeneem word, deur te luister na die wie, wat, waarom en hoe van 'n situasie sonder om interpretasie daaraan te heg; en
- *teoretiese aantekeninge* wat op doelbewuste pogings dui om betekenis te heg aan die waarnemingsaantekeninge deur interpretasies en afleidings te maak asook hipoteses daar te stel ten einde 'n ontledende skema te bou.

Die voorafgaande veldaantekeninge het betrekking op die metodes wat die groepfasiliteerder aanwend, naamlik waarnemings ten opsigte van die groepsdinamika, interpretasies en afleidings om betekenis aan die waarnemings te heg deur middel van teoretiese en persoonlike aantekeninge oor refleksies om die response introspektief te deurgrond.

Die veldaantekeninge word in 'n geskrewe verslag omskryf wat vir almal verstaanbaar is sodat dit nie slegs vir die navorser se inligting beskikbaar is nie. Hierdie veldaantekeninge word in samehang met die fokusgroeppinhoud tydens data-ontleding tot 'n geheel geïntegreer. Die transkribering van die fokusgroepe word genommer en met die ooreenstemmende veldaantekeninge en oudiobandopnames vergelyk om foute uit te skakel. Die proses van data-ontleding begin reeds tydens hierdie fase. Foutiewe konsepvorming mag reeds tydens hierdie fase voorkom, wat deur bepaalde metodes om vertrouenswaardigheid te verseker, ondervang sal word.

B NAKOMING VAN ETIESE VEREISTES TYDENS KWALITATIEWE NAVORSING

Kwalitatiewe navorsers word aan streng etiese standaarde onderwerp ten opsigte van die interaksie wat tussen die respondent en die onderhoudvoerder plaasvind en die navorser is daartoe verbind. Burns en Grove (1997:200-206) se riglyne ten opsigte van etiese aspekte in samehang met die riglyne van Denosa (1999:2-6) soos spesifiek in die Verpleegkunde van toepassing, word in hierdie navorsing gevolg. Dit impliseer dat alvorens die navorsing begin, die doel van die navorsing eties regverdigbaar moet wees. Die regte van die respondente met betrekking tot selfbeskikking, privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid moet ook in aanmerking geneem word.

(i) *Beskerming van die respondent se selfbeskikking*

Daar word geen druk op die deelnemende voorgraadse Verpleegkundestudente geplaas om aan die navorsing deel te neem nie. Die doel van die navorsing word verduidelik sodat die respondente presies weet waaroor die navorsing handel. Geen verborge agenda word gevolg

nie en hulle word nie mislei oor die metode nie. Ingeligte toestemming word verkry op geskrewe inligtingvorms (sien Bylae C) volgens die riglyne van Denosa (1999:4) en die respondente word op die volgende aspekte gewys, naamlik:

- Dat hul deelname vrywillig is;
- dat hulle die reg het om te onttrek, sonder enige daaropvolgende penalisering;
- die prosedures wat gevolg word ten opsigte van die kwalitatiewe navorsing, die wyse waarop ingeligte toestemming verkry word, die duur van die fokusgroep, asook die etiese aspekte wat betrekking het; en
- die implikasies wat deelname sal meebring.

(ii) Die reg tot privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid

Die privaatheid van die respondente word verseker deurdat die navorser geen response wat tydens die fokusgroep ingewin word, sonder die respondente se kennisname en teen hul wil bekend sal maak nie. Konfidensialiteit van inligting word gehandhaaf deurdat die identiteit van die respondente tydens die publikasie van resultate anoniem gehou word. Verifiërings-gesprekke word met die respondente gevoer nadat die data getranskribeer is om die korrektheid van die inligting te bevestig, sonder dat die respondente se identiteit op enige wyse aan individuele response gekoppel word. Volgens die riglyne van Denosa (1999:2) verbeur die deelnemer die reg op konfidensialiteit wanneer instemming tot deelname aan 'n navorser verleen is. Dit impliseer dat die inligting gepubliseer mag word sonder dat daar na die identiteit van die deelnemende respondente verwys mag word. Daar sal op geen direkte of toevallige wyse toegelaat word dat 'n ander persoon as die navorser toegang tot die rou data van die onderhoude verkry nie. Die respondente se name word nie gekoppel aan die response tydens die fokusgroeponderhoude nie en alle data wat op oudioband opgeneem word, word in veilige bewaring gehou en na voltooiing van die navorsing vernietig.

Die privaatheid van die deelnemers word deur die navorser in ooreenstemming met die riglyne van Denosa (1999:3) verseker. Alle maatreëls word getref om te verseker dat respondente hul belewenisse in 'n vertroulike atmosfeer, waarin hulle ten alle tye gemaklik is, kan verbaliseer en op geen wyse word teen respondente gediskrimineer deur woorde of optredes wat hulle skade mag berokken nie.

(iii) Die reg tot regverdigde behandeling van respondente

Volgens die riglyne van Denosa (1999:3) word regverdigde behandeling ten opsigte van die deelname van respondente verwag. Regverdigde behandeling van respondente impliseer volgens Burns en Grove (1997:203) dat voorgraadse Verpleegkundestudente regverdig geselekteer en behandel moet word voor en tydens die navorsing. Hierdie riglyne word in ag geneem. Die seleksie van voorgraadse Verpleegkundestudente word gegrond op bepaalde kriteria (sien bylaes B en C) wat aan die tussenganger by die toepaslike Skool vir of departemente van Verpleegkunde voorsien word. Enige voorgraadse Verpleegkundestudente, ongeag die politiese affiliasie en kultuur van die respondente wat aan hierdie kriteria voldoen, mag vrywillig deelneem. Respondente wat aan hierdie navorsing deelneem, word nie daartoe verplig nie, neem vrywillig deel en het die reg om te onttrek op enige tydstep voor die fokusgroepe begin of tydens die verloop van die fokusgroepe, sonder dat enige penalisering sal plaasvind. Regverdigde behandeling van respondente tydens die verloop van die navorsing word gehandhaaf deurdat respek behou word vir die ooreenkoms aangegaan ten opsigte van afsprake en tydsduur van fokusgroepe. Afsprake om bevindings te verifieer, word nagekom soos met respondente ooreengekom. 'n Kontakpersoon word beskikbaar gestel vir deelnemende respondente indien enige navrae of klagtes oor die navorsing mag voorkom.

(iv) Die verantwoordelikheid van die navorser

Die riglyne van Denosa (1999:6) beskou die verantwoordelikhede wat die verpleegnavorser teenoor die diensverskaffers behoort na te kom, as van ewe groot belang. Die navorser beoog die verspreiding van inligting aan toepaslike akademiese en navorsingsinstellings vir moontlike toepassing van die bevindings. Dié siening stem ooreen met die funksionele denkbenadering van Botes (1992:36-42) wat ook die metodologiese aanname in hierdie navorsing rig, naamlik dat die gegenerende kennis 'n bydrae tot die kennisinhoudelike van Verpleegkunde behoort te lewer. Die handhawing van 'n hoë standaard in die navorsing word as prioriteit gestel. Alle aspekte met betrekking tot die handhawing van integriteit, eerlikheid, die kongruente aanduiding van bevindings en die skriftelike erkenning van deelnemers en kundiges word volgens die riglyne van Denosa (1999:7) onderneem.

C DIE VERSEKERING VAN VERTROUENSWAARDIGHEID

Krefting (1991:215) verwys na die model van Lincoln en Guba (1985:316) wat van die standpunt uitgaan dat vertrouenswaardigheid aandui of die navorser met vertroue die waarheid van die bevindings kan verifieer deur maatreëls ten opsigte van die beheer oor die

navorsingsontwerp, die respondente en die konteks te tref. Soortgelyk aan kwantitatiewe navorsing waar akkuraatheid, geldigheid en betroubaarheid as noodsaaklik beskou word, word in hierdie kwalitatiewe navorsing maatreëls getref ten einde vertrouenswaardigheid te verseker. Nie alle kwalitatiewe navorsing kan deur dieselfde kriteria geëvalueer word nie en slegs dié kriteria en strategieë wat toepaslik is vir die doel en metodes wat deur die begronde teorie vasgestel word, sal benut word.

Krefting (1991:217) dui bepaalde strategieë aan wat deur die totale verloop van die navorsing aangewend kan word. Sommige strategieë kan by die aanvang van die navorsingsontwerp aangewend word, sommige tydens data-insameling en sommige nadat die data geïnterpreteer is. Dié strategieë word bespreek onder die hoofde van die vier kwalitatiewe kriteria waardeur vertrouenswaardigheid verseker word. Hoewel sommige strategieë onder meer as een kriterium toepaslik mag wees, word dit slegs onder die mees toepaslike kriterium aangedui.

'n Samevatting en interpretasie deur Krefting (1991:215-217) van Guba (1981) se model insluitend dié van Lincoln en Guba (1985:316), word aangewend om vertrouenswaardigheid te verseker. Dit word in samehang met die riglyne van Woods en Catanzaro (1988:137) vir geldigheid en betroubaarheid bespreek. Die kriteria wat Lincoln en Guba (1985:316) aandui, behels die vasstelling van geloofwaardigheid (interne geldigheid), oordraagbaarheid (eksterne geldigheid), betroubaarheid (betroubaarheid) en bevestigbaarheid (objektiwiteit).

Bogenoemde kriteria word vervolgens bespreek.

(1) *Geloofwaardigheid*

Geloofwaardigheid impliseer volgens Krefting (1991:215) die vertroue wat die navorser in die bevindings van die navorsing het en is gebaseer op die beskrywing van die navorsingsontwerp, die respondente en die konteks waarin navorsing onderneem word.

Krefting (1991:215) verwys in dié verband na Sandelowski (1986) se mening dat kwalitatiewe navorsing geloofwaardig is wanneer die weergawe deur die navorser só akkuraat is ten opsigte van menslike ervaring en die interpretasie daarvan dat diegene wat die ervarings deel, onmiddellik hierdie ervaring erken. Die navorser voldoen aan dié vereistes wat Krefting (1991:215) stel, deur die veelvuldige realiteite wat deur die respondente geverbaliseer word so volledig en akkuraat moontlik weer te gee. Die volgende strategieë sal gevolg word om geloofwaardigheid te verseker.

□ **Voldoende betrokkenheid van die navorser**

Krefting (1991:215) verwys na Lincoln en Guba se model (1985) wat verlengde betrokkenheid as strategie aandui om geloofwaardigheid te verseker. Krefting (1991:215-217) verwys insgelyks na Leiniger (1985) se beklemtoning van die belang om herhalende patrone, temas en waardes in kwalitatiewe navorsing te identifiseer en te dokumenteer. Die klem wat op herhaling van insidente geplaas word, dui op die noodsaaklikheid om voldoende tyd saam met respondente deur te bring en deurlopend betrokke te wees. Dit behels ook volgens Lincoln en Guba (1985:316) dat voldoende tyd toegelaat moet word om die kultuur van die respondente te verstaan, om enige eie of waninterpretasie deur die respondente te identifiseer en vertroue te bou. Die aspek van voldoende betrokkenheid asook die voorkoming van oorbetrokkenheid, word vervolgens bespreek.

Die deurlopende betrokkenheid van die navorser by die program van die voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor 'n tydperk van 10 jaar strek, verskaf voldoende kennis om met die program waarin hulle onderrig ontvang en ook die kliniese milieu, bekend te wees. Dié betrokkenheid van die navorser as Verpleegkundedosent sluit ook die rol van begeleier en ondersteuner in. Bekendheid met die subjektiewe belewenisse wat ten opsigte van die vierjarige program geverbaliseer word en met die opsigtelike en waarneembare wisselwerking wat tussen die akademiese en kliniese aansprake en die persoonlike groei wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar plaasvind, stel die navorser in staat om objektiewe waarnemings te maak ten opsigte van die program en die begeleiding en ondersteuning wat gebied word. Die navorser beskik dus oor voldoende betrokkenheid om wanvoorstellings vas te stel en is bekend met die fenomeen wat nagevors word. Paradoksaal hierteenoor wys Krefting (1991:218) op die nadeel van intense verbintnisse wat tussen die navorser en die respondente weens deurlopende kontak mag ontwikkel, sodat dit geloofwaardigheid negatief mag beïnvloed. Die navorser mag probleme ervaar om die eie ervaring van dié respondente te skei en dus die vermoë verloor om bevindings objektief te evalueer. Om te verhoed dat die resultate beïnvloed word, tree die navorser doelbewus nie as groeppasiliteerder op nie en kan dus nie in die hoedanigheid as Verpleegkundedosent kommunikasie inhibeer nie. Die navorser is ook in geen opsig by enige fokusgroeponderhoude betrokke nie. Die navorser sal ook ten alle tye verhoed dat voorafbepaalde konstrunkte en eie waardes die interpretasies beïnvloed wat aan die onderhoude en die data verleen word.

Met betrekking tot die insameling van data, stel die fokusgroeppasiliteerder ondersoek in na herhalende patrone en temas wat voorkom. Die fokusgroeponderhoude word herhaal tot versadiging van data bereik is en dit deur die transkribering van data bevestig word.

- **Konsekwente onderhoudvoering**

Gedurende die onderhoudfase sal die interne konsekwentheid van die onderhoud behou word, deurdat 'n logiese verloop vir elke fokusgroep daargestel word. Krefting (1991:217) beskou die korrekte wyse van onderhoudvoering as 'n strategie om geloofwaardigheid te verseker. Woods en Catanzaro (1988:137) wys op die bedreigings wat weens wisselende situasies voorkom en wat die geldigheid benadeel. Die probleme wat weens die volgende situasies mag ontstaan, naamlik die foutiewe seleksie van die deelnemende respondente, die waarnemerseffekte wat ontstaan, die regressie en mortaliteit van die navorsing, word deur die volgende strategieë voor en tydens data-insameling die hoof gebied.

- **Seleksie van respondente**

Seleksie van respondente mag moontlike distorsie van die data veroorsaak deurdat 'n foutiewe keuse ten opsigte van die groepering van respondente gedoen word, sodat die steekproefneming nie verteenwoordigend van die populasie mag wees nie (Woods & Catanzaro, 1988:137). Dié probleem word ondervang deurdat die seleksie van die respondente aan die hand van gestelde kriteria vir insluiting in die steekproef streng nagekom word. Die keuse om aan die fokusgroepe deel te neem, berus ook by die respondente self. Daar word van tussengangers gebruik gemaak om respondente te werf, wat op vrywillige deelname berus.

- **Waarnemerseffekte**

Bogenoemde word beperk om te verhoed dat die respondente anders as onder normale omstandighede optree omdat hulle waargeneem word. Die respondente kan die toepaslikheid van die inligting wat weergee word aan hul persepsie van wat die navorser verlang, beoordeel en in die proses relevante data weglaat of wanvoorstellings maak om hulself in 'n beter lig te stel. Om dié probleem te oorkom, baken die groepfasiliteerder die konteks sosiaal, psigies en interpersoonlik af. Die navorsingsvraag word skriftelik aan die respondente voorsien. Die groepbegeleiding deur die fasiliteerder word daarop gerig om die konteks van die navorsing deurlopend voor oë te hou en die onderhoud deur middel van korrekte fasiliteringstegnieke te fokus. Oudiobandopnames word van die fokusgroepe gemaak, terwyl veldaantekeninge deurlopend deur die groepfasiliteerder afgeneem en met die navorser na afloop van die fokusgroep bevestig word. Sodoende word akkurate terugvoering van die struktuur en funksie van die konteks verseker en relevante inligting aangeteken.

Die geloofwaardigheid kan ook beïnvloed word deurdat respondente voorkeur gee aan die gewenste sosiale response eerder as aan persoonlike ervarings. Die gebruik van veelvuldige

onderhoude wat by verskillende onderriginstansies onderneem word en 'n bedagtheid op en waarneming van hierdie foute tydens onderhoude, sal dié probleem voorkom, soos aanbeveel deur Krefting (1991:218).

'n Volledige transkribering van die data volg, waarna 'n medekodeerder in samehang met die navorser 'n validering van response onderneem. Regstelling geskied deurdat substantiewe en teoretiese kodering onjuiste response behoort aan te dui, wat in oorlegpleging met 'n medekodeerder uitgewys en reggestel sal word. Strukturele samehang tydens data-ontleding en -interpretasie word behou deur die integrasie van alle data sodat dit tot 'n logiese eenheid georden word. Indien konflik in die data voorkom, sal 'n verduideliking vir kontrasterende bevindings aangebied word (Krefting, 1991:220).

- **Regressie van data**

Regressie van data word verhoed deurdat die onderhoude binne een maand voltooi word. Die data-ontleding asook die formele opvolging van die fokusgroepe wat benut word om data met voorgraadse Verpleegkundestudente te verifieer, word in hierdie tydperk gereël.

- **Uitskakeling van mortaliteit**

Mortaliteit word uitgeskakel deurdat die tydperk tussen die werwing van die respondente en die onderhoudvoering nadat ingeligte toestemming verleen is, so kort moontlik gehou word. Data word eenmalig ingesamel, wat sal voorkom dat respondente verlore raak. Die bevestiging van data word so gou moontlik daarna vir dieselfde rede onderneem.

- **Triangulering**

Volgens Krefting (1991:219) is triangulering 'n waardevolle metode om geloofwaardigheid te verseker. Polit en Hungler (1993:254) wys op die belang daarvan om veelvuldige perspektiewe saam te voeg sodat gemeenskaplike bevestiging van data verkry word. Die gebruik van triangulering in hierdie navorsing om tot 'n beslissing oor die kern van die navorsing te kom, verseker dat alle aspekte van die verskynsel ondersoek word.

Die vier soorte triangulering wat deur Krefting (1991:219) aangedui word, word benut.

- **Triangulering van data-insamelingsmetodes**

Data word deur verskillende metodes verkry, naamlik 'n fokusgroeponderhoud en 'n verskeidenheid veldaantekeninge. Respondentkontrole word van alle getranskribeerde data onderneem deurdat inligting wat die groepasiliiteerder verkry, vergelyk word met dié van ander

bronne, met ander metodes, of deur inligting wat deur ander navorsers verkry is, deur die hoofemas en kategorieë formeel te bevestig.

- **Triangulering van databronne**

Triangulering van databronne word benut deurdat variasies ten opsigte van tyd en persone toegepas word. Verskillende fokusgroepe word by verskillende departemente van en 'n Skool vir Verpleegkunde onderneem om variasie ten opsigte van verskillende tye wat geskeduleer word, asook verskillende respondente wat deelneem, te verseker.

- **Teoretiese triangulering**

Teoretiese triangulering word bewerkstellig deur gebruik te maak van idees wat uit ander vakgebiede ontleen word, om tot konseptuele uitklaring van die kernkategorie, kategorieë en die subkategorieë te kom.

- **Triangulering van ondersoekers**

'n Spanbenadering word gevolg. Die navorser verkry die insette van ander verpleegkundiges as spanlede om die data in te samel, te interpreteer en te verifieer. Die groepfasiliteerder as kundige neem terselfdertyd veldaanekeninge af, terwyl sy data-insameling onderneem, waarna sy as medekodeerder in samehang met die navorser die data interpreteer.

- **Respondentkontrole of -bespreking**

Hierdie tegniek word aangewend om te verseker dat die data geloofwaardig is, deurdat die respondente hul eie ervarings in die navorsingsresultate sal herken. Die volledige interpretasie van die data word na afloop van data-transkribering aan die respondente voorgelê sodat verseker kan word dat dié data wel die ervarings van die deelnemende respondente weergee. Die data word formeel in 'n sessie met respondente bespreek om vas te stel of die rekonstruksie regverdig was en of hulle daarmee saamstem. Daar hoef nie noodwendig konsensus te wees nie (Lincoln & Guba, 1985:315). Respondentkontrole dui op die kontrole van data, analitiese kategorieë, interpretasies en gevolge met diegene wat oorspronklik as respondente by die fokusgroeponderhoude betrokke was.

- **Portuurgroepkontrole**

Portuurgroepkontrole word onderneem deurdat die navorsingsproses en -bevindings met onpartydige kundiges in Verpleegkunde wat ervaring van kwalitatiewe metodes het, bespreek

word. Moontlike diskripsie wat uit die ontlede data, kategorieë, interpretasies en gevolgtrekkings van die bevindings na vore kom, kan so uitgewys word (Krefting, 1991:219). 'n Geleentheid word hierdeur geskep dat hipoteses geëvalueer kan word en die konseptuele ontwikkeling deurlopend uit die getranskribeerde data geïdentifiseer kan word.

❑ **Outoriteit van die navorser**

Geloofwaardigheid is in die unieke outoriteit van die navorser gesetel. Krefting (1991:220) verwys na Miles en Huberman (1994) wat vier eienskappe identifiseer waaraan 'n geloofwaardige navorser moet voldoen. Die huidige navorser poog om aan dié kriteria te beantwoord. Dié eienskappe is naamlik 'n bekendheid met die fenomeen wat bestudeer word, 'n belangstelling in konseptualisering en teoretisering van kwalitatiewe data, 'n multidissiplinêre benadering en 'n strewe om deurgaans vaardighede en bekwaamheid te ontwikkel om kwaliteit navorsing te lewer. Enkele faktore wat volgens Wood en Catanzaro (1988:137) sal verhoed dat neutraliteit (dié van die navorser) behou sal word, word kortliks aangedui, asook die maatreëls wat aangewend sal word ten einde neutraliteit te handhaaf.

- Die navorser mag die data as 'n funksie van haar posisie beleef en beskou. Volgens Woods en Catanzaro (1988:137) word dié aspek deur middel van konsensusgesprekke met kundiges gekontroleer. Die navorser se dataverwerking en -ontleding, die verbande wat getrek word en die tematiese kategorie-indeling, word met kundiges uitgeklaar om onjuiste en botsende response uit te wys.
- Woods en Catanzaro (1988:137) wys daarop dat respondente afhanklik mag raak van die navorser om in hul psigologiese behoeftes te voorsien. Die groeppasiliteerder gebruik doelbewus interpersoonlike vaardighede en waarneming om nie terapeuties betrokke te raak nie, maar slegs dié data vas te stel wat op die fenomeen van toepassing is.

Die status van die navorser mag volgens Woods en Catanzaro (1988:137) die resultate beïnvloed. Wanneer die navorser aan die respondente bekend is, mag konflik ontstaan ten opsigte van die inligting wat hulle bereid is om te verskaf. Soos aangedui deur Krueger (1994:87, is fokusgroepe slegs geslaagd wanneer respondente nie deur 'n hoër kategorie kollega geïnhibeer word nie. Beheer word uitgeoefen oor hierdie aspek deurdat die grootste aantal respondente nie aan die navorser bekend is nie en hulle dus nie geïnhibeer behoort te word deur data wat tydens die onderhoud vrygestel word nie. Die respondente wat wel aan die navorser as Verpleegkundedosent bekend is, se anonimiteit word gewaarborg sodat hulle met

vrymoedigheid kan optree. Die fokusgroeppasiliiteerder is onbekend aan die meeste respondente en het geen betrokkenheid by die navorsing ná die fokusgroeponderhoude nie.

(ii) Oordraagbaarheid

Toepaslikheid as begrip word deur Krefting (1991:216) beskou as die mate waarin die bevindings na ander kontekse oorgedra en veralgemening na ander populasies onderneem kan word. Elke situasie in kwalitatiewe navorsing is uniek. Aangesien daar nie beheer oor alle veranderlikes uitgeoefen kan word nie, sal toepaslikheid nie as 'n riglyn in hierdie navorsing geneem word nie. Krefting (1991:216) verwys na Guba (1981) wat die begrip oordraagbaarheid aanbeveel.

Oordraagbaarheid is volgens Lincoln en Guba (1985:316) 'n kriterium waaraan die navorser of persoon wat die bevindings na 'n ander situasie of populasie wil oordra, moet voldoen. Dit is dus nie die funksie van die oorspronklike navorser wat die bevindings genereer het nie. Die navorser kan hoogstens 'n digte beskrywing van die databasis voorsien, wat die persone wat die oordraagbaarheid beoog, moontlik daartoe in staat sal stel. Die beskrywing aangaande die kriteria waaraan die respondente moet voldoen, die navorsingskonteks, asook alle aspekte rondom onderhoudvoering en die gepaardgaande veldaantekeninge, word aangedui. Die geskeduleerde tyd vir onderhoude en alle strategieë wat aangewend is om vertrouenswaardigheid te verseker, word ook aangedui. Om verder aan vereistes te voldoen, word 'n volledige beskrywing van alle bevindings, asook die ontleding en teoriegenererende metodes aangedui om die moontlike oordraagbaarheid van navorsingsbevindings te onderneem. Vertroubaarheid as metode om vertrouenswaardigheid te verseker, word volgende bespreek.

(iii) Vertroubaarheid

Polit en Hungler (1993:255) beskou vertroubaarheid as stabiliteit wat oor tyd en tydens sekere omstandighede voortduur. Krefting (1991:221) verwys na Guba (1981) wat aandui dat die kriterium van vertroubaarheid na die konsekwentheid van bevindings met herhaling van toetsing verwys. Woods en Catanzaro (1988:317) daarenteen, beklemtoon die feit dat kwalitatiewe navorsing nie herhaalbaar is nie. Konstante vergelykende ontleding mag swak ooreenkomste met die beskrywing en vergelyking van gebeurtenisse toon. Polit en Hungler (1993:255) is van mening dat dit 'n aangeleentheid is wat deur die steekproef en navorsingsontwerp ondervang moet word en nie deur die inhoud van die data bepaal word nie. Die beheer in hierdie navorsing is geleë in die beskrywing van die navorsingsmetodologie, die strategieë wat gebruik word om data in te samel, die ontleding en die rapportering.

□ **Beskrywing van metodologie**

Die metodes van data-insameling, -ontleding en -interpretasie word beskryf, wat die navorser in staat stel om die navorsing te herhaal en 'n oudit saam te stel.

- 'n Koderings-herkoderingstegniek word aangewend wat veral in die begrondeteorie-metode toelaatbaar is. Ná die aanvanklike kodering word herkodering voorsien en onderneem ten einde die resultate te verstewig en die begronding van die teorie te weeg te bring.
- Metodologiese kundiges word genader om die navorsingsplan, die implementering daarvan asook die bevindings tydens portuurgroepbesprekings te evalueer (Krefting, 1991:221).

Krefting (1991:216) se verwysing na die inherente doel met vertroubaarheid as die wyse waarop dieselfde data verkry word, word nie in hierdie navorsing nagestreef nie. Die inmengende veranderlikes wat belewenisse van die respondente mag wysig, toenemende insig by die navorser, wysigings wat in die professionele omstandighede van respondente plaasvind asook in hul lewensituasies voorkom, mag die bevindings en vertroubaarheid van data beïnvloed. Die bevestigbaarheid van die data word vervolgens angespreek.

(iv) Bevestigbaarheid

Krefting (1991:221) verwys na Guba (1981) se siening van neutraliteit wat nie gerig is op die objektiwiteit van die navorser nie, maar eerder op die bevestigbaarheid van die data en die interpretasies wat daaraan geheg word. Bevestigbaarheid is dus geleë in die proses van navorsing wat gevolg word.

□ **Beskrywing van die navorsingsproses**

Die proses van navorsing word volledig bespreek, naamlik die konteks waarin dit plaasvind, die data-interpretasie voorafgegaan deur verbatim-transkripsies, die veldaantekeninge, samewerking met 'n medekodeerder, asook die wyses van data-ontleding, die voortspruitende interpretasies van konsepte, wat uiteindelik in hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë ingedeel word. Tydens die teoriegenereringsproses word 'n volledige beskrywing van die verskillende stappe onderneem en die rou data is beskikbaar sodat dit aan 'n oudit blootgestel kan word. Triangulering van databronne, datametodes en teoretiese perspektiewe word aangewend om interpretasies te bevestig.

Data-ontleding en -konseptualisering word vervolgens onderneem.

2.3.1.2 FASE 2: DATA-ONTLEDING EN -KONSEPTUALISERING

Data-ontleding word aan die hand van Strauss en Corbin (1990:57-142) se koderingstegnieke en -riglyne onderneem. Hoewel Strauss en Corbin (1990:58) se riglyne drie hoofgroepe kodering, naamlik oop, aksiale en selektiewe kodering beskryf en daar tydens data-ontleding en integrasie op die verskil tussen die prosesse gedui word, is die grense tussen die koderingstegnieke vaag en kunsmatig onderskeibaar. Kodering vind nie in fases plaas nie, aangesien daar deurlopend tussen oop en aksiale kodering beweeg word met die doel om konsepte te ontwikkel en te integreer. Data-ontleding en data-insameling is digverweefde prosesse, aangesien die ontleding van data die teoretiese steekproefneming beïnvloed.

Strauss en Corbin (1990:59) wys daarop dat data-ontleding in werklikheid impliseer dat interpretasies gemaak word wat reeds deel van die proses van teoriegenerering uitmaak. Aangesien konsepte, hipoteses en teorieë nie in die realiteit aangetref word nie maar wel gekonstrueer word, word bepaalde redenerings- en denkstrategieë benodig. Die strategieë word vervolgens bespreek.

2.3.1.2.1 *Redenerings- en denkstrategieë wat tydens data-ontleding aangewend word*

Hierdie navorsing maak van induktiewe sowel as deduktiewe redenerings- en denkstrategieë gebruik.

A INDUKTIEWE EN DEDUKTIEWE REDENERINGSTRATEGIEË

Die induktiewe redeneringstrategie word aangedui as redenering wat vanaf bepaalde situasies na 'n algemene gevolgtrekking beweeg, terwyl deduktiewe beredenering vanaf die algemene gevolgtrekking na die spesifieke plaasvind (Polit & Hungler, 1993:135). Tydens kwalitatiewe navorsing word induktiewe redenering hoofsaaklik aangewend om kennis te genereer wat met betekenis en eksplorering verband hou. In hierdie navorsing word die induktiewe metode van beredenering aanvanklik benut om data deur die begrondeteorie-metode te genereer. Daar word nie van 'n bestaande teoretiese raamwerk gebruik gemaak om data te organiseer nie, aangesien die konseptuele raamwerk vanuit die data behoort te ontwikkel. Die proses van deduktiewe beredenering word spesifiek aangewend nadat die konseptuele beeld van die realiteit wat die navorsing gaan rig, duidelik geword het. Mouton en Marais (1990:105) wys daarop dat 'n deduktiewe strategie aangewend word met 'n duidelike konseptuele raamwerk as agtergrond, wat bepalend sal wees vir die rigting waarin die navorsing ontwikkel.

B DENKPROSESSE EN METODOLOGIESE STRATEGIEË VIR DATA-ONTLEDING

Hoewel daar bepaalde terminologie vir die verskillende benaderings in kwalitatiewe navorsing voorkom en die begronde teorie van verskillende koderingstegnieke gebruik maak om data te ontleed en kategorisering van data te onderneem, word sekere terminologie algemeen gebruik. Sommige van die terminologie word uit die fenomenologie ontleen en dié strategieë is volgens Burns en Grove (1997:80) van belang by alle kwalitatiewe navorsing. Dit sluit die *vorming van geheelbeeld, rigor, die proses van tussen hakies plaas, en intuïtering in*. Rigiede of verouderde standpunte en beskouings word ten alle koste vermy. Elke tegniek wat gebruik word, word kortliks bespreek.

(i) Die vorming van 'n geheelbeeld

Bogenoemde dui volgens Burns en Grove (1987:76) daarop dat kennis van 'n bepaalde verskynsel georganiseer word in trosse van verwante idees, wat die geheelbetekenis van die idees versterk. Die geheelbeeld wat só gevorm word, mag egter beperkings meebring, deurdat die verbondenheid aan 'n gevestigde teorie dit bemoeilik om buite die betekenis wat aan die geheel geheg word, te beweeg. Dit is dus belangrik om tydens die navorsingsproses nuwe idees en persepsies wat deur die nuut gegenereerde inligting oopgevelek word, waar te neem en deur abstrakte denkvermoë te herkonstrueer tot 'n nuwe toepaslike geheel, wat die werklike toedrag van die fenomeen sal weergee.

(ii) Rigor

Rigor impliseer die strewe na uitnemendheid in navorsing en word na aanleiding van Burns en Grove (1997:80) met dissipline, nougesette navolging en akkuraatheid vereenselwig. Die verskille in die soorte rigor tussen kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsing is geleë in die verskil in fokus en die uitkomstes van die twee soorte navorsing. Rigor in kwalitatiewe navorsing word vereenselwig met openheid, die hou aan 'n filosofiese perspektief, deeglikheid van data-insameling en die oorweging van al die data wat in die subjektiewe teoriegenererende fase bevind word. Die evaluering van die rigor van die kwalitatiewe studie is dus gebaseer op die logika van die teorie wat nagevors word en die lig wat dit werp op die teorie wat nagevors word. Dissipline, wat met die behoud van openheid gepaard gaan, word vereis, sodat rigiede of verouderde standpunte en beskouings uitgeskakel word. Burns en Grove (1997:70) skryf swak rigor aan die volgende faktore toe:

- Inkonsekwentheid ten opsigte van die navorsingsfilosofie wat gevolg word;
- rigiede of verouderde standpunte en beskouings tydens die proses van data-ontleding, met 'n onvermoë om verouderde idees te laat vaar;
- swakontwikkelde navorsingsmetodes;
- onvoldoende tyd aan data-insameling bestee; en
- swak waarnemingsvermoë wat aan die dag gelê word, wat tot onvoldoende teoretiese ontwikkeling van die data aanleiding gee.

Bogenoemde word in ag geneem of voorkom. Die evaluering van die rigor van 'n kwalitatiewe studie word gebaseer op die logika van die ontwikkelende teorie en die duidelikheid waarmee dit lig werp op die fenomeen wat bestudeer word (Burns & Grove, 1997:70). Die navorser poog deurgaans om die ontwikkelende teorie duidelik uiteen te sit.

□ **Die gebruik van die navorser se persoonlikheid**

Bogenoemde word as 'n sleutelfaktor in kwalitatiewe navorsing beskou. Die navorser sal deurgaans poog om rigiede denke te laat vaar en gedissiplineerd te wees, aangesien die rekonstruksie van die onderskeie dimensies wat gevolg word, slegs een van vele wyses van organisering van data mag wees. Die volgende inligting moet in ag geneem word:

- Meelewing en 'n diepgaande betrokkenheid by die respondente se belewenisse ten einde dit te interpreteer. 'n Openheid ten opsigte van waarneming en die vermyding van subjektiewe betekenisgewing word beoog.
- Die prosesse van tussen hakies plaas en intuïtering word aangewend om openheid tydens data-ontleding te behou. *Tussen hakies plaas* dui op die vermoë om alles wat reeds bekend is oor die fenomeen wat nagevors word, tersyde te stel en 'n oop konteks te behou, sodat dekonstruksie kan plaasvind en nuwe geheelbeelde gekonstrueer kan word. *Tussen hakies plaas* gaan intuïtering vooraf (Burns & Grove, 1987:80). *Intuïtering* dui op die proses waardeur daar op die fenomeen gekonsentreer word, deurdat die individu met intense bewustheid alle energie op die onderwerp van belangstelling fokus.

C TEORETIESE SENSITIWITEIT AS BEGRIP

Die noodsaaklikheid van goeie interaksievermoëns, analitiese distansiëring en die vermoë om vorige ervaring en teoretiese kennis tydens die interpretasie van data te integreer, word deur Strauss en Corbin (1990:18) benadruk en word deur die navorser beoog. Teoretiese sensitiviteit kan volgens Strauss en Corbin (1990:43) van 'n verskeidenheid bronne verkry word, onder meer van literatuur, asook deur die professionele en persoonlike ervaring van die navorser. Strauss en Corbin (1990:95) wys egter op die gevaar van individuele vooroordele, aannames en denkpatrone en kennis, wat deur ervaring opgedoen is. Dit kan blokkering by die navorser veroorsaak sodat dié slegs beskrywend te werk gaan en probleme ervaar om tot teorievorming oor te gaan. Dit is egter die voorneme van die navorser om nie deur die vorige faktore beïnvloed te word nie en dat 'n skeptiese ingesteldheid en kreatiwiteit aan die dag gelê sal word ten einde nuwe insigte te ontwikkel, ten spyte van vorige ervaring waaroor die navorser beskik.

Alvorens na die aktuele proses van data-ontleding en teoriegenerering beweeg word, word die tegnieke om teoretiese sensitiviteit tydens oop kodering te verhoog, in perspektief geplaas.

(i) *Tegnieke om teoretiese sensitiviteit te verhoog*

Tydens oop kodering word daar gepoog om die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente wat geverbaliseer word, in samehang met die veldaantekeninge wat die waarnemings en persepsies van die groepfasiliteerder tydens die fokusgroeponderhoude insluit, objektief te ontleed.

Ten einde teorie uit data te ontdek, is dit egter nodig om teoretiese sensitiviteit, wat die indiepte-ontleding van data moontlik maak, aan die dag te lê. Die tegnieke wat volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:77) in hierdie navorsing aangewend word, word as van die uiterste belang beskou in die vroeë stadia van ontleding van die navorsingsverloop. Dit word vervolgens bespreek.

□ Die gebruik van vraagstelling

Vraagstelling word gebruik om data te ontsluit. Die basiese vrae rondom, wie, wanneer, waar, wat, hoeveel en waarom, is aktueel en kan tot verdere spesifieke en verwante vrae lei, wat die ontwikkeling van potensiële kategorieë, hul eienskappe en dimensies moontlik maak (Strauss & Corbin, 1990:81). Sensitering vir die ontwikkeling van bepaalde konsepte en kategorieë vind reeds tydens die eerste onderhoud en die daaropvolgende transkribering plaas. So kan daar in

die daaropvolgende fokusgroeponderhoude meer op die konsepte gefokus word sodat die eienskappe en dimensies van kategorieë beter toegelig sal word.

□ **Ontleding van 'n woord, frase en sinne**

'n Woord, frases of sinne word ontleed om vrae te ontwikkel oor moontlike aannames of voornemens van die respondente uit te klaar. Die aannames van die navorser word ook in perspektief geplaas ten einde eie vooropgesette idees te ondersoek en bestaande perspektiewe te bevraagteken. Die ontleding van woorde, frases en sinne op bogenoemde wyse is noodsaaklik ten einde 'n volledige eksplorering van die potensiële kategorieë met hul eienskappe en die dimensies van eienskappe moontlik te maak. Betekenisse wat uit algemene gebruik en ervaring voortspruit en wat volgens die navorser se oordeel dieselfde betekenis sal hê as wat die respondente daaraan toedig, is nie voldoende nie.

Die dokument word dus sorgvuldig deurgelees, waarna elke woord, frase en sin ontleed word. Daar word dus noukeurig na die betekenis van woorde navraag gedoen tydens onderhoudvoering ten einde presies vas te stel watter betekenis die respondente daaraan heg. Dit is omdat sensasie, sentiment, gevoel, tekstuur, aksie en so meer in 'n woord ingebed lê. Aangesien kulturele en persoonlike assosiasies vir betekenisuitklaring nodig is, word 'n lys van belangrike woorde, sinne en paragrawe en die moontlike betekenis daarvan, wat wissel van die mees waarskynlike tot die onwaarskynlikste, geëksploreer (Strauss & Corbin, 1990:81-84).

□ **Ontleding deur sistematiese vergelyking van twee of meer fenomene**

Dit is belangrik om vergelykings te tref om konsepte te identifiseer en te kategorieer. Benutting van ervarings- en professionele kennis, asook tegniese literatuur, word deur Strauss en Corbin (1990:84) aanbeveel en word in hierdie navorsing gevolg. Die bestaande ervarings- en professionele kennis van die navorser behoort egter nie die moontlike betekenis wat deur die konsepte en kategorieë geïmpliseer word, te oorheers nie, sodat vorige aannames en kennis verkeerd mag bewys word. Twee of meer fenomene sal dus voortdurend vergelyk word ten einde die werklike betekenis wat in die konsep of kategorie opgesluit, lê uit te klaar.

Die koderingstegnieke waarvolgens die data ontleed sal word, word vervolgens bespreek.

2.3.1.2.2 Koderingstegnieke om data te ontleed

Die voorafgaande analitiese prosedures, naamlik die deurlopende vraagstelling en die vergelykings wat deurgaans getref word, word tydens die koderingstegnieke aangewend ten

einde aan die konsepte duidelikheid en spesifisiteit te verleen. Hierdie prosedures verander slegs van aard tydens die verskillende koderingswyses wat aangewend word. Verskeie koderingstegnieke word gebruik om die data te ontleed, wat soos volg plaasvind.

Tydens fase 2 word twee koderingstegnieke benut, naamlik oop en aksiale kodering, in dié volgorde. Oop kodering word as stap 1 van fase 2 aangedui en die resultate word in Hoofstuk 3 uiteengesit. Aksiale kodering as tegniek word as stap 2 van fase 2 aangedui en word vir verdere ontleding van die data benut. Die resultate van aksiale kodering word in Hoofstuk 4 uiteengesit. Selektiewe kodering word tydens fase 3 aangewend om die konseptuele beeld van die realiteit te ontwikkel en die teorie te begrond wat in Hoofstuk 5 aangedui word. Die verskillende wyses van kodering word vervolgens uiteengesit.

A STAP 1: OOP KODERING VAN DATA

Oop kodering word volgens Strauss en Corbin (1990:62) aangewend om data in eenhede af te breek, dit te ondersoek, vergelyk, konseptualiseer en kategoriseer. Die twee prosedures van ontleding, naamlik vraagstelling en sistematiese vergelyking, word deurgaans benut.

(i) Die benoeming van fenomene

Konsepte word as die basiese eenhede van ontleding in die begrondeteorie-metode beskou. Die konseptualisering van die data word dus as die eerste stap van ontleding beskou (Strauss & Corbin, 1990:63). Die ontledingsproses begin wanneer die navorser die totale transkripsie van al die fokusgroeponderhoude oorsigtelik deurlees ten einde 'n geheelindruk te kry. Daarna word die volgende tegnieke in samewerking met 'n medekodeerder gebruik (Strauss & Corbin, 1990:72-74).

Die aanvanklike oorsigtelike lees word opgevolg deur indiepte-lees, waarna daar nagedink word oor die moontlike konsepte. Aanvanklik word reël vir reël, frase vir frase, asook enkelwoorde sorgvuldig ondersoek sodat die mees volledige ontleding moontlik gemaak kan word. Waarnemings, sinne en paragrawe word ontleed en vrae gestel. Elke gebeurtenis word vergelyk en daarna benoem na 'n fenomeen wat dit verteenwoordig. Met behulp daarvan behoort verskeie gekodeerde konsepte duidelik te word. Aangesien die fokusgroepe op verskillende tye afgeneem word, word die totale inhoud van die getranskribeerde onderhoude ondersoek vir ooreenkomste tussen data wat reeds gekodeer is. So word konsepte wat by herhaling teenwoordig is, in moontlike kategorieë ontwikkel.

(ii) Die ontdekking van kategorieë

Alle begrondeteorie-prosedures word daarop gerig om konsepte te identifiseer, ontwikkel en verbind. Wanneer verskillende fenomene uit die data geïdentifiseer is, word konsepte rondom dit gegroepeer ten einde die aantal eenhede te verminder. Dan kan konsepte wat na dieselfde fenomeen verwys, as voorlopige kategorieë ingedeel word. Die proses staan as kategorisering bekend. Daar word benadruk dat in hierdie stadium na enige verhoudings tussen kategorieë as *voorlopig* verwys word (Strauss & Corbin, 1990:65). Die fenomeen wat deur 'n kategorie verteenwoordig word, word van 'n meer abstrakte benaming voorsien as die konsepte wat daaronder gegroepeer word. Kategorieë word aangedui volgens die mees logiese benaming vir die data wat dit voorstel.

Die oop koderingstegniek word aanvanklik gebruik om konsepte uit die getranskribeerde aantekeninge aan te dui. Dié kodes en konsepte word in samehang met 'n medekodeerder onderneem.

(iii) Die verifiëring van konsepte

Bogenoemde word onderneem direk na die transkribering voltooi, kodering deur die navorser en medekodeerder voltooi en konsensus bereik is.

Verifiëring van die voorlopige konsepte en hul betekenis, asook die moontlike kategorieë wat uit die ontleding voortspruit, word so gou moontlik daarna onderneem. Opvolgbesprekings word met die deelnemende respondente gereël ten einde betekenis wat aan kodes en interpretasies geheg word, uit te klaar en vas te stel of daar ooreenstemming is tussen die navorser en die betekenis wat respondente aan die data heg.

(iv) Die ontwikkeling van kategorieë met betrekking tot hul eienskappe en dimensies

Kategorieë word ontwikkel met betrekking tot die eienskappe en daarna word dié eienskappe op 'n kontinuum gedimensionaliseer. Hierdie eienskappe en dimensies is belangrik, aangesien dit die basis vorm vir die vasstelling van verhoudings tussen kategorieë en subkategorieë en later tussen hoofkategorieë. Elke kategorie het algemene eienskappe en elke eienskap toon 'n dimensionele profiel aan. Indien dit gegroepeer word, gee dit aanleiding tot 'n bepaalde patroon. Elke kategorie kan weer in subkategorieë met bepaalde eienskappe en dimensies verdeel word.

(v) Die neerskrif van koderingsaantekeninge

Die neerskrif van idees, koderings of opmerkings wat op die getranskribeerde data aangebring word, is slegs 'n *voorlopige proses* om die data in perspektief te plaas. Nadat die hoofkonsepte aangedui, verifiëring met die groepfasiliteerder plaasgevind asook betekenisuitklaring met respondente onderneem is, vind integrasie van die data plaas. Die konsepte en kategorieë word vanaf die eerste dokument as koderingsaantekeninge oorgeskrif (Strauss & Corbin, 1990:73).

(vi) Teoretiese steekproefneming

Konsepte vorm volgens Strauss en Corbin (1990:177) die basis vir ontleding in die begrondeteorie-metode. Teoretiese steekproefneming word dus gerig op dié konsepte wat bevestigde teoretiese relevansie vir die ontwikkelende teorie toon. Daar word vervolgens inleidend na teoretiese steekproefneming as tegniek verwys.

□ Inleiding

Die begrip *teoretiese relevansie* dui daarop dat sekere konsepte as van belang beskou word aangesien hulle herhaalde kere teenwoordig is wanneer insidente vergelyk word. Deur middel van kodering word status aan kategorieë toegeskryf. Die doel van teoretiese steekproefneming is daarop gerig om *data in te samel* ten opsigte van die aksies en interaksies van persone, die toestande wat tot die aksies aanleiding gee, hoe die toestande verander of dieselfde bly en die gevolge van die aksies, interaksies of die strategieë. Teoretiese steekproefneming word geleidelik deur vrae en vergelykings wat die navorser in staat stel om kategorieë, asook hul eienskappe en dimensies, te identifiseer en te ontwikkel. Teoretiese steekproefneming verskil dus, afhangende van die koderingstegniek wat gebruik word.

Teoretiese steekproefneming is kumulatief van aard, aangesien die konsepte en die voorlopige verhoudings wat tussen konsepte vasgestel word, asook die diepte van die fokus, vermeerder namate die navorsing vorder. Tydens die aanvang word soveel kategorieë moontlik ontdek en word data oor 'n wye reeks idees van toepaslike fenomene versamel. In die latere stadia is die fokus op die ontwikkeling, die digtheid en die versadiging van kategorieë gerig, waar daar dan op bepaalde fenomene gefokus word. Die konsekwentheid van steekproefneming word ook benadruk ten einde data sistematies oor elke kategorie in te samel. Die belang van variasie en proses asook digtheid van die kategorieë word deur Strauss en Corbin (1990:178) beklemtoon. Buigsaamheid word tydens data-insameling aan die dag gelê, aangesien die navorser die meeste data uit die relevante situasies moet verkry deur elke nuwe fenomeen te ondersoek. Hoewel steekproefneming bepland onderneem word, word rigiditeit in

steekproefneming vermy, aangesien dit teoriegenerering inhibeer. Steekproefneming en ontleding vind dus gelyktydig plaas, aangesien die ontledingsproses data-insameling lei.

Strauss en Corbin (1990:179) is van mening dat die navorser een van die fundamentele reëls in die begrondeteorie-metode verbreek indien steekproefneming nie op grond van die ontwikkelende teoretiese relevansie van konsepte wat na vore kom, plaasvind nie. Wanneer data-insameling begin, word dit slegs as riglyne beskou, aangesien rigiditeit die inherente data-moontlikhede uitskakel. Dit beperk die hoeveelheid data en voorkom dat digtheid en variasie van konsepte verkry word. Aangesien teoretiese sensitiwiteit oor tyd verbeter, is dit volgens die begrondeteorie-metode toelaatbaar om - indien daar aanvanklik nagelaat is om die belang van betekenis wat aan sekere gebeure of episodes geheg word te ondersoek - na die materiaal terug te keer en dit in die lig van bykomstige kennis en insig te herkodeer (Strauss & Corbin, 1990:180-181). Dié toegewing geld omdat teoretiese sensitiwiteit met verloop van tyd verbeter.

Die aanvanklike data van die fokusgroeponderhoude en waarnemings deur veldaantekeninge word dus slegs as riglyne beskou waarvolgens data ingesamel word. Indien die riglyne rigid nagevolg sou word, sou dit die moontlikhede belemmer om data te ontdek wat inherent in die situasie voorkom. Dit sou ook verhoed dat digtheid en variasie in konsepte verkry kan word ten einde die begroonde teorie te ontwikkel. Die data-ontwikkeling en teoretiese steekproefneming laat dus ruimte daarvoor.

Teoretiese steekproefneming word dus op grond van konsepte onderneem wat teoretiese relevansie vir die ontwikkelende teorie toon. Steekproefneming daarenteen, word deur die volgende drie basiese koderingstegnieke gerig.

- Oop steekproefneming word tydens oop kodering onderneem en word in hierdie navorsing doelbewus en sistematies volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:179-184) onderneem.
- Verhoudings- of variërende steekproefneming word tydens aksiale kodering onderneem ten einde die bevindings by dimensionele vlakke van kategorieë te maksimaliseer (Strauss & Corbin, 1990:185-187). Dit word sistematies en doelbewus onderneem.
- Diskriminerende steekproefneming word met selektiewe steekproefneming in verband gebring en word aangewend met die doel om die storielyn waaruit die kernkategorie voortspuit, te verifieer (Strauss & Corbin, 1990:187-188). So word verhoudings tussen kategorieë vasgestel en verdere ontwikkeling van swak ontwikkelde kategorieë onderneem.

Die wyse waarop steekproefneming van die respondente wat aan die navorsing deelneem, onderneem is, is reeds beskryf (sien 2.3.1.1.1). Die prosesse van steekproefneming by elke koderingstegniek word verder in perspektief geplaas. Die proses van steekproefneming tydens oop kodering word eerste bespreek.

□ **Die prosesse van steekproefneming tydens oop kodering**

Ter wille van sistematiesing is dit noodsaaklik om steekproefneming as deel van oop kodering in perspektief te plaas. Dit is belangrik om 'n balans te handhaaf tussen die sistematiese insameling van relevante data oor herhalende kategorieë en terselfdertyd nuwe data ten opsigte van kategorieë, nuwe eienskappe en dimensies te ontdek (Strauss & Corbin, 1990:183).

Terwyl onderhoudvoering en waarneming plaasvind, behoort daar reeds konsepte te voorskyn te kom om die fokus aan te dui en aan te vul. Gedurende elke fokusgroeponderhoud en gepaardgaande waarnemings word potensieel relevante data dus verder ontsluit. Sommige kategorieë word induktief ontdek, terwyl ander as gevolg van deduktiewe denkstrategieë tydens ontleding ontwikkel. In hierdie studie word geen voorafbepaalde konsepte vir data-insameling benut nie. Die konsepte behoort aanvanklik tydens fokusgroeponderhoude en data-ontleding te ontwikkel en sal teen die realiteit van die situasie opgeweeg word (Strauss & Corbin, 1990:183). Die strukturering van onderhoude word dus nie rigied onderneem nie.

Steekproefneming word volgens Strauss en Corbin (1990:181) tydens oop kodering onderneem om soveel moontlik potensieële kategorieë met betrekking tot hul eienskappe en dimensies te ontwikkel. Aangesien die teoretiese relevansie van die konsepte in hierdie stadium nie bevestig is nie, word 'n openheid teenoor steekproefneming ingeneem. Daar word dus nie van die begin af op bepaalde kategorieë gefokus nie. Gedurende elke fokusgroeponderhoud en tydens waarnemings wat deur die veldaanekeninge aangedui word, word daar gepoog om soveel moontlik potensieële data te ontdek. Dié wyse van steekproefneming vereis dat die groeppaslierteerder doeltreffende kommunikasie- en fasiliteringsvaardighede aan die dag lê om die vertroue van die respondente te wen om soveel moontlik data in te win. Die konseptualisering van data begin onmiddellik nadat die eerste data deur die fokusgroeponderhoud ingesamel is. Die data word ondersoek deur vrae te vra en vergelykings te tref sodat die voorlopige kategorieë en subkategorieë wat hieruit voortspruit, tydens die daaropvolgende fokusgroeponderhoud uitgeklaar kan word. Deurdat teoretiese sensitiviteit aan die dag gelê word, word onderhoudvoering en waarneming so aangepas dat die fokus onmiddellik verander kan word. Konsepte wat dus irrelevant voorkom, word minder beklemtoon. Die fokus vir informele vraagstelling verskuif dus na aanleiding van die konsepte wat gedurende die fokusgroeponderhoudvoering en die

daaropvolgende fokusgroeponderhoude na vore kom. Die steekproefneming is dus oop ten opsigte van konsepte wat by herhaling teenwoordig is en waaraan status as kategorieë verleen word.

'n Oorsig van aksiale kodering deur middel waarvan kategorieë georganiseer word, volg hierna.

B STAP 2: AKSIALE KODERING

Aksiale kodering verwys na 'n stel prosedures waardeur die data op 'n nuwe wyse bymekaargevoeg word deur verbindings tussen kategorieë te maak. Verskeie kategorieë en konsepte word gedurende die verloop van data-ontleding geïdentifiseer. Sommige van die kategorieë verwys na bepaalde fenomene, ander na toestande wat aan die fenomeen verwant is. Sommige verwys na aksies of interaksies om die fenomeen te hanteer, terwyl ander kategorieë die gevolge van die aksies of interaksies met die fenomeen aandui. Die werklike konseptuele benaming dui nie aan watter komponent van die paradigmamodel deur die bepaalde konsep verteenwoordig word nie en moet deur die navorser as sulks geïdentifiseer word. Elke kategorie en subkategorie beskik oor bepaalde eienskappe wat in dimensie varieer en wat reeds in oop kodering vasgestel is. Dié verskeidenheid kategorieë word deur 'n paradigmamodel verbind. Dit word hierna volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:99-114) bespreek.

(i) Die paradigmamodel

Tydens aksiale kodering word die subkategorieë aan ooreenstemmende kategorieë verbind deur 'n paradigmamodel, waarvan elke komponent kortliks beskryf word. Dié komponente sluit in die kousale toestande van die fenomeen, die konteks, die inmengende veranderlikes, die aksie of interaksies, en die gevolge daarvan. Dit stel die navorser in staat om sistematiese verbinding van die data te onderneem.

□ Die fenomeen

Die fenomeen verwys na die sentrale idee of gebeurtenis waarteen 'n stel aksies of interaksies gerig word om die fenomeen te bestuur of waaraan die fenomeen verwant is. Die vrae wat gevra word, is gewoonlik daarop gerig om vas te stel waarna die data verwys en waarop die aksies en interaksies gerig word.

Kousale toestande

Bogenoemde dui die insidente of gebeurtenisse aan wat tot die ontstaan van die fenomeen aanleiding gee. Dit kan enige gebeurtenis, gedrag of aksie wees wat hoofsaaklik situasiegerig voorkom en wat deur begrippe soos wanneer, terwyl, sedert, omdat en as gevolg van aangedui word. Dit omsluit enige gebeurtenis wat die fenomeen voorafgaan (Strauss & Corbin, 1990:101).

Die konteks

Dit dui grootliks op die bepaalde stel eienskappe wat na 'n fenomeen verwys. Dit mag terselfdertyd na 'n bepaalde stel toestande verwys waarin die aksies, interaksies of strategieë geneem word om die fenomeen te bestuur, hanteer, uit te voer of op 'n fenomeen te reageer (Strauss & Corbin, 1990:101).

Die inmengende veranderlikes

Bogenoemde dui op die breë en algemene omstandighede wat aksies of interaksies binne 'n bepaalde konteks fasiliteer of rem. Dit sluit in faktore soos tyd, ruimte, kultuur, ekonomiese en tegnologiese status en historisiteit. Dié faktore word deur die navorser geïdentifiseer en daar word aangedui hoe dit aksies fasiliteer of inhibeer (Strauss & Corbin, 1990:102-104).

Aksies en interaksionele strategieë

Die begrondeteorie-benadering word volgens Strauss en Corbin (1990:104) as 'n aksie- of interaksioneelgeoriënteerde metode beskou waardeur teorie gebou word. Die aksies of interaksionele strategieë vind tussen individue en groepe plaas. Dit word doelgerig aangewend om 'n fenomeen wat in 'n bepaalde konteks of onder 'n bepaalde stel toestande voorkom, te bestuur, hanteer of uit te voer. Aksies of interaksies beskik oor bepaalde eienskappe wat volgehou word of wat met verloop van tyd verander. Die aksies en interaksies word doelgerig aangewend en vind deur strategieë of tegnieke plaas. Dit mag ook refleksief onderneem word vir redes wat nie aan die fenomeen verwant is nie maar wat wel gevolge vir die fenomeen teweegbring. Daar mag ook nagelaat word om aksies of interaksies te onderneem en dié redes word in samehang met die inmengende veranderlikes wat aksie fasiliteer of inhibeer, aangedui.

Gevolge

Aksies of interaksies wat as strategieë op 'n fenomeen onderneem word, het sekere uitkomstes en gevolge en is nie altyd voorspelbaar nie. Versuim om aksies of interaksies te bewerkstellig,

het gevolg of uitkomst wat nagespeur moet word. Daar mag gevolg wees wat mense, plekke en dinge beïnvloed en mag aktueel of potensieel, in die hede of toekomstig, wees.

(ii) *Verbinding en ontwikkeling van die kategorieë deur middel van die paradigmodel*

Die proses van verbinding en ontwikkeling van kategorieë binne die raamwerk van die model is kompleks, aangesien vier verskillende tegnieke gelyktydig tydens ontleding aangewend word. Die riglyne van Strauss en Corbin (1990:107-109) word gevolg:

- Die hipotetiese verbinding van die subkategorieë aan die kategorieë;
- die verifiëring van die verhoudingsverklarings of hipoteses teen die werklike data;
- verdere ontwikkeling van kategorieë en subkategorieë met betrekking tot hul eienskappe en die dimensionele lokalisering daarvan; en
- die aanvanklike eksplorering van variasie in fenomene deur elke kategorie en die subkategorieë vir verskillende patrone en temas te ondersoek.

 Die hipotetiese verbinding van die subkategorieë aan die kategorieë

Bogenoemde vind plaas deur middel van verhoudingsverklarings wat die aard van die verwantskap tussen die ooreenstemmende subkategorieë en kategorieë en die fenomeen aandui. So word die verwantskap tussen die kategorie en die fenomeen vasgestel, hetsy dit 'n kousale toestand, 'n konteks, 'n inmengende veranderlike, sekere aksies of interaksionele strategieë of gevolge aandui.

 Die verifiëring van verhoudingsverklarings of hipoteses met die aktuele data

Data word noukeurig gekontroleer vir bewyse, gebeure en insidente om verhoudingsverklarings te bevestig. Indien bevestiging vir vrae gevind word, word dit na breë of algemene verhoudingsverklarings tussen kategorieë, sub- en verdere kategorieë verander. Die teendeel, wanneer verhoudingsverklarings nie bevestig word nie, word egter ook as belangrik beskou aangesien dit variasie en insig verleen.

 Verdere ontwikkeling van kategorieë en subkategorieë

Tydens die vasstelling van verhoudingsverklarings en die alternatiewe daarvan word die eienskappe van kategorieë en subkategorieë asook die dimensionalisering daarvan verder

geëksploreer. Die data word ondersoek vir bevestiging van die gestelde verhoudingsverklarings tussen kategorieë. Terselfdertyd word ondersoek ingestel na ander eienskappe benewens die wat reeds bekend is asook die dimensionele lokalisering daarvan om digtheid van kategorieë te verbeter. Die vasstelling van elke moontlike eienskap benewens dié wat tydens oop kodering aangetref word, asook die moontlike dimensionele voorkoms daarvan, help om konseptuele digtheid sowel as moontlike variasie aan te dui.

□ **Die verbinding van kategorieë by die dimensionele vlak**

Die verbinding van kategorieë begin tydens aksiale kodering en word tydens selektiewe kodering voltooi. Tydens ontleding word patrone in die data ontdek met betrekking tot die dimensionele lokalisering van gebeure en insidente wat na die eienskap van 'n fenomeen verwys. Hierdie patrone is belangrik aangesien dit die basis vir selektiewe kodering vorm. Bepaalde eienskappe van omstandighede, strategieë en gevolge wat na 'n fenomeen verwys, toon onderlinge interaksie om verdere verskille aan te bring, wat proses of beweging in die data meebring. Die ontwikkeling en spesifisering van verskille en ooreenkomste tussen kategorieë vorm die basis van die begrondeteorie-metode wat gevolg word.

(iii) *Beweging tussen induktiewe en deduktiewe beredening*

Tydens kodering word daar voortdurend tussen induktiewe en deduktiewe denke beweeg. Voorgestelde verhoudings tussen kategorieë word deduktief vanuit die data afgelei en deurlopend met die werklike data bevestig. Die konsepte en verhoudings wat deur deduktiewe denke vasgestel word, word weer teen die aktuele data bevestig om die induktiewe benadering te bevestig. Voorlopige konsepte sal slegs behoue bly indien dit bevestig of verwerp word (Strauss & Corbin, 1990:112).

Die finale teorie word beperk tot die kategorieë, hul eienskappe, dimensies en verhoudingsverklarings wat in die werklike data voorkom. Die begrondeteorie-metode word so as 'n doelbewuste verifiëringsproses benut wat sistematies onderneem word om verhoudings te verklaar. Steekproefneming soos van toepassing tydens aksiale kodering, word vervolgens in perspektief geplaas.

(iv) *Steekproefneming tydens aksiale kodering*

Steekproefneming word tydens aksiale kodering aangewend en bly steeds op die ontdekking van teoreties-relevante konsepte en kategorieë, sub- en ander kategorieë gerig, hoewel die fokus verander. Die klem word hier geplaas om die teoreties-relevante konsepte, kategorieë en

subkategorieë wat tydens oop kodering en steekproefneming ontwikkel het, in verhouding te plaas en bewyse te vind vir variasie en proses wat plaasvind. Volgens Strauss en Corbin (1999:185) word steekproefneming tydens hierdie fase daarop gerig om die volgende vrae te beantwoord:

- Wat is die relevansie van die kategorie?
- Volg dit dieselfde patroon of verskil dit van vorige situasies?
- Watter eienskappe word aangetref?
- Watter toestande lei daartoe?
- Wat is die bepaalde konteks?
- Watter inmengende veranderlikes of omstandighede veroorsaak die variasie?
- Watter vorm neem die aksie of interaksie aan?
- Hoe verander dit oor verloop van tyd?
- Wat is die gevolge?

Die proses van steekproefneming

Kategorieë word verbind binne die paradigmamodel met betrekking tot die toestande, die konteks, aksies of interaksies en die gevolge van die interaksies. Die fokus van steekproefneming is dus ten eerste op die ontdekking van die verhoudings tussen kategorieë gerig en daarna om dit te valideer. Verhoudingsverklarings word deur die navorser aangedui, terwyl die ontdekking van verdere insidente wat verskille en verandering in die komponente van die paradigmamodel sal aandui, ten doel gestel word. Dit word onderneem om variasie en proses aan te dui en digtheid aan die kategorieë te verleen.

Die teoretiese steekproefneming kan uit die data, verdere onderhoude of dokumente onderneem word. In hierdie navorsing word steekproefneming van die verteenwoordigende en teoreties-relevante konsepte wat uit die onderhoude en die koderingstegnieke ontwikkel het, onderneem. Dit word weer induktief uit die data asook uit die literatuur bevestig. Steekproefneming duur voort tot teoretiese versadiging van die kategorieë verkry is.

Soveel moontlik verskille word by die dimensionele vlak in die data verkry. Daarna word data doelbewus vanuit die literatuur bevestig ten einde die variasies in die dimensies van die eienskappe van kategorieë aan te dui. Die hipoteses ten opsigte van die verhoudings en verskille wat mag voorkom indien die dimensies van eienskappe van 'n fenomeen varieer, word deduktief vasgestel.

Steekproefneming word alleen oor die teoreties-relevante konsepte onderneem. Die generering van teorie word daaropvolgend deur 'n koderingsproses, naamlik selektiewe kodering, onderneem. Selektiewe kodering word vervolgens bespreek.

2.3.1.3 FASE 3: DATA-INTEGRASIE VAN KATEGORIEË DEUR SELEKTIEWE KODERING EN BEGRONDING VAN DIE TEORIE

Ten einde die integrasie van die verskillende kategorieë teweeg te bring tydens die finale fase van die begrondeteorie-metode, word selektiewe kodering benut om die teorie te begrond. Die basis vir hierdie koderingsfase is reeds deur aksiale kodering gevestig, waardeur die kategorieë ontwikkel is met betrekking tot hul eienskappe en dimensies wat in paradigmatische verhoudings georden word. Die proses van selektiewe kodering word vir data-integrasie benut.

2.3.1.3.1 *Koderingstegnieke om data-integrasie te weeg te bring*

Data-integrasie as 'n proses word op 'n meer abstrakte vlak onderneem deur middel van selektiewe kodering en die begronding van die teorie. Dit vind in die volgende stappe plaas.

A STAP 1: SELEKTIEWE KODERING

Die proses van selektiewe kodering word op 'n meer abstrakte vlak van ontleding as aksiale kodering onderneem. Die kategorieë wat in aksiale kodering volgens die eienskappe en dimensies deur middel van die paradigmamodel verbind word, sal digtheid en rykheid aan die individuele kategorieë verleen (Strauss & Corbin, 1990:117).

Verdere tegnieke is nodig om die sentrale fenomeen van die navorsing vas te stel, wat die kernkategorie sal vorm. Die volgende tegnieke word tydens stap 1 gevolg.

(i) *Die beskrywing van die storie en konseptualisering van die storielyn*

Die beskrywing van die storie fokus op die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkunde-studente. Hieruit kan die storielyn geïdentifiseer word om die kernkategorie aan te dui.

□ **Die beskrywing van die storie**

'n Beskrywing van die storie word soos volg onderneem. Die essensie van die storie word geïdentifiseer en 'n beskrywende samevatting van die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente word binne bepaalde kontekse uiteengesit. 'n Samevatting van die belewenisse onder hoofkategorieë, kategorieë, sub- en verdere kategorieë, plaas die storie in konteks.

□ **Die konseptualisering van die storielyn**

Die hoofprobleme wat deur die data uitgewys word en wat die sentrale tema vorm, word gekonseptualiseer. Die konseptualisering van die storielyn konsentreer op 'n analitiese vertolking van die hoofveranderlikes wat uit die data blyk, sodat die sentrale fenomeen wat oor voldoende abstraktheid beskik en wat induktief en deduktief van die storie afgelei is, ontwikkel. Kundiges word geraadpleeg om die storielyn te verifieer. Die fenomeen waaroor deurlopend gereflekteer word en die kernboodskap wat uit die navorsing voortspruit, word geverifieer en as kernkategorie aangedui. Die konseptualisering van die storielyn word vervolgens na aanleiding van Strauss en Corbin (1990:120-121) se riglyne onderneem.

Dit vind plaas deur die sentrale fenomeen 'n naam te gee. Die enigste vereiste wat aan die kernkategorie gestel word, is dat die konseptuele benaming by die storie moet pas. Die bestaande kategorieë behoort dus oorweeg te word ten einde hul toepaslikheid te oorweeg. Die benoeming van die sentrale fenomeen word volgens Strauss en Corbin (1990:120-121) se tegnieke onderneem. Dit is naamlik die benoeming van die sentrale fenomeen of kernkategorie, die vasstelling van die eienskappe en dimensies van die kernkategorie, die verbinding van subkategorieë aan die kernkategorie deur middel van die paradigmamodel, die ontwikkeling van patrone en die validering van verhoudings tussen kategorieë wat verfyning en ontwikkeling benodig.

• **Die benoeming van die sentrale fenomeen of kernkategorie**

Die sentrale fenomeen wat as hoofidee of -probleem uit die data na vore kom, word as die kernkategorie aangedui. Hierdie kernkategorie mag op 'n psigo-sosiale proses dui en behoort die kernboodskap wat uit die navorsing voortspruit, te vergestalt. Die kernkategorie behoort volgens Strauss en Corbin (1990:124) omvangryk genoeg te wees om alle subkategorieë te omsluit en in verhouding te plaas. Die sentrale fenomeen is vir die doel van hierdie studie die sentrale idee wat aan die aksies of interaksies verwant is (Strauss & Corbin, 1990:96).

- **Vasstelling van die eienskappe en dimensies van die kernkategorie**

Nadat die kernkategorie geïdentifiseer is, word dit ooreenkomstig die eienskappe en dimensies van die kernkategorie ontwikkel. Die eienskappe van die kernkategorie word uit die storielyn afgelei. Nadat die eienskappe geïdentifiseer is, word die ander hoofkategorieë onder die kernkategorie as subkategorieë ingedeel.

(ii) ***Die verbinding van die subkategorieë met die kernkategorie deur middel van die paradigmamodel***

Die verbinding van die subkategorieë aan die kernkategorie word deur middel van die paradigmamodel onderneem. Die kernkategorie behoort egter die basis van die integrasieproses te vorm en al die subkategorieë wat as verteenwoordigend van die paradigmamodelkomponente ingedeel word, in stand te hou.

Daar word vasgestel welke komponent van die paradigmamodel deur individuele kategorieë verteenwoordig word, wat dan as subkategorieë van die kernkategorie ingedeel word. Die verbinding van die komponente van die paradigmamodel toon 'n bepaalde analitiese verloop volgens die wyse waarop die komponente van die paradigmamodel gerangskik is. Ter wille van duidelikheid word dit na aanleiding van Strauss en Corbin (1990:124-125) bespreek.

□ **Die toepassing van die analitiese verloop**

Die kernkategorie word as die organiserende hoof aangewend. Daaronder word die bestaande oorblywende hoofkategorieë as subkategorieë volgens die paradigmatische verwantskappe georden. Dit is naamlik die toestande, die konteks, aksies, interaksies en gevolge. Die name van die paradigmatische komponente kom nie noodwendig ooreen met dié wat aan die subkategorieë toegeken word nie. Die paradigmatische ordening vind op 'n bepaalde manier plaas, wat ter wille van duidelikheid onder die komponente van die paradigmamodel uiteengesit word (Strauss & Corbin, 1990:127).

□ **Die komponente van die paradigmamodel**

Die komponente van die paradigmamodel word skematies soos volg verbind, sodat 'n duidelike analitiese verloop herken word.



Bogenoemde verloop dui aan dat bepaalde veranderende toestande tot 'n fenomeen mag lei en dat dit binne bepaalde kontekse plaasvind. Aksies en interaksies word benodig om die fenomeen te bestuur of te hanteer, wat spesifieke gevolge sal hê. Sekere inmengende veranderlikes speel 'n rol wat die verwagte gevolge sal wysig of in stand hou. Die kategorieë word gerangskik sodat dit by die storielyn aanpas en 'n analitiese weergawe van die storie aandui. 'n Kompleksiteit in die ongekompliseerde verloop van bogenoemde ordening word dus voorsien, aangesien die variërende toestande in die kontekse die fenomeen sal wysig.

Die konseptualisering van die kernkategorie en subkategorieë

Die kernkategorie en die subkategorieë word volgens die paradigmodel se komponente gekonseptualiseer. Die subkategorieë verteenwoordig in hierdie fase die verskillende funksies wat die komponente van die paradigmodel in die analitiese verloop vervul.

(iii) Die verbinding van kategorieë volgens die eienskappe en dimensionele vlakke

Volgens Strauss en Corbin (1990:123) behoort die kernkategorie ontwikkel te word na aanleiding van die eienskappe en dimensies wat uit die storielyn ontwikkel het. Die groepering van die kategorieë word sistematies verbind volgens die dimensionele reikwydte en die eienskappe en die patrone wat ontwikkel. Die data word dus op konseptuele vlak en ook volgens die eienskappe en die dimensionele vlakke verbind (Strauss & Corbin, 1990:131).

Die ontwikkeling van patrone

Tydens aksiale kodering ontwikkel patrone wat tydens selektiewe kodering verfyn behoort te word. Die patrone behoort geïdentifiseer en die data ooreenkomstig gegroepeer te word. Die doel van verfyning is om die verskillende toestande in verskillende kontekse te ondersoek en die gevolge wat uit die veranderende toestande weens inmengende veranderlikes of omstandighede voortspruit, te verstaan en te bespreek.

□ **Die sistemativering en versterking van verhoudings tussen kategorieë**

Tydens hierdie fase word 'n kombinasie van induktiewe en deduktiewe redenering benut waar daar deurlopend tussen vraagstelling, die generering van hipoteses en vergelyking beweeg word. Die konteks dui op die bepaalde eienskappe van die sentrale fenomeen en die toestande waarbinne die aksies plaasvind. Die rangskikking van die eienskappe word in verskillende kombinasies volgens die dimensionele kontinuum georden om patrone te vorm. Die kombinasies kan tydens ontleding te voorskyn kom óf vanuit die eienskappe van die sentrale fenomeen afgelei word. Dié eienskappe en dimensies vorm saam 'n aksiekonteks. Die verskillende kombinasies van die sentrale fenomeen se eienskappe mag gedurende ontleding na vore kom of deur die navorser afgelei word.

B STAP 2: DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE

Validering van die teorie met die data voltooi die begrondingsproses. 'n Diagrammatiese of beskrywende uitleg van die teorie volg. Stellings aangaande die verhoudings tussen kategorieë onder verskillende kontekstuele toestande word ontwikkel en gevalideer met die data ten einde die teorie te begrond. Die volgende tegnieke word onderskei.

(i) Die stel van verhoudingsverklarings tussen kategorieë

Die teorie word uiteengesit volgens die verhoudings wat tussen kategorieë onder verskillende kontekstuele toestande voorkom. Volgens Strauss en Corbin (1990:129) kan 'n hipotetiese stelling geskryf word waardeur die verhoudings tussen die kategorieë aangedui word, wat dan deur die data gevalideer kan word. Die hipotetiese stelling behoort vir elke individu wat aan die navorsing deelgeneem het, toepaslik te wees. Die stelling word dikwels as staties aangedui en dui nie die kompleksiteit en variasie wat die navorser beoog aan nie.

(ii) Validering van verhoudings tussen kategorieë deur die data

Stellings behoort die verhouding tussen elk van die kontekstuele variasies van die kategorieë te verklaar. Daar word dus gepoog om die stellings deur die data te verifieer. Stellings dui aan of daar oor die algemeen of in die meeste gevalle passing tussen die stellings en die kategorieë voorkom en hoef nie in alle gevalle relevant te wees nie. Gebeure word in die mees toepaslike konteks geplaas maar sal nie afgedwing word nie.

Sommige gebeure is in 'n staat van oorgang, aangesien verandering reeds besig is om plaas te vind in die basiese toestande wat tot die sentrale fenomeen lei (Strauss & Corbin, 1990:139).

Hierdie verandering in toestande verander die eienskappe volgens die dimensies en konteks, wat tot aksie lei. Dit mag daartoe lei dat in sommige gevalle, aspekte van twee verskillende kontekse aangedui word. Om hierdie verskille aan te dui, is dit noodsaaklik om proses in die teorie in te bou.

Die inmengende veranderlikes mag ook 'n rol speel en variasies tussen die verhoudingstellings tussen kategorieë teweegbring. Daar sal gepoog word om spesifiek melding te maak van die toestande wat die variasie meebring.

(iii) Invul van gapings in kategorieë

Bogenoemde is nodig om digtheid aan die kategorieë en konseptuele spesifisiteit te verleen. Dit sluit in enige kategorieë wat swak ontwikkel is. Die koderingstegnieke van Strauss en Corbin (1990:61-142) word hierdeur voltooi.

(iv) Diskriminerende steekproefneming tydens selektiewe kodering

Die doel van selektiewe kodering is om alle kategorieë op dimensionele vlak te integreer om 'n teorie te vorm, die integrerende stellings van verhoudings te valideer en die kategorieë te voltooi. Steekproefneming is direk en doelgerig oor wie en wat ingesluit moet word, sodat die nodige data verkry kan word. Die literatuur wat gekies word, behoort die storielyn en die verhoudings tussen kategorieë te verifieer en swak ontwikkelde kategorieë in te vul. Toetsing is volgens Strauss en Corbin (1990:187) 'n uiters belangrike stap van die begronde teorie en word in elke stap van die proses ingebou. Die hipoteses word met die realiteit (data) vergelyk en weer getoets, sodat slegs die data wat in die realiteit begrond word, in die teorie ingebou word. Daar word doelbewus data by persone en deur die literatuur ingesamel, sodat variasies op dimensies van kategorieë aangedui kan word.

Steekproefneming word hier slegs oor die teoreties-relevante konsepte onderneem. Twee of meer gebeure sal selde identies wees wat betref hul toestande, kontekse, aksies of interaksies en gevolge. Slegs dit wat die realiteit deurlopend bevestig, word in die teorie ingebou. Negatiewe gevalle is belangrik, aangesien dit op variasie in denke dui. In negatiewe situasies van aksies of interaksies word die toestande wat daartoe lei, nagespeur om mislukking of verandering in aksies of interaksies aan te dui.

Daar word met die proses volgehou totdat versadiging van die kategorie voorkom en die volgende kriteria bereik is.

- Geen nuwe data oor kategorieë behoort na vore te kom nie;
- die kategorie-ontwikkeling moet digtheid toon en alle paradigma-elemente asook variasies en proses moet in berekening gebring word; en
- die verhoudings tussen kategorieë moet vasgestel en gevalideer word.

(v) Veralgemening

Veralgemening na 'n groter populasie word nie beplan nie. Daar word gespesifiseer onder watter toestande die fenomeen voorkom, die konteks waarin dit voorkom, die aksies of interaksies waarna verwys word en die geassosieerde gevolge daarvan. Indien omstandighede verander, sal teoretiese formules moet verander om vir nuwe omstandighede voorsiening te maak.

(vi) Prosesbeskrywing as komponent van teoriegenerering

Proses dui op die inenskakeling van 'n reeks gevolge weens aksies of interaksies om beheer of kontrole oor response te verkry wat op 'n fenomeen gerig is.

□ Inleiding

Die inenskakeling van gevolge word bereik deur die volgende aspekte aan te dui, naamlik:

- Die verandering in toestande en kontekse wat aksie of interaksie beïnvloed;
- die aksie- of interaksierespons op verandering;
- die gevolge van die aksie of interaksie; en
- 'n beskrywing van die wyse waarop gevolge 'n deel word van die toestande wat die daaropvolgende aksie- of interaksieverloop beïnvloed.

Verandering kan die gevolg van beplande of onbeplande aksies of interaksies wees.

Proses is 'n kragtige analitiese begrip waardeur gebeure gekonseptualiseer word. Dit dui op aksie of interaksionele roetine wat onderbreek word en die probleme wat in die verloop van die lewe voorkom. Daar word dus op groei, ontwikkeling en beweging teenoor mislukking, terugvalle en stagnasie gefokus. Die weerhouding van response teenoor verandering in omstandighede is van dieselfde belang as wat positiewe reaksie op 'n respons is.

□ Die ontwikkeling van proses

Die inbou van proses is dinamies en behels die inbou van aksies of interaksies wat dan verbind word om 'n verloop van gebeurtenisse aan te dui of om 'n reeks aksies aan te dui.

Proses word analities onderneem, sodat die ontvouende aard van die gebeure aangedui word. Daar word aangedui waarom en hoe aksies of interaksies in die vorm van gebeure, aksie sal verander (Strauss & Corbin, 1990:145). Dit behels 'n indiepte-ondersoek na en eksplorering van veranderende aksies of interaksies wat oor die verloop van tyd as 'n respons tot verandering in toestande wissel. Proses sal dus sodanig aangedui word dat die leser 'n aanduiding sal kry van die verloop van gebeure wat as gevolg van 'n aksie of interaksie voorkom.

Daar word van induktiewe sowel as deduktiewe denkstrategieë gebruik gemaak. Indien onvoldoende data oor die bewys van proses in data bestaan, mag deduktiewe tegnieke gebruik word en hipoteses of stellings van verhoudings oor moontlike potensiële toestande van verandering wat deur die data bevestig of met behulp van die literatuur vasgestel word om dié hipoteses te ondersteun, te weerlê of te modifiseer. Daar word uitgebreid van literatuur in hierdie navorsing in samehang met die data gebruik gemaak om die hipoteses te ondersteun.

□ Die meganika van proses

Verandering in toestande stel proses in werking. Daarom is dit belangrik om verandering te verstaan. Dit word soos volg deur Strauss en Corbin (1990:146) beskryf.

Verandering word weerspieël deur 'n gebeurtenis of situasie wat 'n verskil in 'n toestand in so 'n mate aanbring dat dit die aksies of interaksionele strategieë wat daarop gerig is om 'n fenomeen te behou of 'n bepaalde doel te bereik, wysig. Tyd en beweging kom te voorskyn. Insteede daarvan om die aksies of interaksies in tyd en ruimte vas te lê, sal die navorser poog om aan te dui hoe dit verander, beweeg en reageer totdat veranderings noodwendig met verloop van tyd plaasvind.

Die tydsverloop tussen elke verandering in omstandighede en die ooreenkomstige verandering in aksies of interaksies wat een deel van 'n verloop of 'n reeks aktiwiteite mag uitmaak, kan kortstondig, gedurende 'n week of oor jare wees. Die tydsverloop tussen elke deel van 'n gevolg is nie so belangrik as die konsep van tydsverloop of beweging wat plaasvind nie. Die voorkoms en vorm van verandering kan soos volg verloop. Die eienskappe en dimensies waarvoor verandering beskik, mag die volgende variasies insluit. Dit is belangrik om te beseef dat verandering of proses in berekening gebring moet word wanneer begeleiding en ondersteuning onderneem word.

- Die spoed kan vinnig of stadig wees.
- Die voorkoms kan bepland of onbepland, georganiseerd of lukraak wees.
- Die rigting kan progressief of regressief, voorwaarts, terugwaarts, boontoe of afwaarts wees.
- Die omvang mag wyd of eng wees.
- Die impak mag groot of gering wees.
- Die vermoë om verandering te kontroleer, mag hoog of laag wees.

Verandering kan in die volgende komponente van die paradigmamodel plaasvind, naamlik in die toestande wat die fenomeen veroorsaak wat verandering in die konteks meebring, asook in die aksies of interaksies vir die beheer of hantering van die fenomeen in dié veranderde konteks. Daar mag ook verandering plaasvind in die inmengende veranderlikes of omstandighede wat aksies of interaksies beïnvloed en wat die behoefte aan verandering, of modifisering van aksie, inisieer. Die gevolge van vorige aksies of interaksies in een gebeure kan nuwe toestande byvoeg of die interaksie tussen reeds bestaande toestande wysig (Strauss & Corbin, 1990:152).

□ **Die fases van prosesbeskrywing**

Proses is 'n progressiewe beweging en sal in stadia of fases plaasvind. Proses word as stadia gekonseptualiseer en is veral van toepassing wanneer aspekte rondom ontwikkeling bestudeer word. Die volgende word uitgespel:

- Toestande en ooreenkomstige aksies beweeg die proses voorwaarts;
- kernpunte word geïdentifiseer en daar word aangedui hoe die uitkomste van doelbereiking, die toestande wat die volgende stel aksies inisieer beïnvloed; en
- daar word aangedui waarom sommige persone sekere stadia teen 'n versnelde pas bereik, terwyl ander 'n plato bereik en sommige selfs terugval en mislukking eerder as vooruitgang beleef.

Alle elemente van die paradigmamodel word gebruik om die verloop van proses en die variasies aan te dui (Strauss & Corbin, 1990:156).

2.4 DIE KONSEPTUELE BEELD VAN DIE REALITEIT WORD VANUIT DIE NAVORSINGSBEVINDINGS ONTWIKKEL

Gevolgtrekkings ten opsigte van die navorsingsbevindings word met behulp van 'n konseptuele beeld van die realiteit onderneem wat uit die data van die navorsingsbevindings gesintetiseer is. Die konseptuele beeld dui die verskillende hoofkategorieë aan wat as subkategorieë onder die kernkategorie ingedeel word ten einde die teorie te begrond. Vanuit 'n krities-analitiese samevatting van die navorsingsbevindings word 'n potensieel-visuele model ontwikkel wat die totale samevatting van die navorsingsbevindings weergee.

2.5 HOOFSTUKSAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsontwerp en -metode uiteengesit.

Die navorsingsontwerp wat gevolg word, is kwalitatief van aard en word aangewend aangesien weinig inligting beskikbaar is oor die fenomeen wat nagevors word.

Die begrondeteorie-metode word by die aanvang van die navorsing benut en daar word nie van 'n voorafbepaalde teoretiese raamwerk gebruik gemaak nie. Dié begrondeteorie-metode benut navorsingsprosedures en -tegnieke wat vervleg is, maar ter wille van sistematiesing in verskillende fases aangedui word.

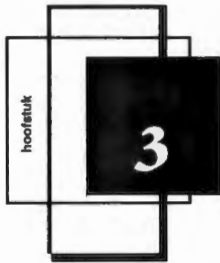
Fase 1, wat data-insameling behels, bestaan uit twee stappe, naamlik stap 1 wat op die voorbereiding vir data-insameling fokus en die toestemming tot navorsing, die steekproef en die benutting van tussengangers bespreek. Stap 2, wat die proses van data-insameling deur fokusgroepe in perspektief plaas, sluit alle aspekte van die voorbereiding van en die strategieë vir die afneem van die fokusgroepe in. Die vereistes vir effektiewe onderhoudvoering, die navorsingsvraag wat vir ontleding benut word en die afneem van die veldaantekeninge word hieronder aangedui. Ten opsigte van data-insameling word die riglyne van Okun (1992) Polit en Hungler (1993) en Krueger (1994) aangewend.

Die nakoming van etiese vereistes wat aan kwalitatiewe navorsers gestel word ten opsigte van die beskerming van die respondent se selfbeskikking, die reg tot privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid, die reg tot regverdige behandeling van respondente en die verantwoordelikheid van die navorser, is bespreek.

Die versekering van vertrouenswaardigheid, die kriteria van geloofwaardigheid en die strategieë wat hieronder ressorteer, oordraagbaarheid en die kriteria waaraan beantwoord word, vertroubaarheid en bevestigbaarheid, soos dit in hierdie navorsing van toepassing is, is aangedui.

Fase 2 verwys na data-ontleding en konseptualisering wat na aanleiding van Strauss en Corbin (1990:96-115) se twee koderingstegnieke onderneem word. Die koderingstegnieke om data te ontleed, te konseptualiseer en te kategoriseer, is in twee stappe aangedui. Stap 1 behels die proses van oop kodering wat uit verskeie tegnieke bestaan. Stap 2, naamlik aksiale kodering, word opvolgend aangewend ten einde data op 'n nuwe wyse saam te voeg.

Fase 3 behels die finale integrasie van die kategorieë en bestaan uit twee stappe, naamlik stap 1 wat selektiewe kodering volgens spesifieke tegnieke in perspektief plaas, en stap 2, waar die begroning van die teorie onderneem word. Proses as komponent van teoriegenerering word in samehang beskryf. Die konseptuele beeld van die realiteit behoort uit die begroning van die teorie te realiseer. Vanuit die konseptuele beeld van die realiteit sal 'n potensieel-visuele model ontwikkel word wat die navorsingsbevindings saamvat.



RESULTATE VAN DIE FOKUSGROEPE NA AANLEIDING VAN OOP KODERING

In die vorige hoofstuk is die navorsingsontwerp en -metode wat gevolg is, bespreek. In hierdie hoofstuk word 'n uiteensetting gegee van die fokusgroepe en die resultate van die belewensisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise wat die verpleegberoep aan hulle stel. Die proses van oop kodering is vir die ontleding van data gevolg.

3.1 INLEIDING

Vier fokusgroepe het gerealiseer, waarvan die verloop kortliks onder 3.2. in perspektief geplaas word. Die koderingsaantekeninge word verder na aanleiding van oop kodering onder 3.3 volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:72-74) bespreek.

3.2 DIE REALISERING VAN FOKUSGROEPE

Die realisering van die fokusgroepe word vervolgens onder 3.2.1 bespreek. Dit sluit in die grootte van die fokusgroepe en die ligging van die Skool vir of departemente van Verpleging waar dit plaasgevind het, waarna die data-ontleding plaasvind. Die fokusgroepe word eerste bespreek.

3.2.1 Data-insameling deur middel van fokusgroepe

Die insameling van data as fase 1 (sien 2.3.1.1) word onder twee stappe bespreek.

Stap 1: Die voorbereiding van data-insameling; en

Stap 2: data-insameling van die belewensisse wat voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese en kliniese eise wat hulle ervaar.

Die voorbereiding vir en die insameling van data is ooreenkomstig die voorgestelde navorsingsmetode wat in Hoofstuk 2 beskryf is, uitgevoer en het soos volg verloop.

Aanvanklik is ses fokusgroepe beplan, maar logistieke redes ten opsigte van toestemming en tye wat fokusgroep kon plaasvind, het daartoe gelei dat slegs vier fokusgroepe gereël kon word. Die fokusgroepe is by een skool vir Verpleegkunde in die Noordwes Provinsie, twee departemente van Verpleegkunde in die Gauteng Provinsie en een departement van Verpleegkunde in die Wes-Kaap afgeneem. Die grootte van die fokusgroepe wissel tussen ses en tien persone, wat aan gestelde kriteria voldoen. Alle respondente wat aan die fokusgroepe deelgeneem het, het vrywillig ingestem en skriftelik toestemming verleen. Die volgende vier fokusgroepe het plaasgevind.

Fokusgroep 1

Die groep bestaan uit ses voorgraadse Verpleegkundestudente by 'n skool vir Verpleegkunde in die Noordwes Provinsie wat vrywillig tot 'n fokusgroep-onderhoud ingestem het.

Fokusgroep 2

Die groep bestaan uit agt voorgraadse Verpleegkundestudente wat by 'n departement van Verpleegkunde in Gauteng geregistreer is. Vanweë tegniese probleme en steurings was die klank foutief en het die kwaliteit van die onderhoud verlore geraak. Dié onderhoud was onbruikbaar en slegs die veld-aantekeninge is met dié van die ander fokusgroepe vergelyk. Alle respondente in hierdie groep het vrywillig tot deelname aan die onderhoud ingestem. Die groeppasilliteerder kon egter wel dataversadiging bevestig vanweë haar ervaring met die ander fokusgroepe wat sy gelei het.

Fokusgroep 3

Die groep bestaan uit ses voorgraadse Verpleegkundestudente wat by 'n departement van Verpleegkunde in Gauteng geregistreer is. Alle respondente in hierdie groep het vrywillig tot deelname aan die onderhoud ingestem.

Fokusgroep 4

Die groep bestaan uit 10 voorgraadse Verpleegkundestudente wat aan 'n departement van Verpleegkunde in die Wes-Kaap geregistreer is. Alle respondente het vrywillig tot deelname aan die fokusgroep ingestem.

Response wat uit die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente van die vier fokusgroepe verkry is, spruit voort uit die volgende ongestruktureerde vraag.

"Hoe beleef u die akademiese en kliniese eise tydens die duur van die vierjarige program in Verpleegkunde?"

"How do you experience the academic and clinical demands during the four year course in Nursing?"

Die response van die fokusgroepe is vir beskrywingsdoeleindes geïntegreer, aangesien die herhalende temas en patrone wat in al drie fokusgroepe en veldaantekeninge van vier fokusgroepe geïdentifiseer is, met enkele uitsonderings, ooreenstem. Die anonimiteit van die Skool vir en drie departemente van Verpleegkunde word hierdeur verseker, deurdat daar in geen opsig na onafhanklike data van die spesifieke Skool vir of departemente van Verpleegkunde verwys word nie. Daar sal nie van kruisvalidering as tegniek gebruik gemaak word vir die vergelyking van response tussen die respondente van die Skool vir en dié van die departemente van Verpleegkunde nie, vanweë die etiese aspekte wat geheimhouding noodsaak. Die data-ontleding word vervolgens in hierdie hoofstuk uiteengesit.

3.2.2 Data-ontleding

Die redenering en denkstrategieë asook die koderingstegnieke waarvolgens data-ontleding in hierdie navorsing onderneem is, is reeds volledig in Hoofstuk 2 bespreek (sien 2.3.1.2.1 en 2.3.1.2.2) onderskeidelik. Oop kodering as eerste metode na aanleiding van Strauss en Corbin (1990:72-74) se riglyne en koderingstegnieke gaan konseptualisering vooraf en word volledig in dié hoofstuk uiteengesit. Verifiëring van die konsepte met respondente is tydens opvolg-

besprekings gedoen om uitklaring van konsepte te bewerkstellig. Die essensie van die data-ontledingsproses, naamlik die konseptualisering van die data, word deur Strauss en Corbin (1990:58) beklemtoon, aangesien teorievorming reeds hier begin.

Die resultate wat gedurende die proses van oop kodering tydens die aanvang van ontleding bevind is, word as koderingsaantekeninge aangedui en is slegs beskrywend van aard. Die herhalende temas en patrone wat ontwikkel, word verder geïnterpreteer en onder hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë wat verbandhoudend is, ingedeel.

Oop kodering as tegniek omsluit data-ontleding volgens Strauss en Corbin (1990:72-74) en fokus op die eienskappe en die oopdekking van die verskillende dimensies van elke kategorie en subkategorie wat herhaaldelik voorkom. So word oorvleueling van kategorieë voorkom en word bestaande data deur teoretiese steekproefneming bevestig.

Die bespreking van die resultate onder die hoofde van hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë met hul bepaalde eienskappe en dimensies, word daarmee saam onderneem.

Die resultate word vervolgens as koderingsaantekeninge bespreek.

3.3 BESPREKING VAN KODERINGSAAANTEKENINGE NA AANLEIDING VAN OOP KODERING

Nadat die onafhanklike kodering deur beide die navorser en die medekodeerder afgehandel is, word ooreenstemming bereik ten opsigte van die spesifieke hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë wat uit die navorsing voortspruit. Dit blyk dat die belewenisse van die respondente hoofsaaklik sentreer rondom bepaalde programverwagtings en -eise wat aan hulle gestel word, gepaard met die oënskynlike onvermoë wat hulle vanweë verskeie veranderlikes ervaar om hierdie eise professioneel en persoonlik te hanteer. Die hoofkategorieë word voorlopig onder die belewenisse wat met *professionele en persoonlike aspekte van voorgraadse verpleegonderrig verband hou*, ingedeel. Kategorieë en subkategorieë en verdere kategorieë wat 'n verdere eksplorering van die hoofkategorieë moontlik maak, is voorlopig gestel om geloofwaardigheid te versterk. Hoewel dit uit die data blyk dat dié bogenoemde kategorieë vervleg is en tot verswaring van die programverwagtings en -eise lei, word die kategorieë en subkategorieë en verdere kategorieë ter wille van duidelikheid apart aangedui. Die belewenisse wat met **professionele aspekte** van voorgraadse verpleegonderrig as hoofkategorie verband hou, sluit die *akademiese en kliniese programverwagtings en -eise* van die program in. Die belewenisse wat met die **persoonlike aspekte** as hoofkategorie

verband hou, dui die *emosionele, sosiale en spirituele programverwagtings en -eise* aan wat aan respondente gestel word en die lewensvaardighede waaroor hulle beskik.

Die twee hoofkategorieë, naamlik die belewenisse wat met die **professionele en persoonlike aspekte van voorgraadse verpleegonderrig** verband hou, en 'n verbatim-weergawe van die response onder die kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë, volg om die eienskappe en dimensies te verifieer en in perspektief te plaas.

Daar word vervolgens 'n uiteensetting gegee van die *professionele aspekte* van voorgraadse verpleegonderrig en die belewenisse wat rondom dié aspekte sentreer.

3.3.1 Die belewenisse wat met die professionele aspekte van voorgraadse verpleegonderrig verband hou

Dié belewenisse van die respondente word voorlopig na eksplorering van die data in die volgende kategorieë, onder bogenoemde hoofkategorie bespreek:

- 3.3.1.1 Die belewenisse wat met die akademiese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig verband hou; en
- 3.3.1.2 die belewenisse wat met die kliniese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig verband hou.

Die belewenisse ten opsigte van die akademiese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig as kategorie met subkategorieë word eerste bespreek.

3.3.1.1 DIE BELEWENISSE WAT MET DIE AKADEMIESE ASPEKTE VAN VOORGRAADSE VERPLEEGONDERRIG VERBAND HOU

'n Uiteensetting van die akademiese aspekte as kategorie word vervolgens gegee. Die volgende subkategorieë word voorlopig geïdentifiseer.

- 3.3.1.1.1 Onrealistiese programverwagtings en -eise word gestel; en
- 3.3.1.1.2 wisselende akademiese begeleiding en ondersteuning word ervaar.

Daar word vervolgens eerste op die belewenisse gefokus wat onrealistiese programverwagtings en -eise as subkategorie van die akademiese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig aandui. Daarna word die geïnterpreteerde data verder bespreek.

3.3.1.1.1 Onrealistiese programverwagtings en -eise word gestel

Die onrealistiese akademiese programverwagtings en -eise wat deur die voorgraadse Verpleegkundestudente aangedui word, word deur die volgende gekenmerk:

- A 'n Oorbelaide program word gevolg;
- B idealistiese kennisoordrag vind plaas;
- C wisselende kontekse en standaarde tussen jaargange kom voor;
- D 'n dubbellading as gevolg van akademiese en kliniese programverwagtings en -eise word ervaar; en
- E ontoereikende kliniese integrasie kom voor.

Dié onrealistiese programverwagtings en -eise word, met enkele uitsonderings, meestal as negatief ervaar, veral die belewenisse ten opsigte van die oorbelaide program wat spanning veroorsaak. Die eienskappe en dimensies van dié verdere kategorieë word vervolgens in perspektief geplaas.

A OORBELADE PROGRAM WORD GEVOLG

Hoewel enkele belewenisse op toepaslike programinhoud dui waarvoor daar waardering uitgespreek word, word belewenisse geverbaliseer ten opsigte van programoorbelading as gevolg van irrelevant, nie-toepaslike programinhoud en onhanteerbare volumes leerstof. Die voortdurende vaktoevoegings by die akademiese programinhoud en oorvleueling tussen vakdissiplines van die akademiese programinhoud dra daartoe by dat onnodige belading van die program ervaar word. Die volgende belewenisse is geverbaliseer.

(i) *Belewenisse ten opsigte van toepaslike versus nie-toepaslike programinhoud*

Die respondente beleef die programinhoud op tweërlei wyse. Daar is diegene wat van mening is dat die programinhoud redelik relevant is en wat dit waardeer, teenoor diegene wat dit as irrelevant en nié-toepaslik beskou. Dit blyk dat die programinhoud as waardevol beskou word wanneer dit van algemene belang en toepaslik in die verpleegberoep is.

Toepaslike programinhoud word as waardevol beleef

Sommige respondente beskou toepaslike programinhoud wat van algemene belang is in 'n positiewe lig. Dit word as van groot waarde beleef. Dié siening blyk uit die volgende respons:

"Interessant en van waarde".

"Dit is van groot waarde, interessant en jy baat baie daarby - leer baie - dit omvat die algemene dinge."

□ **Nie-toepaslike programinhoud word negatief beoordeel**

Die respondente spreek die behoefte uit aan 'n meer toepaslike programinhoud, wat vir die praktiese uitvoering van hul pligte noodsaaklik is en vir die gemeenskap wat hulle bedien toepaslik is. Hoë tegnologiese inhoud, sowel as nie-toepaslike, nie-verpleegkundige inhoud wat in die onderrigprogram van die B.Cur.-graad vervat is, word daarenteen as nie-toepaslik beskou. Die volgende dien as voorbeelde van programinhoud wat as nie-toepaslik beskou word.

• **Hoë tegnologiese inhoud**

Die hoë tegnologiese inhoud van die program is nie van toepassing in 'n primêre gesondheidsorgsituasie nie, soos uit die volgende respons blyk:

"Al sit ons in 'n primêre gesondheidsorgsituasie waar almal nie eers kos het nie, moet ons daai hoë tegnologiese inhoud beskryf. Gee goed wat regtig voorkom - die algemene goed wat ons mee werk".

• **Die onderrigprogram bevat uitgebreide nie-verpleegkundige inhoud**

Dit blyk dat die respondente verward is oor die omvang wat die programinhoud aanneem. Dit ontstaan veral as gevolg van die insluiting van ander multidissiplinêre spanlede se leerinhoud.

"In my eerste jaar het dit vir my gevoel of ons op die einde die radiografis, die apteker, die dieetkundige, die sielkundige en nog die verpleegkundige se werk ook moet doen. Akademie moet minder en meer relevant wees."

"Dosente doen alles in die klas en in die toetse konsentreer hulle tog op die verpleegkundige - jy besef dit nie en leer alles."

(ii) **Volume leerstof onhanteerbaar**

Die hoë volume leerstof en aantal vakke word as onhanteerbaar beskou. Die bykomende lading wat dit meebring, eerder as die moeilikheidsgraad, word deur respondente as die rede vir programverlenging of -staking aangevoer. Die volgende response dui op die eise wat die lading meebring:

"Van die eerste jaar af het ons 'n ekstra lading gehad - die ander eerstejaars het so drie-vier vakke, ons het nege gehad."

"Die ekstra lading is die rede waarom baie opskop of langer swot."

(iii) Voortdurende vaktoevoegings

'n Gevoel van negatiewe teenoor die akademiese programinhoud, wat voortdurend aangepas word deur ekstra vakke by te voeg, blyk uit die volgende response:

"Ons groep het 'n negatiewe beeld van die akademie, want vandat ons eerste jaar begin het, is die akademiese program aangepas, met die gevolg dat ons ekstra vakke het."

"Jy voel net alles word op jou gegooi en jy kry nie toegewings nie."

"Veral in die derde jaar het ons verskriklik negatief geword. En so het ons dit maar gehoor by almal wat klaargemaak het - die derde jaar is maar só."

(iv) Oorvleueling tussen vakdissiplines

Die herhaling van dieselfde programinhoud in verskillende vakdissiplines wat ook by die program in Verpleegkunde ingesluit is, word as tydverkwistend beskou en wek frustrasie by respondente, soos blyk uit die volgende response:

"Daar is ook vreeslike oorvleueling. Jy doen in al wat 'n vak is kontrasepsie-aborsie en dan besef 'n mens die eerste, tweede en derde jaar frustreer jou."

"Ons gaan baie ure spaar as ons een ding eenmalig doen - soos byvoorbeeld die brein doen ons in Anatomie, Sielkunde en Neurologie."

B IDEALISTIESE KENNISOORDRAG VIND PLAAS

Die response dui aan dat die teoretiese oordrag van kennis idealisties is. Die kliniese toepassing word bemoeilik deur die hoë verwagtings wat gestel word. Die respondente ervaar emosionele spanning om aan dié standaarde te voldoen.

(i) Hoë verwagtings bemoeilik kliniese toepassing

Kliniese toepassing van die teorie vind nie plaas nie vanweë die eise wat aan die respondente gestel word en die idealistiese wyse waarop hulle hul take moet verrig. Die gevolg is dat die respondente nie aan verwagtings kan voldoen nie.

"... as 'n mens jou goeters doen soos wat die dosent wil hê, vra die hospitaal - wat doen jy nou? Byvoorbeeld 'n bedwas - hoe 'n B.Cur. 'n bedwas doen – [lag] - dit vat net langer."

"Die teoretiese oordrag van kennis is idealisties - dit werk glad nie só in die praktyk nie en daar is ook nie tyd om daarby uit te kom nie."

(ii) Emosionele spanning manifesteer

Die idealistiese verwagtings skyn teenproduktief te wees, aangesien die respondente spanning ervaar om die standaard wat verwag word, te verwesenlik.

"As 'n mens kyk hoe 'n ding in die saal gedoen word en hoe ons geleer word, dan kan ek sien ons dosente streef na die ideaal. Ek weet nie van julle nie, maar dit skep spanning by my."

C WISSELENDE STANDAARDE TUSSEN JAARGANGE KOM VOOR

Die standaarde en verwagtings wat gestel word, verskil tussen jaargroepe. Die eerste twee jaar is meer rigied en gestruktureerd, waar riglyne en beginsels vir verpleegpraktyk vasgelê word. Die onrealistiese verwagtings vanaf die tweede tot die derde jaar word progressief en dikwels drasties verhoog. Die standaard wat in die vierde jaar gestel word, is meer realisties en word geredelik deur die respondente aanvaar. Daar word ook onrealistiese slaag- en vorderingsvereistes gestel.

Die genoemde aspekte word volgens die belewenisse van die respondente aangedui.

(i) Rigiede en gestruktureerde eerste en tweede jaar

Die studente beleef die eerste en tweede jaar waartydens die basiese beginsels van die verpleegprosedures/proses tuisgebring word, as rigied en beperkend van aard. Daar is groot verskille tussen die oordrag van teorie en die toepassing daarvan in die kliniese eenhede. Die volgende response dui daarop:

"In ons eerste en tweede jaar is instrumente in ons hande gestop. Ons het so 'n lêer gehad wat die basiese beginsels bevat - hoe jy dit vir jouself logies maak."

"Sy gee vir jou 'n verpleegsorgplan wat sy uitgewerk het en só moet jy dit doen."

"Ek dink in die eerste jaar moet hulle nie die prosedure afdwing nie, net die begrip tuisbring."

"Ons eerste twee jaar was baie meer rigied."

"As ek nou dink hoe jy vir 'n pasiënt 'n klisma gee, is dit nie dieselfde prosedure as in die eerste jaar nie."

(ii) Onrealistiese standaarde in tweede en derde jaar

Hoë standaarde in óf die tweede óf die derde jaar, afhangende van die akademiese en kliniese programverwagtings en eise- van die Skool vir of departemente van Verpleegkunde, word as onrealisties ervaar.

Ten spyte van die groot aantal hoofvakke en beperkte tydstoewysing aan vakinhoud, verwag Verpleegkundedosente steeds die hoogste standaarde. Dié neiging wek spanning by die respondente, wat dikwels tot ontmoediging aanleiding gee.

"Almal het orraait gedoen in die eerste en tweede jaar - in ons derde jaar was dit chaos ten opsigte van toetse en eksamens."

"Ons het vier hoofvakke gehad. Hulle gee vir ons naweke af, maar die werkladings is só hoog, dis massas en massas werk, dit help nie eers ons probeer dit inhaal nie."

"Ons word oor dieselfde kam geskeer as die studente wat Sielkunde III as 'n hoofvak het, wat 'n week gehad het en glad nie klas bywoon nie en kan swot - jy wat intussen werk, moet vir dieselfde hoeveelheid werk leer."

"Hulle gee voor jy moet perfek wees, maar dit skep spanning - daai hoë eise en standaarde wat hulle wil hê."

"Ons het uhm ... vier hoofvakke gehad en ek bedoel elke dosent eis die maksimum - jy moet net gee [lag]."

"Veral in die derde jaar het ons verskriklik negatief geword - aan die einde daarvan wou ons ontplof!"

(iii) Realistiese standaard in vierde jaar

Die standaard in die vierde jaar word as meer realisties ervaar, aangesien die indeling van die tydskedule beter beplan is en meer tyd vir persoonlike sake toelaat. Die groter ervaringskennis van die respondente dra daartoe by dat hulle die programverwagtings en -eise beter kan hanteer. Die volgende response dui daarop:

Tydskedule beter beplan

"In die vierde jaar is dit makliker, want as ons die ure van klas- en werkyd bymekaar tel, is dit veertig (40) ure - nou kan ek nie regtig kla nie, dis 'n bietjie rustiger."

"Ons het meer tyd vir onself en vir die akademie en alles."

Groter ervaringskennis verbeter die hantering van programverwagtings en -eise

"Ons is nou ouer en meer ervare en nie meer so bang nie."

(iv) Onrealistiese slaag- en vorderingsvereistes

Daar is by sommige universiteite 'n neiging dat voorgraadse Verpleegkundestudente nie na 'n volgende jaarprogram mag vorder voor hulle nie alle vakke geslaag het nie. Hulle moet ook vakke wat reeds geslaag is en wat in die jaarprogram vereis word, herhaal indien hulle nie alle vakke gelyktydig slaag nie. Krediete vir geslaagde vakke word nie erken nie.

Krediete vir geslaagde vakke word nie erken nie

Daar skyn 'n onnodige herhaling van reeds geslaagde vakke vereis te word, soos uit die volgende response blyk.

"Jy mag nie 'n vak sleep nie. Jy mag Sosiologie en Fisika sleep en as jy vakke in die eerste jaar herhaal, herhaal jy dié vakke ook."

"Ek weet van een student wat Sielkunde sleep én aangegaan het, maar dis die absolute uitsondering en dit mág nie gebeur nie."

"Om alles te kroon, as jy een vak pluk, moet jy die semester herhaal - ons hét soveel werk om te doen én jy swot."

D 'N DUBBELLADING VAN AKADEMIESE EN KLINIESE PROGRAMVERWAGTINGS EN -EISE WORD ERVAAR

Die dubbellading wat deur die gesamentlike programverwagtings en -eise van die akademiese en kliniese komponente van die B.Cur.-graad meegebring word, dra by tot die moeilikheidsgraad van die programinhoud. Bogenoemde word deur die respondente uiteenlopend beleef. Hul menings wissel ten opsigte van die verswarende bydrae wat elke komponent binne die totale spektrum van die programverwagtings en -eise lewer. Die respondente is van mening dat

geleidelike blootstelling aan die unieke en hoë kliniese eise wat die program meebring, moet plaasvind. Die response dui aan dat die dubbelling akademiese prestasie benadeel.

(i) Die verswarende bydrae wat elke komponent tot die programverwagtings en -eise lewer

Ten spyte van die neiging om die twee komponente teen mekaar op te weeg, blyk die vervlegtheid van die akademiese en kliniese komponente die oorsaak te wees dat abnormale hoë fisiese en emosionele eise aan die respondente gestel word. Dit blyk uit die volgende response:

"Beide klinies en akademie stel verskriklike hoë eise, maar die akademiese eise is baie erger."

"...die eise wat in klinies aan jou gestel word, is hoër as wat in die klas aan jou gestel word".

"Tot ons derde jaar was ons 52 uur per week besig, behalwe klas moes ons werk, ook aandklas loop - dit was vir my regtig erg."

(ii) Geleidelike kliniese blootstelling verlang

Die respondente ervaar die behoefte om geleidelik gewoond te raak aan die programverwagtings en -eise wat hulle moet hanteer. Die gevoel bestaan dat hulle geleentheid gegun behoort te word om die veranderende akademiese situasie te hanteer by die aanvang van die program en daarna geleidelik aan die kliniese situasie bekend gestel moet word.

"As jy kyk na ander studente - fisioterapeute, hoe hulle geleidelik begin werk - aan die begin het hulle alle vakansies af en begin dán te werk. Op die einde raak hulle geleidelik gewoond."

(iii) Die dubbelling benadeel akademiese prestasie

Die kliniese programverwagtings en -eise bring mee dat, in vergelyking met ander universiteitstudente wat programme met slegs akademiese vakinhoud volg, respondente kliniese verpligtings tydens naweke en universiteitsvakansies moet voltooi. Die belewenis van respondente is dat eksamendruk weens die kliniese lading verhoog aangesien kliniese verpligtings tydens semester- en eksamentye voltooi moet word.

□ **Kliniese verpligtings tydens naweke en universiteitsvakansies**

Die beperkte studietyd word deur kliniese verpligtings in beslag geneem. Die respondente aanvaar die realiteit dat die onderrigprogram akademiese inhoud insluit wat studie noodsaak, maar is van mening dat die deurlopende betrokkenheid by kliniese leerervarings hul beskikbare studietyd in so 'n mate beperk dat hul prestasie belemmer word.

"Die universiteitsvakansies moet jy ook werk in vergelyking met ander studente - ná werk toetse skryf, belangrike werk afhandel en naweke ook werk."

"Ons kry akademie en werk saam en die feit dat die twee saam is, ons skryf toetse, jy werk naweke, jy werk die hele tyd en in die week en het nie regtig tyd om te swot nie."

"Ek dink die eise is realisties in die feit dat jy moes geswot het, maar dan werk jy ook en iemand anders gee ook vir jou werkopdragte. Ons kry werk (opdragte) en akademie saam en die feit dat dié twee saam is, ons skryf toets, jy werk die hele tyd en het nie regtig tyd om te swot nie."

"Jy wat tussen-in moet werk, moet vir dieselfde hoeveelheid werk, vir dieselfde toets leer."

□ **Eksamendruk verhoog weens kliniese lading**

Eksamendruk word as baie erg beleef wanneer kliniese betrokkenheid vereis word in dié tydperk waarin hulle eksamens aflê, soos wat in die vierde jaar van die program gebeur. Indien die voorgraadse Verpleegkundestudente toegelaat word om te studeer, soos die res van die universiteitstudente, word die eksamentyd baie meer positief beleef. Die klas- en semester-toetse en die tydsdruk weens kliniese verpligtings lei tot die volgende belewenisse by respondente:

"Tot in ons tweede jaar was dit so - die dag voor jy skryf en die dag wat jy skryf is jy af, die volgende dag werk jy."

"Vorige jare was eksamens ontspanningstyd, wanneer die ander studente stres - die eerste drie jaar was dit só - maar hierdie jaar is dit nie so nie - dis tawwe tye dié."

(Die betrokke universiteite skeduleer tydens die vierde jaar slegs 2 dae vir studietyd voor eksamens.)

E ONTOEREIKENDE TEORETIES-KLINIESE INTEGRASIE KOM VOOR

Daar bestaan 'n behoefte aan integrasie tussen die teoretiese en kliniese programinhoud. Swak teoreties-kliniese integrasie is algemeen vanweë die foutiewe plasing van die voorgraadse

Verpleegstudente in die eenhede, sodat die totaliteitsbegrip belemmer word. Tydsdruk en min geleentheid vir integrasie lei tot gefragmenteerde leer, terwyl swak ondersteuning vir deurlopende teoretiese en kliniese integrasie voorkom.

(i) 'n Behoefte aan teoreties-kliniese integrasie bestaan

Bogenoemde word as 'n opleidingsvereiste gestel, omdat die teoretiese komponent 'n onderbou van die kliniese leerervarings behoort te vorm.

"Ek voel jy moet werk terwyl jy studeer, want ons program is van so 'n aard – dit is 'n baie praktiese program."

"Ons het sekere prosedures wat ons moet uitvoer in elke blok wat jy het en ons moet daarvoor tyd kry."

"Ek bedoel, ons moet die prosedure kan uitvoer, want ons het ook 'n terapeutiese rol en is nie net daar vir die fisieke van die pasiënt nie."

(ii) Ontoereikende teoreties-kliniese integrasie is algemeen vanweë foutiewe plasinge

Bogenoemde probleem veroorsaak 'n gaping in die verwagte kennisvlakke van die voorgraadse Verpleegkundestudente terwyl hulle kliniese leerervarings opdoen. Die respondente ervaar dit as 'n leemte. Onoordeelkundige toewysing aan die kliniese afdelings voor hulle die teoretiese onderbou van die praktyk verstaan, vind plaas. Dit beïnvloed die sinvolheid van teoreties-kliniese integrasie.

Die volgende response dui op probleme wat respondente geïdentifiseer het:

"Ek wil iets sê oor die teorie - byvoorbeeld in jou eerste jaar word ortopedie behandel, maar partykeer in jou eerste en tweede jaar werk jy al in dié saal en dan beteken dit vir jou niks nie."

"Ek onthou in my tweede jaar het ek begin in saal X wat 'n septiesewonde-saal is. Jy leer dit terwyl jy daar werk, maar jy ken nie die teorie nie. So, dit sou vir my baie lekker gewees het as jy dit prakties en in die teorie kan doen".

**(iii) Totaliteitsbegrip van programinhoud deur swak teoreties-
kliniese integrasie belemmer**

Teoretiese kennis van die vakgebied of dissipline ontbreek dikwels wanneer voorgraadse Verpleegkundestudente in die kliniese eenhede werk waar leerervarings opgedoen word.

"Hulle sê jy is 'n B.Cur. en jy móét weet en ons het geen kennis van Verloskunde gehad toe ons GGV (Gemeenskapsgesondheidsverpleegkunde) gaan doen het nie. Dit is net of daar 'n geweldige gaping is en ons het geen kennis om dit te oorbrug nie."

(iv) Tydsdruk kompliseer teoreties-kliniese integrasie

Voorgraadse Verpleegkundestudente word min of geen geleentheid gegun om verpligte opdragte uit te voer nie. Hoë tydsdruk kompliseer integrasie dikwels sodanig dat die deurlopende fisieke versorging van pasiënte voorrang geniet bo geleenthede om gevorderde vaardighede te bekom. Die respondente beleef die toedrag van sake soos volg:

"Jy moet ervaring hê van groepe aanbied, maar die hele week het jy 'n pasiënt opgepas, so jy kry nie die geleentheid nie - jou tyd gaan verby - hulle voel hulle het 'n skeletonpersoneel - as daar 'n student kom, is dit 'n 'bargain' - gebruik hom."

"...ek het aan die begin van die tyd my take vir die suster gestel, maar aan die einde van die tyd het jy nog steeds nie die prosedures gedoen nie".

"Hoewel ons baie minder kans kry om prosedures uit te voer, gee hulle ons nie die geleentheid nie - hulle sê net nee, 'jy dink jy is beter as ander mense'."

"Hulle gee jou nie die geleentheid om dit toe te pas nie - dis regtig frustrerend."

"Die teorie is wonderlik, jy het nie regtig tyd om dit toe te pas nie. Jy hardloop in die sale rond, tyd vir niks, kry nie eers tyd om te gaan eet nie."

(v) Swak ondersteuning vir deurlopende teoreties-kliniese integrasie

Teoretiese beginsels en die toepassing daarvan word in die kliniese afdelings verontagsaam. Hierdie neiging blyk uit die respondente se belewenis van dié realiteit wat in die uitvoering van hul verpligtings voorkom en wat verhoed dat hulle deurlopend hul beste kan lewer.

"Jy word geleer dat alle medikasie in die yskas onder óf by 0 °C bewaar word, maar almal druk dit maar in. Jy kan in die praktyk nie jou stempel afdruk nie, op die ou einde doen jy dit in elk geval nie."

"Hoekom die verbandkamer skoonmaak van bo na onder as dit die enigste keer per jaar is wat dit gedoen word - dan doen jy dit in elk geval nie - volgende maand lê die stof maar weer daar."

"Dis partykeer sleg en dan dink jy - wel ... ag - en dan raak 'n mens laks – ook, daar is nie tyd nie."

3.3.1.1.2 Wisselende akademiese begeleidings- en ondersteuningservarings word ervaar

Bogenoemde subkategorie dui die wisselende begeleiding en ondersteuning aan wat deur Verpleegkundedosente en ander onderrigpersoneel verleen word. Dit word as ambivalent beleef met response wat tussen redelik positief tot uiters negatief wissel. Daar word 'n onderskeid getref tussen individuele Verpleegkundedosente en hul eiesoortige begeleiding. Die respondente toon hoë waardering vir goeie ondersteuning en begeleiding. Die belewenisse sentreer hoofsaaklik rondom die volgende eienskappe van die begeleiding en ondersteuning wat hulle ervaar.

Die belewenisse van die respondente ten opsigte van bogenoemde word vervolgens in verdere kategorieë ingedeel.

- A Enkele positiewe begeleidings- en ondersteuningservarings manifesteer.
- B Ambivalente begeleidings- en ondersteuningservarings kom voor.
- C Hoofsaaklik negatiewe begeleidings- en ondersteuningservarings word gemeld.

Bogenoemde belewenisse word vervolgens aangedui.

A ENKELE POSITIEWE BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSERVARINGS MANIFESTEER

Respondente erken die verskille en is bereid om toegewings te maak vir enkele Verpleegkundedosente wat bekend is met hul situasie en hulle respekteer. Respondente is veral lojaal teenoor en waardeer Verpleegkundedosente wat bereid is om individuele begeleiding en ondersteuning te verleen. Die eienskappe van dié verdere kategorieë en die verskillende dimensies wat voorkom, is soos volg.

(i) Aanvaarding van individuele verskille in Verpleegkundedosente se persoonlikhede

Die respondente toon 'n hoë verdraagsaamheid teenoor verskille wat by individuele Verpleegkundedosente se begeleiding en ondersteuning voorkom. Dit blyk uit die volgende respons:

"Ek ervaar die Departement positief - hoe mense verskil - sommige is ondersteunend - 'n mens kan nie mense verander nie."

(ii) Waardering bestaan vir Verpleegkundedosente wat individuele begeleiding en ondersteuning verleen

Die respondente dui aan dat hulle bereid is om harder te werk om sodoende Verpleegkundedosente wat individuele belangstelling toon, nie teleur te stel nie. Hulle waardeur veral dié dosente wat persoonlik aan hulle bekend is, wat met probleemoplossing behulpsaam is en wat soos 'n ouerfiguur teenoor hulle optree. Dit blyk uit die volgende response.

Verpleegkundedosente wat voorgraadse Verpleegkundestudente persoonlik ken, word waardeur

Voorgraadse Verpleegkundestudente werk harder vir dié dosente wat hulle persoonlik ken.

"Dié met wie ek te doen het hierdie jaar - sy ken jou, wie jy is en as sy jou vrae vra, gaan jy harder werk en swot om beter te vaar. Jy het respek vir hulle en wil hulle nie teleurstel nie."

Verpleegkundedosente ruim tyd in vir probleemoplossing

Verpleegkundedosente wat met probleemoplossing behulpsaam is, word waardeur.

"Veral in Verloskunde het ons elke keer 20 minute tot 'n halfuur vóór ons begin het, tyd gehad waarin ons enige probleme kon bespreek. In Psigiatrie waarmee ons nou besig is, het die dosent dit gedoen, maar nou nie meer nie. 'n Mens kon dit bespreek as daar enige probleme was en dit help nogal baie."

Verpleegkundedosente vervang ouerfiguur

Verpleegkundedosente wat soos 'n ouerfiguur vir hulle omgee, word as uitsonderlik beskou.

"Hierdie jaar het ons iemand gehad wat vir ons lief is - wat vir ons soos 'n ma is - sy doen vir ons moeite om vir ons verlof te reël - sy gaan uit haar pad uit - die akademiese dosente doen moeite."

"Jy kry die uitsonderings soos ons jaarvoog dié jaar - dit was ook in die eerste jaar só - hulle gee regtig om."

B AMBIVALENTE BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSERVARINGS KOM VOOR

Die belewenisse van sommige van die respondente dui daarop dat hulle bereid is om die Verpleegkundedosente met voorwaardes te aanvaar. Daar word voorwaardelike affek tussen Verpleegkundedosente en die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, wat soos volg geïnterpreteer word.

(i) Voorwaardelike affek kom tussen Verpleegkundedosente en -studente voor

Respondente neig om Verpleegkundedosente wat lae verwagtings stel, positief te beleef en andersom diegene wat redelike tot onredelike standarde stel, te verwerp. Dié neiging blyk uit die volgende belewenisse.

Verpleegkundedosente wat lae verwagtings stel, word positief beleef

Die respondente verbaliseer dat Verpleegkundedosente wat maklik toegewings maak en lae verwagtings ten opsigte van die kliniese begeleiding en standarde stel, positief ervaar word. Dit blyk uit die volgende response:

"Okay, prakties was vir ons baie lekker, want ons het min evaluasies gehad."

"Ons het so 'n papier gekry en sy het gesê - okay los dit! Doen net dié goed - toe het sy net die sessies wat sy ons begelei het en die oefensessies saam met ons gedoen."

"Met hierdie eksamen het jy geweet wat jy gaan kry, jy moes net jou kant bring - ek bedoel dan kon jy goed doen."

Verpleegkundedosente wat hoë verwagtings stel, word negatief beleef

Die respondente verbaliseer bedreiging wanneer Verpleegkundedosente hoë verwagtings stel ten opsigte van akademiese prestasie asook betrokkenheid by studente-aktiwiteite.

"Jy voel nie die dosent is 'n hulpbron nie - 'n gevoel van bedreiging - jy beleef die dosent as negatief - of jy begin net van 'n dosent hou, dan is daar weer 'n referaat - een of ander iets."

"Hulle verwag hoë betrokkenheid by jou instansie en hulle verwag veral in die begin van die jaar om in te val met aktiwiteite, karnaval en allerhande dinge en ook om soort van deel te neem en gebalanseerd te wees."

C HOOFSAAKLIK NEGATIEWE BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSERVARINGS WORD GEMELD

Die swak begrip van Verpleegkundedosente vir die unieke en hoë programvereistes, wat ten spyte van hoë eise tog opdragte toewys, word deur respondente as onaanvaarbaar beleef. Probleme ontstaan veral omdat Verpleegkundedosente onbewus is van die deurlopende eise wat die kliniese verpligtings aan Verpleegkundestudente stel. Hulle toon dikwels swak insig in die programvordering van die respondente. 'n Geheelsiening van die program ontbreek en 'n taakgerigte houding word teenoor die respondente ingeneem. Ook word persoonlike begeleiding nagelaat, terwyl empatieke begrip ontbreek. Verpleegkundedosente toon onbetrokkenheid ten opsigte van begeleiding in aktiewe pasiëntsorg, is onbeskikbaar en kom onbekwaam in kliniese praktykvoering voor. Die professionele statusverskille skep verwydering, die vorderingsverslae word oneffektief aangewend en Verpleegkundedosente kom onmagtig voor om probleme op te los.

(i) Swak begrip van Verpleegkundedosente vir unieke en hoë programverwagtings en -eise word as onaanvaarbaar beleef

Swak begrip word aangedui wanneer Verpleegkundedosente onrealistiese verwagtings stel en hulle kliniese betrokkenheid as sekondêr tot akademiese verpligtings beskou.

"Hulle sê baie keer ons het begrip vir julle akademiese probleme, maar dis of hulle nie altyd in ag neem dat jy tussen-in werk nie."

(ii) Verpleegkundedosente kom onbewus van voorgaandse Verpleegkundestudente se kliniese verpligtings voor

Verpleegkundedosente verbaliseer begrip vir die respondente se situasie, maar toon deur hul optrede dat hulle min insig in die kliniese werkskedule van die respondente het.

"Dit gebeur dat hulle sê - geniet die vakansie en dan besef hulle nie ons het nie hierdie week vakansie nie - of hulle sê geniet die naweek of julle af-middag en besef nie ons werk nie."

(iii) Swak insig word in die programvordering van voorgraadse Verpleegkundestudente getoon

Die respondente beleef Verpleegkundedosente as onkundig oor hul kliniese betrokkenheid, veral wanneer hulle onbewus is van die jaargroepe waarin studente hulle bevind.

"Hulle besef nie werklik in watter jaargroepe studente is nie en die ure wat ons werk nie - hulle gee tog vir jou toetse - maar hoe kan hulle dit vir jou gee as hulle nie presies weet wat jou situasie is nie?"

(iv) Geheelsiening van programverwagtings en -eise ontbreek

Verpleegkundedosente blyk skynbaar onbewus te wees van die programverwagtings en -eise wat die B.Cur.-graad stel en dit skyn of hulle min insig in die geheelsiening van die programverwagtings en -eise het.

"Ek dink nie die dosente en ook die prof kan insien ons het Verpleegkunde, Verloskunde, GGV, Psigiatrie en Biochemie nie – hulle sien net die akademie - nie die geheel nie."

"Studente swot en werk - hulle verstaan nie ons werk nie, drie vakke op mekaar is te veel."

(v) 'n Taakgerigte houding word teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente ingeneem

Die respondente verbaliseer 'n belewenis dat sommige Verpleegkundedosente slegs 'n onderrigtaak vervul en min tyd vir die persoonlike begeleiding van voorgraadse Verpleegkundestudente inruim.

"Dit kom daarop neer dat ons dosente taakgerig teenoor ons is."

(vi) Persoonlike begeleiding van voorgraadse Verpleegkundestudente word nagelaat

Die respondente ervaar die negering van hul emosionele begeleiding as kil met 'n onwilligheid om te help en by hulle as individue betrokke te raak.

"My idee van die Departement is dat baie van die dosente jou net wil leer, hulle wil jou nie regtig help nie."

**(vii) Empatiese begrip vir probleme van voorgraadse
Verpleegkundestudente ontbreek**

Tydens krisissituasies word geen begrip getoon vir respondente se probleme nie en selfs in buitengewone situasies word geen toegewings gemaak nie.

"Een oggend 04:00 het ons 'n bomdreigement gehad - ons het buite gesit in die reën tot 06:00 toe - om 07:00 het ons aan diens gegaan en die aand 19:30 moes ons 'n toets skryf. Meer as die helfte het die toets net-net gemaak of gedop. Daar was geen begrip daarvoor nie - dis bad luck."

"Ons dosent het vir ons gesê - vergeet hoe julle voel en doen net julle werk. Dis die koudste ding wat ek nog gehoor het - wees net by die werk en kom net deur."

**(viii) Verpleegkundedosente toon onbetrokkenheid tydens kliniese begeleiding en
teenoor aktiewe pasiëntsorg**

Verpleegkundedosente word as onbetrokke ten opsigte van die kliniese behoeftes van die respondente beleef. Hulle werk nie aktief in die kliniese situasie saam met die respondente nie of negeer voorgraadse Verpleegkundestudente se klagtes sodat probleme onopgelos bly. Verpleegkundedosente verleen ook voorwaardelike begeleiding.

Aktiewe betrokkenheid in kliniese eenhede ontbreek

Die onvermoë van Verpleegkundedosente om aan aktiewe verpleegsorg deel te neem, word veroordeel.

"Die dosent het nie saam met ons gewerk nie. Hulle stap in met 'n instrument in die hand, draai om en loop uit."

Klagtes word genegeer en probleme bly onopgelos

Verpleegkundedosente gee die indruk dat hulle min na respondente se klagtes luister, wat op hulle beurt weer kitsoplossings verwag.

"Dosente moet luister na vorige jare se klagtes - hulle voeg net vakke by en daar word niks weggeneem nie - byvoorbeeld as ons nou kla, behoort die dosent dit nie eers oor 'n jaar weg te neem nie."

Verpleegkundedosente verleen voorwaardelike begeleiding

Dosente word as inkonsekwent beleef in die begeleiding wat hulle aanbied en gee die indruk dat hulle voorwaardelike begeleiding aanbied, afhangende van die emosionele welstand wat hulle ervaar.

"Ons matrone sal berge vir ons versit, terwyl ons dosente ... dit hang of hoe hulle die dag voel."

(ix) Verpleegkundedosente is onbeskikbaar

Kommunikasie word bemoeilik wanneer onderrigpersoneel, ten spyte van versekerings dat hulle vir die voorgraadse Verpleegkundestudente toeganklik is, nie vir konsultasies beskikbaar is nie. Die akademiese vordering van die respondente word op die volgende wyse benadeel.

Kommunikasie word bemoeilik

Die respondente verbaliseer dat hulle dit moeilik vind om met Verpleegkundedosente kontak te maak tydens amptelike werksure en dat hulle skuldig voel om na ure kontak te maak.

"Sy het vir ons 'n brief geskryf waarin sy sê haar deur staan vir ons oop. Dis so belaglik, want jy kry haar nie, nie 'n afspraak nie en as jy haar bel, bel sy jou nie terug nie."

"Jy moet die dosent huis toe bel en wag tot 18:00 wanneer sy by die huis kom en jy wil haar nie by die huis pla nie."

"Bel jy Departement toe, het hulle klas - jy's gelukkig as jy hulle daar kry."

Akademiese vordering word benadeel

Die respondente beleef frustrasie wanneer hulle hulp benodig met akademiese aangeleenthede en Verpleegkundedosente nie beskikbaar is om leiding te gee nie. Dit benadeel hul vordering.

"Een van my vriendinne het 'n referaat gehad en sy kon nie bronne kry nie - sy was seker twee of drie keer by die Departement, sy kon die dosent nie in die hande kry nie. En toe sy haar eie inisiatief neem en die referaat inhandig, kry sy 33%. Die dosent het net vir haar gesê - 'sorry'."

(x) Verpleegkundedosente kom onbekwaam in kliniese praktykvoering voor

Verpleegkundedosente word as onbekwaam beleef vanweë gebrekkige kliniese ervaring en kennis, en word as teoriegeoriënteerd beskou. Die respondente dui die volgende as redes vir hul belewenisse aan.

Gebrekkige kliniese ervaring en -kennis manifesteer

Sommige Verpleegkundedosente is weens teoretiese betrokkenheid nie in die kliniese afdelings werksaam nie, wat tot lae vaardigheid in resente praktykvoering lei.

"Dosente stap met teorie in die kop - die meeste het lanklaas gewerk."

"Dosente is nie op hoogte met wat in die praktyk aangaan nie. Dit sou meer sinvol wees as hulle weer fisies in die hospitaal kon wees om verbande saam met jou te doen."

(xi) Professionele statusverskille tussen Verpleegkundedosente en voorgraadse Verpleegkundestudente skep verwydering

As ondersteuners word Verpleegkundedosente nie hoog geag nie. Die vrymoedigheid ontbreek teenoor Verpleegkundedosente om probleme met hulle te bespreek. Laasgenoemde is ook nie geredelik beskikbaar om probleme onmiddellik op te los nie. Die respondente verbaliseer dit soos volg.

Vrymoedigheid teenoor Verpleegkundedosente ontbreek

Verpleegkundedosente is nie werklik toeganklike ondersteuners nie vanweë die professionele statusverskille wat tussen die groepe voorkom, terwyl hul meegaande onbesikbaarheid die situasie verder bemoeilik.

"Jy wil ook nie alles teenoor jou dosent sit en uitblaker nie. Jy maak baie makliker oop teenoor kollegas as teenoor dosente en die klas is weer eens eers Dinsdag en dan is dit vier dae ná die tyd."

(xii) Vorderingsverslae word oneffektief aangewend

Die swak bespreking van vorderingsverslae met respondente asook die hoofsaaklik negatiewe terugvoering wat deurlopend gegee word, is demotiverend en afbrekend van aard. Die volgende probleme manifesteer vanuit die belewenisse wat die respondente verbaliseer.

❑ Vorderingsverslae word nie met respondente bespreek nie

Verpleegkundedosente versuim volgens die respondente om vorderingsverslae van hul kliniese werksprestasie met hulle te bespreek, met die gevolg dat min deurvoering na respondente plaasvind.

"Ons kry geen deurvoer by die universiteite van ons vorderingsverslae nie."

❑ Die hoofsaaklik negatiewe terugvoering demotiveer respondente

Die respondente benodig objektiewe vorderingsverslae waardeur hulle hul kliniese prestasie kan evalueer, terwyl die negatiewe terugvoering wat hulle kry, as afkrakery beleef word.

"By die akademie is dit heeltyd negatiewe terugvoer - klomp afkrakery - jy loop jouself teen 'n muur vas - dit laat jou wegwyn."

"By klinies kry jy óf hoofsaaklik negatiewe terugvoer óf geen terugvoer nie."

(xiii) Verpleegkundedosente is onmagtig om situasies te wysig

Enkele toegewings word gemaak ten opsigte van Verpleegkundedosente se skynbare magtelootheid om situasies te verander. Dié dosente het nie uitvoerende magte nie en die respondente erken hul eie neiging om alles vinnig afgehandel te wil hê. Dié belewenisse dui op die volgende probleme.

❑ Verpleegkundedosente het nie uitvoerende magte nie

Verpleegkundedosente gee slegs uitvoering aan die voorgeskrewe program en word nie toegelaat om self wysigings aan te bring nie, soos uit die volgende belewenisse blyk.

"Dit klink asof dit baie keer terugkom op die dosent, maar dis ook baie keer situasies waaraan die dosent niks kan doen nie."

"Hulle word baie keer gegooi met goed wat hulle vir studente moet gee, waaraan hulle ook niks kan doen nie."

"Studente verwag vinnige resultate."

"Die studente verwag dat alles nou gedoen moet word - dis nie so maklik om alles reg te stel nie."

Die voorafgaande ontleding fokus hoofsaaklik op die akademiese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig wat die respondente tydens die fokusgroeponderhoude as probleemareas

aangedui het. Die respondente het sowel die positiewe as die negatiewe kante van die akademie in oënskou geneem en geëvalueer.

Die kliniese milieu waarin leerervarings en leergeleenthede vir die onderbou van die akademiese programinhoud afgehandel word, is van wesenlike belang om integrasie tussen teorie en praktyk te bewerkstellig. Ten einde 'n totaliteitsbesef van die program teweeg te bring, is dit noodsaaklik dat die response wat die kliniese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig in perspektief plaas, bespreek word.

3.3.1.2 BELEWENISSE WAT MET DIE KLINIESE ASPEKTE VAN VOORGRAADSE VERPLEEGONDERRIG VERBAND HOU

Die kliniese milieu sluit in enige area en diens van die gesondheidsorgdiensleweringstelsel waar die kliniese leergeleenthede en -ervarings wat deur die Beroepsraad vereis word, voltooi word. Die kliniese onderbou stem ooreen met die toepaslike teoretiese programuitkomste vir die jaargroep om so teoreties-kliniese integrasie te bewerkstellig. Hiervolgens benodig die voorgraadse Verpleegkundestudente die spesifieke en toepaslike kliniese leergeleenthede en -ervarings wat in samehang met die programinhoud van die onderskeie jaargange afgehandel moet word.

Daar word gepoog om voorgraadse Verpleegkundestudente aan spesifieke en toepaslike kliniese eenhede toe te wys sodat die nodige ervaring opgedoen kan word. Die begeleiers en ondersteuners sluit in akademiese en kliniese Verpleegkundedosente, professionele verpleegkundiges, paramediese personeel, geneeshere en ander beroepslui, wat op professionele vlak insette lewer. Ouers, vriende en portuurgroepe bied weer op persoonlike vlak ondersteuning.

Die response wat geverbaliseer is oor die aard van die kliniese milieu as konteks waarin leerervarings opgedoen word, blyk hoofsaaklik negatief te wees. Dit sentreer rondom die volgende subkategorieë.

3.3.1.2.1 'n Disfunksionele kliniese milieu word ervaar.

3.3.1.2.2 'n Vyandige organisasieklimaat heers in die kliniese eenhede.

3.3.1.2.3 Ontoereikende interorganisasoriese strukture en organisasieklimaat kom voor.

3.3.1.2.4 Wisselende begeleidings- en ondersteuningservarings word ervaar.

Dié subkategorieë word vervolgens bespreek.

3.3.1.2.1 'n Disfunksionele kliniese milieu word ervaar

Die kliniese milieu word as disfunksioneel beleef vanweë die volgende situasies:

- A Swak werksomstandighede manifesteer.
- B Inkonsekwente praktykbemagtiging kom voor.
- C Ontoereikende menslike hulpbronbestuur word ervaar.

A SWAK WERKSOMSTANDIGHED E MANIFESTEER

Die respondente ervaar die kliniese milieu hoofsaaklik as beperkend, met enkele uitsonderings wat by 'n spesifieke hospitaal voorkom en waar die kliniese personeel as baie tegemoetkomend beleef word. Verskeie redes word vir die negatiewe aangedui. Dit sluit in die onbeskikbaarheid van toerusting, wat tot tydverkwisting bydra en die eise weens progressiewe toename in pasiëntgetalle en -afhanklikheid. Dit kompliseer die werksomstandighede, met gevolglike verskraling wat in toepaslike praktykbeoefening intree.

(i) Onbeskikbare toerusting dra by tot tydverkwisting

Die onbeskikbaarheid van en tekort aan toerusting bring mee dat onnodige tyd verkwis word vanweë 'n deurlopende gesoek na toerusting, wat ook tot hoë frustrasievlakke aanleiding gee.

"Jy moet die heelyd rondloop en soek of jy moet goeters gaan leen. As jy 'n prosedure wil uitvoer, moet jy 'n halfuur lank van saal tot saal loop - dan 'n halfuur later wat jy verloor het, sê hulle jy moet jou teetyd verloor, want die werk moet klaarkom."

"Wat vir my so erg is van die feit dat jy moet gaan leen - kom jy in die saal, is die mense in beheer vir jou kwaad."

"Dis frustrerend dat jy dit wat jy in die klas leer, nie in die saal kan toepas nie. Die suster sê net jammer, dis nie daar nie."

(ii) Eise weens progressiewe toename in pasiëntafhanklikheid en -getalle

Die toename in pasiëntafhanklikheid en -getalle sowel as die verhoogde morbiditeit, verhoog die meegaande verpleging wat benodig word. Die veeleisende werkskedule verhoog tydsdruk en vrydel taakvoltooiing. Die respondente verbaliseer dit soos volg.

Verhoogde werksdruk word vereis

"Daar is té veel pasiënte en hulle is baie sieker as wat hulle voorheen was."

"Toe ek 'n eerstejaar was, het daar miskien een pasiënt per maand gesterf, terwyl in die derde jaar vyf tot ses pasiënte in dieselfde sale sterf."

"Die mense is baie sieker - het baie sorg nodig – ons het meer verbande om te doen - ook die medikasie wat jy moet toedien - dis baie werk en mense gebruik baie verskillende pille - hoe sieker hulle raak - hoe meer pille - so die lading raak ook baie meer."

"... soos Verloskunde - jy't soveel pasiënte en die werk moet gedoen word."

Tydsdruk en veeleisende werkskedule verydel taakvoltooiing

Die tydsdruk waaraan respondente blootgestel word, veroorsaak dat take onafgehandel bly. Dit word soos volg beleef:

"Dan probeer jy dit doen en dan kry jy dit nie klaar nie."

"Dis onmoontlik om die werk klaar te kry."

"... en dan raak 'n mens laks – ook, daar is nie tyd om daarby uit te kom nie".

"... dis so baie werk - die lading raak ook baie hoër".

(iii) Verskraling van toepaslike praktykbeoefening tree in

Daar word van die respondente verwag om verpleegprosedure volgens die ideale en korrekte metodiek uit te voer, waarvolgens hulle geëvalueer word. Hierdie verwagtings word deur die realiteit in die kliniese eenhede in 'n groot mate verydel en beperk, sodat hulle in die uitoefening van hul praktyk 'n verskraling ervaar.

Die ideale metodiek vir die uitvoering van genoemde prosedures is onbereikbaar in die kliniese eenhede. Dit lei tot 'n gevoel van magteloosheid by die respondente. Hierdie onvermoë blyk uit die volgende response.

Die realiteit verydel die ideaal in die kliniese eenhede

"Dis maklik om 'n pop te was - hy het nie pyn nie ... 'n groot tannie - jy kry haar nie gedraai nie - jy breek jou rug."

"Jy laat soveel dinge verbygaan, soos die emosionele behoeftes, allerhande dinge wat jy nie kan vervul nie - jy kom nooit by die mens uit nie."

"Jy wonder wat nou - dit behoort nie só te wees nie - ons het nie so geleer nie."

"Dis goeie ervaring, maar 'n mens sou dit soms anders wou gehad het ... [laggie]."

B INKONSEKWENTE PRAKTYKBEMAGTIGING KOM VOOR

Die respondente beleef verwarring vanweë die teenstrydige situasies waaraan hulle blootgestel word. Die kundigheid waaroor hulle werklik beskik, word verontagsaam of situasioneel aangewend. In situasies wat volgens die persone in beheer se mening tot medies-regstrisiko's vir pasiënte mag lei, word daar onnodige beperkings deur verpleegkundiges in beheer op voorgraadse Verpleegkundestudente se praktykvoering geplaas. Andersinds word respondente gedwing om vroeë verantwoordelikheid bokant hul kundigheidsvlakke te aanvaar. Respondente beleef dat hulle deur die owerheid onmagtig word wanneer daar disrespek teenoor hulle betoon word en dat hul studentstatus onuitgeklar is.

(i) Kundigheidsvlakke word verontagsaam

Die opdragte wat aan respondente toegewys word, stel té lae verwagtings aan respondente deurdat laevlaktake aan hulle toegewys word. Hierdie neiging by professionele eenheidsverpleegkundiges word soos volg beleef:

□ Laevlaktake word toegewys

Die deurlopende toewysing van laevlaktake aan respondente veroorsaak frustrasie. Die programuitkomste wat in die kliniese komponente van die onderskeie jaargange bereik moet word, bly grootliks agterweë en word soos volg beleef:

"... dan doen ons basiese pasiëntsorg - ek het min in die verbandkamer gewerk - dis die rede - 'n mens kom in die roetine van pasiënte was, pasiëntkontrolerings en die voer van pasiënte elke dag."

"Dis só frustrerend as jy weet wat om te doen en jy mag dit steeds nie doen nie."

(ii) Onnodige beperkings word deur professionele eenheidsverpleegkundiges gestel

Sekere beperkings word as absurd beleef. Die respondente is van mening is dat hulle soms die vaardigheid besit om sekere prosedures uit te voer, maar vanweë verskeie redes beperk word. Die situasionele aanwending van hul vaardighede lei daartoe dat pasiënte dikwels weens beheer benadeel word. Streng beperkings oor hul praktykvoering vanweë 'n behoefte om die

hospitaalbestuur tevrede te stel, dra by tot frustrasie. Die volgende response dui enkele onnodige situasies aan wat respondente in die kliniese praktyk beleef het.

Vaardighede word situasioneel aangewend

Die werklike vaardighede waaroor die respondente beskik, word genegeer wanneer daar enige risiko by betrokke is en wanneer die bestuur van die verpleegdiens daarvan te hore mag kom.

"Jy mag nie 'n drip opsit as die matrone daar is nie en jy moet die arme mediese student wat 20 kilometer ver bly om halftwee in die oggend bel om 'n drip op te sit."

"As jy weet jy is veilig en vaardig, kan jy dit doen onder toesig eerder as om die mediese studente om 02:00 uit te roep - dis 'n bietjie erg."

Pasiënte word benadeel vanweë beheer

Respondente se vaardighede om in die pasiënt se behoeftes te voorsien, word nie werklik bepaal nie. Daar word slegs by neergelegde reëls gehou, met 'n hoë mate van beheer selfs wanneer krisissituasies voorkom.

"Jy mag nie 'n kateter vir 'n man insit nie [lag-lag]stupid!"

"'n Pasiënt kon nie urine passeer nie - daar was geen mediese student beskikbaar nie - hulle was verskriklik besig in noodgevalle, toe sê sy (die saalsuster) jy mag nie 'n kateter insit nie - die pasiënt raak feitlik deurmekaar van die vol blaas en ek mag nie 'n kateter insit nie."

"Jy vat een aar en kry hom in (die infuus) maar jy die simpel verpleegkundige mag dit nie doen nie."

Beperkings ter wille van behoefte om hospitaalbestuur tevrede te stel

Die beperking wat op hul praktykbestek geplaas word, dui volgens die persepsie wat die respondente handhaaf, op ontoepaslike dissipline wat deur die beherende administratiewe hoofde op die kliniese personeel afgewentel word.

"Ons praktyk is nie so beperkend nie - hulle beperk dit so om in die veiligheid van die administrasie te bly."

(iii) Gedwonge vroeë verantwoordelikheid en risiko-aanvaarding word verwag

Die hoë verwagtings wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, sentreer hoofsaaklik rondom leierskaptake wat aan hulle toegewys word voor hulle daarvoor gereed is.

Die respondente beleef groot druk as gevolg van hul onvermoë om as leiers op te tree, wat vanweë die personeeltekort bestaan.

Hoë leierskaptake word toegewys voor kennis voldoende is

"Ek het my Verloskunde gedoen verlede jaar en toe het ek hard gewerk, daar word van jou verwag om soos 'n suster op te tree, vanweë die tekort aan personeel."

"Die derdejaars sukkel ook, want hulle doen die werk van die susters half, want hulle doen die opleiding van junior studente, want die susters is te besig met administratiewe goed."

"...veral in die derde jaar word jy in beheer gesit of daar nou 'n stafverpleegster of junior suster beskikbaar is of nie – jy moet alles doen en die suster is nie beskikbaar nie en daar is so baie druk op 'n mens."

"Na die tyd is jy bly dit het gebeur, maar jy voel nie voorbereid daarop nie."

"Daar is nie genoeg senior personeel nie – in ons eerste jaar werk byvoorbeeld twee van ons in 'n chirurgiese saal en dan is daar baie komplikasies met die pasiënte wat ons nie weet hoe om te hanteer nie – maar dis óns wat die risiko moet vat."

(iv) Owerheidsontmagtiging word ervaar

Die respondente verbaliseer dat disrespek deur die owerheid vir die B.Cur.-graadstudente geverbaliseer word en dat dit daartoe bydra dat die professionaliteit van die program geskaad word.

Disrespek vir B.Cur.-graad getoon

Die volgende respons dui op verontwaardiging wat by respondente voorkom.

"Ek bedoel as dr X vir ons kan sê, jy het nie 'n graad nodig om 'n bedpan te dra nie, hoe moet die ander oor jou voel - dan kan jy nie die publiek kwalik neem dat hulle só van jou dink nie."

(v) Studentstatus is onuitgeklaar

Die respondente beleef verwarring oor die onafgebakende praktykbestek waarbinne hulle moet funksioneer. Nie-verpleegkundige take word aan dié studente toegewys. Die gesagdraende beheerliggaam wat verantwoordelikheid moet aanvaar vir verpleegonderderrig van die voorgraadse Verpleegkundestudente, blyk ook onuitgeklaar te wees, wat konflik tot gevolg het. Die

neergelegde opleidingsvereistes van die Beroepsraad word ook grootliks verontagsaam, wat die rol van die verpleegkundige verskraal en tot die volgende probleme aanleiding gee.

Verwarring oor onafgebakende praktykbestek

Verwarring kom voor vanweë die swak omskrywing van die respondente se praktykvoering. Dit blyk uit die volgende response:

"Jou praktykbestek is nie afgebaken nie. Jy dink jy moes alles gedoen het, want jy weet nie wat gaan aan nie."

Nie-verpleegkundige take word toegewys

As gevolg van respondente se deurlopende teenwoordigheid by pasiënte word veelvuldige nie-verpleegkundige take op hulle afgewentel. Dit dra daartoe by dat hulle deurlopend as plaasvervangers vir ander personeel moet dien waarvoor hulle nie die kundigheid besit nie. Hierdeur kan foutiewe houdings teenoor hulle ontwikkel sodat eise aan hulle gestel word, wat baie tyd in beslag neem.

"Dit word op ons gesit omdat jy vir 24 uur per dag by die pasiënt is - jy moet die ander dissiplines se werk oorneem - vanaf die eerste jaar is dit só - jy weet self nie eens wát hulle doen nie - dan moet jy voortgaan daarop."

"Mense se houding teenoor studente is - jy is 'n student - jy's veronderstel - jy word portier, skoonmaker, dokter, fisio-/arbeidsterapeut - almal se werk is jy veronderstel om te doen."

"Op die ou einde van die dag doen jy meer hulle werk as waarvoor jy daar is."

"..... ons moet pasiënte rondstoot wat regtig nie ons plig is nie en daar's nie iemand wat omgee nie - al daai vuil werk."

Die gesagdraende beheerliggaam is onuitgeklaar

Die beheerliggaam wat verantwoordelik is vir voorgraadse verpleegonderrig, is nie duidelik uitgeklaar nie, vanweë die tweërlei beheer wat deur die universiteite en opleidingshospitale uitgeoefen word. Die respondente toon verwarring en verbaliseer die volgende:

"Hier is ook vreeslik kontroversie - wie is ons nou eintlik? Behoort ons aan die universiteit of die hospitaal? Wie beheer ons?"

"Sodra daar haakplekke kom, skuif die blaam na die ander - daar is twee partye, daar is nie iemand wat regtig vir jou gaan opkom nie."

Beroepsraad se opleidingsvereistes word verontagsaam

Die feit dat respondente slegs fisieke pasiëntesorg lewer, wat hulle terapeutiese rol verontagsaam, dra by tot die belewenis dat daar nie tyd gelaat word vir die uitgebreide rol van die voorgraadse Verpleegkundestudent nie. Dit bring 'n statusverlaging mee.

"Ons moet die prosedures kan uitvoer in elke blok wat jy het en ons moet daarvoor tyd kry!"

"... ek bedoel, ons moet die prosedures kan uitvoer, want ons het ook 'n terapeutiese rol en is nie net daar vir die fisieke van pasiënte nie".

C ONTOEREIKENDE MENSLIKE HULPBRONBESTUUR WORD ERVAAR

As gevolg van die deurlopende personeeltekort wat direk as gevolg van foutiewe personeeltoewysings ontstaan, word kwaliteit verpleging ingeboet en voldoen dit nie aan die standaard wat as 'n vereiste in 'n akademiese opset gestel word nie. Die probleme wat hieruit voortspruit, word vervolgens na aanleiding van die respondente se belewenisse uiteengesit.

(i) 'n Deurlopende personeeltekort kom voor

As gevolg van 'n drastiese tekort aan verpleegpersoneel word sorg van 'n lae kwaliteit gelewer. Die respondente verbaliseer dat die personeeltekort die pasiënte soms benadeel, omdat hulle nie verpleegprosedures volgens die verwagte akademiese standaard uitvoer nie. Daar word ook verwys na situasies waar die pasiënte wel vanweë die drastiese personeeltekort benadeel is en onrealistiese werkkladings aan respondente toegewys word.

Laekwaliteitsorg word verleen

Die personeeltekort word deur die respondente as 'n direkte oorsaak van laekwaliteitsorg aangedui omdat hulle nie voorgeskrewe werkswyses volg nie.

"Te min personeel kan met té min tyd nie kwaliteitsorg verleen nie - byvoorbeeld iemand kies 'n korter stap - jy stel nie iemand se lewe in gevaar nie, maar dis nie soos jy in die teorie geleer het nie."

Personeeltekort benadeel soms pasiënte

Pasiënte word dikwels van kwaliteitsorg ontnem wanneer 'n personeeltekort voorkom.

"Die pasiënt moes maar daar lê met pyn en lyding."

"As ons nie daar is nie, is daar 'n drastiese personeeltekort."

Onrealistiese werkladings word aan voorgraadse Verpleegkundestudente toegewys

Die onrealistiese werkladings wat aan respondente in die kliniese eenhede toegewys word en die wyse waarop die akademiese leergeleenthede van die kliniese komponent van hul program as gevolg hiervan verontagsaam word, dui die onredelike verwagtings aan.

"Hulle voel jy werk 3 ½ dae en as jy die dag daar is, kan jy maar al die werk kry of wat ookal."

"Indien jy nie tyd vir die taak gehad het nie, skryf hulle dit op jou verslag."

"Die senior gee 'n opdrag, byvoorbeeld om verbande te doen, medikasie uit te deel, dis onmoontlik om klaar te kry."

"Hulle voel hulle is 'n skeletonpersoneel - as daar 'n student kom, is dit 'n 'bargain', gebruik hom."

"Die suster se houding is, jy werk net halfdag - so jy sal die medikasie, verbande, alles doen tot 13:00 en sorg dat dit reg is."

(ii) Foutiewe personeeltoewysing

Delegering van professionele personeel word nie volgens pasiëntbehoefte en saalaktiwiteite beplan en gekoördineer nie. Volgens respondente skep hierdie versuim probleme tydens personeeltoewysing in die kliniese eenhede, aangesien onvoldoende personeel aan die besige eenhede toegewys word. Dit ry die doeltreffende versorging van pasiënte in die wiele.

Delegering van professionele personeel word nie volgens pasiëntbehoefte en saalaktiwiteite beplan nie

Die delegering van personeel behoort beter beplan te word, soos uit die volgende response blyk:

"Jy kom in sale waar daar amper niks aangaan nie en daar is oorvloed van personeel en elke dag vra die matrone dat hulle uitgeplaas word."

"In ander sale is 'n groot tekort aan personeel, veral die fisieke."

"In die sale wat werk vereis, is daar té min personeel - die helfte gaan op ete."

3.3.1.2.2 'n Vyandige organisasieklimaat heers in die kliniese eenhede

Organisasieklimaat word as beperkend en dikwels vyandig beleef. Dit dui op vyandigheid, wat uit die interaksie tussen die multidissiplinêre groepe deurskemer. Die respondente dui belewenisse aan wat deur die volgende eienskappe gekenmerk word:

- A Professionele onverskilligheid kom by professionele eenheidsverpleegkundiges voor.
- B Doelbewuste beroepskategorisering van verskillende verpleegpersoneel vind plaas.
- C Wisselende kontekse van interdissiplinêre samewerking manifesteer.
- D Ontoepaslike dissipline en misbruik van mag kom voor.
- E Vooroordeel en diskriminasie word ervaar.

A PROFESSIONELE ONVERSKILLIGHEID KOM BY PROFESSIONELE EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES VOOR

Permanente personeel neig tot pligsversuim. Die swak toesig en lae verantwoordelikhedsin wat professionele eenheidsverpleegkundiges aan die dag lê, word deur die respondente beklemtoon. So ook dra die lae moreel van die permanente personeel by tot verwarring by die respondente, soos blyk uit die volgende belewenisse.

(i) Permanente personeel toon pligsversuim

Pligsversuim word deur die respondente gekoppel aan die onwilligheid van die professionele eenheidsverpleegkundiges om aan aktiewe pasiëntsorg deel te neem.

Onwilligheid om aan aktiewe pasiëntsorg deel te neem

Professionele eenheidsverpleegkundiges onttrek op verskeie wyses van aktiewe pasiëntsorg en toon 'n deurlopende onwilligheid om aktief by pasiëntsorg betrokke te raak.

"Hulle drink baie keer tee – of hulle gaan uit en kom nie weer terug nie. Hulle gaan doen iets en jy sien hulle nie weer nie."

"Hulle sê vir jou ek werk al 26 jaar in die hospitaal – jy kan nou 'n bietjie werk en dan doen hulle nie 'n steek werk nie, hulle sit daar en is nie eers daar om jou te help nie."

"Ja, hulle val mos nie onder personeel nie [lag aanhoudend] hulle is delegerders – bestuur [lag] hulle het 'n kantoor – nie vir die uitvoer van pligte beskikbaar nie."

(ii) Swak toesig deur permanente personeel

Die probleem van swak toesig veroorsaak dat situasies dikwels buite beheer raak en respondente sonder begeleiding moet werk. Die respondente beleef die neiging in 'n negatiewe lig wanneer hulle bedreig voel en verkies dié situasie wanneer hulle onafhanklik werk.

□ Voorgraadse Verpleegkundestudente werk sonder begeleiding

Begeleiding word agterweë gelaat en respondente beleef dat hulle in bevel moet wees.

"Die probleem kom met die susters-in-bevel - hulle is die persone wat moet sorg dat dinge in die praktyk moet regloop."

"As jy in die sykamer werk, kan jy maak soos jy wil - lekker kry - vyf pasiënte is vir jou versorging en jy werk nie onder haar oog nie."

"Daar is nie iemand om jou daar die leiding te gee nie - om jou te help nie en dan faal jy. Die suster is nie daar nie, omdat sy fisies nie daar kan wees nie."

"Jy moet alles doen én die suster is nie beskikbaar nie en jy moet 'in charge' wees en hulle gaan aan."

(iii) Die permanente personeel openbaar 'n lae verantwoordelikeheidsin

Die respondente ervaar stres vanweë die gebrek aan verantwoordelikeheidsin wat die professionele eenheidsverpleegkundiges openbaar, wat dan na die respondente afgewentel word. Die meegaande stres wat hulle ervaar omdat verantwoordelikeheid bokant hul kundigheidsvlakke aan hulle toegewys word, blyk uit die volgende response.

□ Verantwoordelikeheid word na voorgraadse Verpleegkundestudente verplaas

Respondente ervaar stres vanweë verantwoordelikeheid wat na hulle verplaas word, soos uit die volgende response blyk:

"... jy moet die stres beleef, terwyl dit eintlik die saal se verantwoordelikeheid is."

"Ja, die suster bepaal absoluut die saalsituasie."

"Ek het al so baie geleer dat as die noodsuiging nie werk nie, die suster nie weet wat om te doen nie."

(iv) Verouderde kundigheidsvlakke kom voor

Professionele verpleegkundiges verontagsaam voortgesette onderrig om op die hoogte van die nuutste neigings in die verpleegpraktyk te bly.

Voortgesette onderrig word verontagsaam

Respondente beskou voortgesette onderrig as noodsaaklik, veral vir diegene wat 'n geruime tyd reeds hul program voltooi het. Ten einde kundigheid op te knap, beveel die respondente die volgende aan:

"Ek dink hulle moet jaarliks tot driejaarliks op hoogte kom en geëksamineer word - hulle is nie op hoogte nie en is dikwels tot 20 jaar klaar gestudeer."

(v) Lae moreel manifesteer by die permanente personeel

Die permanente personeel sluit professionele verpleegkundiges, en ander kategorieë verpleegpersoneel in, maar sluit die Verpleegkundestudente uit. Aspekte wat veral opval, is die lae moreel van permanente personeel. Dit word as die rede aangedui waarom swak werksbevrediging en stagnering voorkom.

Swak werksbevrediging en stagnering kom voor

Swak erkenning van die bydrae wat hulle lewer, dra by tot die lae moreel en swak werksbevrediging wat professionele eenheidsverpleegkundiges ervaar.

"Oor die algemeen is die permanente personeel - dis nou studente uitgesluit, se moreel baie laag. Hulle wil nie lekker werk nie."

"..... daar is van hulle wat voel - wat hulle ookal doen, dit maak nie baie saak nie".

Stagnering weens afstomping word ervaar

Stagnering as gevolg van langdurige kliniese betrokkenheid en hul vrees vir moontlike probleemsituasies, word volgens die belewenisse van die respondente as die oorsake van afstomping by professionele verpleegkundiges aangedui.

"Die kliniese personeel het na jare so afgestomp - hulle dink nie meer aan die mense nie, hulle stagneer."

"Hulle is so bang om in die moeilikheid te kom by die matrone, hulle stagneer."

B DOELBEWUSTE BEROEPSKATEGORISERING VAN VERSKILLENDE VERPLEEGPERSONEEL VIND PLAAS

Die hoofkategorieë verpleegpersoneel in die hospitaal is die verpleegdiensbestuurders, die professionele verpleegkundiges, die Verpleegkundestudente wat die vierjarige B.Cur.-graad of die vierjarige Diploma in Verpleegkunde, of die tweejarige ingeskrewe program in Verpleegkunde volg en die assistentverpleegsters wat in die kliniese eenhede werk. Elke kategorie beklee volgens die respondente 'n bepaalde status in die rangorde, wat 'n kunsmatige skeiding veroorsaak. Konflik ontstaan deurdat groepe weens professionele status nie mag meng nie. Die kentekens skep verwydering tussen groepe en die deurlopende rotering van personeel deur kliniese eenhede bemoeilik aanpassing.

(i) Groepe mag weens statusverskille nie meng nie

Die respondente beleef die vooropgesette statusverskille as een van die redes waarom isolering van groepe verpleegpersoneel plaasvind. Die volgende response dui daarop:

"Daar is verskillende groepe in die hospitaal, B.Curre, geregistreeerde verpleegkundiges, matrones en staffies – hulle kom nie bymekaar nie. Daar is die vooropgesette idee van hoe verskil die B.Cur. van die staffies – hulle mag nie meng nie."

"My vriendin is 'n stafverpleegster, sy mag nie in die koshuis bly nie, nie tussen die B.Cur.-studente nie. Dis hulle skuld dat hulle nie korrelasie tussen die groepe het nie, omdat hulle die afsondering skep [konsensus]."

"Hulle laat ons nie behoorlik meng nie – die studentverpleegkundiges bly alleen in X – niemand anders meng met hulle nie – die B.Curre bly in Y en die ander in Z. Tog het ek baie vriende tussen ander groepe."

"Hulle skep die afskortings tussen groepe – dis nie van die student se kant nie, as hulle meer bymekaarkom, word jy verbied om enigsins met hulle te meng."

(ii) Kentekens skep verwydering tussen groepe

Die beleid van kentekens veroorsaak 'n kunsmatige skeiding tussen verskillende kategorieë personeel, wat verwydering veroorsaak.

"Die balkies (kentekens) maak skeiding tussen groepe en die SVA's."

(iii) Rotering van personeel deur kliniese eenhede skep konflik

Die professionele eenheidsverpleegkundiges, die ingeskrewe en die assistentverpleegsters werk vir langer aaneenlopende tydperke in dieselfde eenheid en is dus meer bekend met die roetine en gebruike wat in die eenhede gevolg word. Dit veroorsaak dat die groepe wat aan wisseling blootgestel is, deurlopend aanpassings in 'n onbekende milieu moet maak, wat hulle onbekwaam laat voorkom en voel.

"Dis by die kliniese kant waar die probleem inkom - teen die tyd dat ons by 'n saal kom, het die staffies almal die roetine geleer - dan dink hulle jy is dom."

**C WISSELENDE KONTEKSE VAN INTERDISSIPLINÊRE SAMEWERKING
MANIFESTEER**

Die interaksies tussen die multidissiplinêre spanlede word oor die algemeen as negatief beleef vanweë die neigings tot konflik en kampvegtery wat tussen dié lede voorkom. Daar is desnieteenstaande opregte waardering vir diegene wat bereid is tot goeie spanwerk en groepsgees openbaar, soos in die meer gespesialiseerde afdelings voorkom. Die samewerking tussen die multidissiplinêre spanlede word volgens die respondente deur kampvegtery en dislojaliteit tussen groepe gekenmerk. Die respondente voel uitgesluit uit die multidissiplinêre span. Dié response wat positiewe belewenisse aandui en die redes daarvoor aanvoer, word eerste in perspektief geplaas. Daarna word 'n uiteensetting van die negatiewe ervarings gegee.

(i) Goeie spanwerk en groepsgees by gespesialiseerde hospitale aanwesig

Erkenning van alle rolspelers se bydrae, soos dit by sommige van die gespesialiseerde kliniese eenhede voorkom, dra by tot hoë beroepsvervulling, terwyl groepsamewerking en integrasie van spanlede tot spangees lei. Die volgende response dui op die behoefte aan deelname binne multidissiplinêre spanverband.

□ Erkenning van alle rolspelers se bydrae gee beroepsvervulling

Die respondente beleef die erkenning van hul bydrae tot pasiëntsorg in sommige hospitale as baie positief. Hiervolgens word geen rolspeler se bydrae gering geskat nie, wat sodoende vir almal 'n uitdaging bied.

"By die meer gespesialiseerde sale - byvoorbeeld ortopedie - kry jy beter samewerking."

"Dis so lekker as almal 'n rol speel - dit is hoe dit by die spinaaleenheid is. Hulle sorg is absoluut fantasties, want hulle het 'n vergadering en elkeen lewer sy inset, maak nie saak of jou inset is om die pasiënt se tande te borsel nie - almal se opinie tel iets. Dit is baie belangrik."

"In Weskoppies was dit so, dat 'n mens 'n pasiënt bespreek, almal daar, dis so wonderlik - hulle vra jou opinie en dis sommer net 'n groot uitdaging."

□ Groepsamewerking en -integrasië van spanlede bou spangees

Integrasië van alle spanlede verbeter samewerking en lei tot 'n hoë samehorigheidsgevoel. Verbeterde spanwerk ontstaan omdat nouer kontak tussen lede probleme verminder.

"Daar is byvoorbeeld nie 'n dokters- of susterskamer nie. Almal drink saam tee en onmiddellik is die atmosfeer anders en dan werk 'n mens verskriklik lekker saam en is daar geen probleme nie."

"Die oomblik wanneer jy kontak met 'n persoon het, werk jy vreeslik lekker saam en as jy weer uit die veld is, kom daar weer splitsings."

"Dit is belangrik hierdie groepe, fisio-, arbeidsterapeute, dat 'n mens kan kommunikeer en insette gee. Dit het my baie gehelp om met ander groepe saam te werk."

(ii) Kampvegterij en dislojaliteit kom tussen sommige multidissiplinêre spanlede voor

Dié neiging ontstaan, volgens respondente, as gevolg van die intense mededinging wat tot professionele afguns tussen bepaalde spanlede lei, deurdat individuele prestasie voorkeur geniet bo spanwerk.

□ Intense mededinging lei tot professionele afguns tussen spanlede

Professionele beroepslui ervaar intense mededinging op allerlei vakgebiede. Daar is egter nie noodwendig bewyse van persoonlike konflik nie. Hierdie aspek van mededinging tussen spanlede blyk uit die volgende response:

"Almal kyk mekaar uit en is vies vir mekaar en dink - moenie dink jy's beter nie."

"Dis nie persoonlike botsings nie - almal werk lekker saam as jy oor die groot prentjie kyk."

"Jy mag nie met 'n pasiënt praat nie, dan wil jy 'n sielkundige wees."

"Ons het byvoorbeeld vanoggend in die saal 'n uittrap gehad dat ons die maatskaplike werker se werk wil oorneem. As hulle jou net 'n bietjie in die veld wil neem en jou laat weet

wat jy mág doen - jy trap op mense se tone en jy weet dit nie eers nie - as die maatskaplike werkers net wil integreer."

Individuele prestasie geniet voorkeur bo spanwerk

Die totaliteitsbenadering in pasiëntsorg word verontagsaam en individuele eer vir die vordering van pasiënte geniet voorrang.

"Jy is nie enigins in staat om iets te gaan doen nie - vir die pasiënt iets gee nie, almal is afgunstig - wil die eer hê. Dit is nie dat ons dit reggekry het nie - nee ék het dit reggekry."

"In 'n opleidingshospitaal is almal besig met nagraadse studie en of die pasiënt nou wil eet of nie, die dokter het 08:00 'n navorsingsafspraak of 'n nuwe program wat hy aanbied. So dit gaan nie hier oor pasiëntesorg nie."

"Daar is nie iets soos 'n multidissiplinêre span nie. Die fisioterapeut dink die verpleegkundige is dom - die verpleegkundige dink die SVA is dom en die dokter praat in elk geval met niemand nie."

(iii) Voorgaadse Verpleegkundestudente voel uitgesluit uit die span

Die respondente beleef die span aanvanklik as ontoeganklik en met verloop van tyd word 'n gevoel van verlies aan eiewaarde ervaar, waarteen die voorgaadse Verpleegkundestudente geleidelik in verzet kom.

Verlies aan eiewaarde

Die volgende response dui 'n verlies aan eiewaarde aan.

"In die eerste jaar is jy bang en wil glad nie met hulle praat nie."

"'n Mens begin egter beseef dat die mediese studente dink jy is dom of jy wil 'n dokter soek as 'n man."

"Die verpleegkundige moet nie van haar pasiënt verwyder word nie - hulle moet toesien dat daardie persoon 'n bydrae lewer en moet daai persoon insluit"

D ONTOEPASLIKE DISSIPLINE EN MISBRUIK VAN MAG KOM VOOR

Ontoepaslike dissipline word toegepas. Indien respondente in gebreke bly om die gedelegeerde onrealistiese werkladings te voltooi, word hulle met wetlike aspekte gedreig. Hul vorderings-

verslae word as tugmiddels gebruik, wat hulle bedreig laat voel. Die volgende response dui daarop.

(i) Ontoepaslike dissipline word toegepas

Respondente beleef dissipline as ontoepaslik wanneer hul standpunt teen onregverdige taak-toewysings bevraagteken word en onbevraagde onderdanigheid vereis word. Vernederende interaksie en aggressie vind voor pasiënte plaas.

Onbevraagde onderdanigheid word vereis

Objektiewe tydsberaming en bespreking word beskou as weiering om take uit te voer. Dit blyk uit die volgende respons:

"... dan sê jy vir haar voor die tyd jy gaan nie klaarkry nie, dan sê sy vir jou, 'praat jy terug'?"

Vnederende interaksie en aggressie vind voor pasiënte plaas

Dissipline gaan dikwels met vernedering voor pasiënte gepaard.

"... jy kry nie klaar nie en dan word jy voor almal verneder en skreeu hulle op jou en as jy terugpraat, dan sê hulle – 'ons sal die saak met die matrone bespreek'."

"Jy word verneder in die saal; die hele gang moet luister omdat jy sleg is en nie jou werk kan klaarkry nie."

"... en dan word jy verneder voor almal in die groep en dan skreeu hulle op jou".

(ii) Dreigemente met wette en regulasies om onbereikbare werkladings af te dwing

Die respondente beleef met verwarring die aanwending van dreigemente om werkladings wat onbereikbaar is, af te handel en respondente skuldig te laat voel oor versuime wat wetlike beheer impliseer. Bogenoemde aanvalstegnieke verloop dikwels volgens 'n patroon. Dreigemente ten opsigte van wetlike aspekte word uit die volgende insidente duidelik:

"...dis onmoontlik om klaar te kry en dan sê jy vir haar vóór die tyd jy gaan nie klaarkry nie en dan sê sy vir jou, 'praat jy terug'?"

"En onmiddellik val hulle jou aan en dan klink dit of jy besig is om iets buite die bestek van jou praktyk te doen."

"Dan gaan hulle na die wette toe en dan weet jy nie wát het jy verkeerd gedoen nie en dan probeer jy dit doen en dan kry jy nie klaar nie."

(iii) Vorderingsverslae word as tugmiddel aangewend

Die respondente verbaliseer dat hulle afhanklik is van die vorderingsverslae wat as positiewe evalueringsinstrumente benut behoort te word en beoog is om die vordering van die voorgraadse Verpleegkundestudente aan te dui. Die respondente beleef verslae wat in die realiteit as 'n tugmiddel aangewend word as blootstelling en bedreiging wat die vertrouensverhouding wat behoort te bestaan, verbreek. Ook word inkonsekwente beslissings gemaak.

Voorgraadse Verpleegkundestudente is afhanklik van vorderingsverslae

Dié respondente is afhanklik van die vorderingsverslae wat hul werksvordering aandui en is verplig om dit elke maand in die spesifieke eenhede te teken.

"Jy is afhanklik aan die einde van die maand van 'n verslag van daai saal."

Blootstelling en bedreiging van voorgraadse Verpleegkundestudente

Probleemsituasies wat in die kliniese eenhede opduik en waarvoor respondente nie die kundigheid besit nie en gevolglik hulp moet inwin, word in 'n negatiewe lig beskou. Dit word as leemtes in die vorderingsverslae aangedui. Respondente beleef dat hul werksverrigting deur die saalverslag benadeel word en dat hulle verplig is om dié verslag te aanvaar. Die belewenis sentreer rondom die blootstelling en stereotipering wat hulle ervaar, eerder as 'n gevoel dat leemtes geïdentifiseer en hulp ooreenkomstig aangebied word.

"Hulle sê as jy probleme het, dan kan jy na hulle toe kom - maar as 'n mens dit doen of vir die suster sê jy het nie tyd vir 'n taak gehad nie, neem sy dit verkeerd of negatief op en kom dit op jou verslag."

"By klinies kry jy óf hoofsaaklik negatiewe terugvoer óf geen terugvoer nie."

Inkonsekwente teregwysings en beslissings

Respondente beleef die begeleiers en ondersteuners in alle kategorieë verpleegpersoneel as inkonsekwent in hul beslissings wanneer oor toepaslike teregwysing en regstellende tussen-tredes besin word.

"Hulle aanvaar enige goeie terugvoer en sê - yes dis ons studente, maar as daar negatiewe terugvoer is, wys hulle vinger."

"Toe sê sy vir my ek moet daai ure gaan inwerk, dit terwyl ander mense net van die werk wegbly."

"Ons professor het gesê ons hoef nie ekstra vir 'n vak te betaal nie, sy sê toe sy sal dit self uitsorteer en toe moes ons dit self uitsorteer en dis nou nog nie uitgesorteer nie."

E VOORORDEEL EN DISKRIMINASIE WORD ERVAAR

Dié belewenisse dui op ervarings van onreg, kritiek, stereotipering, redusering en ongegronde kritiek wat die respondente ervaar. Die response word onder die genoemde hoofde bespreek.

(i) Onreg teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente

'n Gevoel van onreg word ervaar, aangesien respondente verantwoordelikheid moet aanvaar vir die swak organisasie wat in die kliniese eenhede voorkom

□ Voorgraadse Verpleegkundestudente word vir swak organisasie in kliniese eenhede verantwoordelik gehou

Respondente voel verontreg oor die volgende situasies wat in die kliniese eenhede voorkom.

"Wat vir my so sleg is, is dat jy iets moet gaan leen, dan is die mense in beheer vir jou kwaad, want hoekom kan jy nie vir voorraad sorg nie. Dan word jy beledig vir iets wat nie jou skuld is nie - dit is eintlik die saal se verantwoordelikheid."

"Jy moet iets doen, byvoorbeeld kos gaan haal in die kombuis, dan is almal naer met jou, terwyl jy in die pasiënt se behoeftes probeer voorsien."

(ii) Stereotipering van voorgraadse Verpleegkundestudente

Die individualiteit van respondente word ontken en vooropgesette idees oor hul prestasievermoëns bestaan. Stereotipering van prestasie dra by tot 'n negatiewe belewenis van vorderingsverslae, wat hul individualiteit ontken.

□ Individualiteit van voorgraadse Verpleegkundestudente word ontken

Die volgende response dui op hierdie neiging wat algemeen deur professionele eenheidsverpleegkundiges gevolg word:

"Hulle sien ons glad nie as individue nie."

"Die Verpleegkundedepartement skep 'n klomp klone - almal is dieselfde."

"Hoekom doen julle so sleg - en dan is daar twee in die klas wat gedruip het - op die ou end is almal sleg."

Vooropgesette idees oor voorgraadse Verpleegkundestudente se prestasievermoëns bestaan

Die volgende response dui op 'n neiging van professionele verpleegkundiges om dié respondente in kategorieë volgens vooropgesette idees in te deel:

"Hulle het die vooropgesette idee - jy is 'n presteerder en jý nie."

"Daar is altyd die vooropgesette idee van hoe die B.Curre en assistentverpleegsters van mekaar verskil."

Stereotipering van prestasie vind plaas

'n Totale verontagsaming van die individuele prestasie van respondente deur die toekenning van identiese punttoekenning is aan die orde van die dag. Dit lei tot frustrasie by respondente.

"Ja, nog oor die verslae - hulle skryf almal dieselfde. Daar is 1-2-3. Jy voel jy het beter gevaar dan merk hulle oral net 2's - almal kry dieselfde verslag."

"Ek het een verslag in die meer as vier jaar en drie maande gekry wat iets anders noem en afgemerkt het."

"Die verslae lyk dieselfde - alle personeel lyk dieselfde, dit frustreer 'n mens."

(iii) Redusering van voorgraadse Verpleegkundestudente se opleidingsbehoefte bestaan

Die neiging by professionele eenheidsverpleegkundiges en ander lede van die mediese span om respondente se opleidingsbehoefte te negeer en die wanbegrip wat ten opsigte van die voorgraadse Verpleegkundestudent se rol en funksie bestaan, blyk uit die volgende belewenisse.

Opleidingsbehoefte word verontagsaam

Die neiging bestaan om voorkeur te gee aan die leerbehoefte van ander multidissiplinêre spanlede.

"Ek moes groepe aanbied, spesifiek in psigiatrie, maar dan kry die fisio- en arbeidsterapeut voorkeur. Ons het óók 'n terapeutiese rol en is nie net daar vir die fisieke van die pasiënt nie."

"Hulle sê sommer vir jou jy betree die arbeidsterapeut se rol - jy's 'n verpleegkundige - jy mag nie 'n groep aanbied nie - jy's hier om die pasiënt op te pas."

□ **Wanbegrip van die voorgraadse Verpleegkundestudent se rol en funksies**

Hierdie probleem word veral tydens interaksie met fisio- en arbeidsterapeute ervaar.

"En spesifiek van die ander mediese mense wat regtig dink jy is daar om 'n bedpan aan te dra, dit kry 'n mens baie by fisio- en arbeidsterapeute."

" 'n Mens begin egter besef dat die mediese studente dink jy's dom."

"Mediese studente probeer by 'n aggressiewe ou 'n drip opsit en steek hom ses keer. Jy vat een aar en kry hom (infusie) in, maar jy, die simpel verpleegkundige, mag dit nie doen nie. Hulle dink ons is absoluut simpel!"

(iv) **Ongegronde kritiek teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van houdings wat geopenbaar word**

Hierdie neiging kom veral by die permanente personeel en professionele eenheidsverpleegkundiges voor. Die respondente beleef die onregverdigte verwysings na hulle veronderstelde houdingsprobleme en die beweerde verkorte ure wat gemerk word, as afbrekend van aard.

□ **Beweerde houdingsprobleme van die voorgraadse Verpleegkundestudente**

Die oënskynlike onregverdigte verwysings na beweerde houdingsprobleme van respondente lei tot hoë spanning, wat soos volg beleef word:

" 'n Ding wat 'n mens se stresvlakke verhoog, is baie keer die permanente staf se houding teenoor die graadstudente - hulle houding is heeltemal anders as teenoor die diplomas - die meeste personeel is diplomas, so die houding teenoor jou is baie negatief."

"As ons iets verkeerd doen, wys baie vingers na die B.Curre en sê - julle dink julle is beter as ander mense."

"Baie keer ... uhm ... omtrent die teorie, wat jy in die saal kry - as jy iets bevraagteken."

"Hulle sê die graadstudente dink hulle is beter as iemand anders, maar op die einde van die dag is dit na jou toe wat hulle kom met die taak of opdrag om dit te doen, want jy is die graadstudent en jy moet weet hoe om dit te hanteer [aggressief]."

□ **Voorgaadse Verpleegkundestudente werk beweerde verminderde kliniese ure**

Dit blyk dat die houding van veral die ouer personeel baie negatief teenoor die respondente is. Die volgende belewenisse dui op die aannames wat gemaak word oor die respondente se kliniese verpligtings:

"Ons word dikwels beskuldig dat ons te min werk - jy weet nie hoe om dit te doen nie, want jy's nooit in die saal nie. Dis die ouer susters wat dit nogal voor jou kop gooi - die ouer personeel is baie keer teen ons."

"Ons word dikwels beskuldig dat ons te min werk, maar hulle besef nie dat ons elke dag werk nie en meer werk as die diplomastudente nie."

3.3.1.2.3 Ontoereikende interorganisasoriese strukture en klimaat word ervaar

Die strukture en klimaat wat tussen die beherende owerhede van die voorgaadse Verpleegkundestudente, naamlik die Skool vir en departemente van Verpleegkunde en die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies bestaan, beïnvloed in 'n groot mate die gevoel van geborgenheid wat tydens hul kliniese verpligtings in die kampushospitale en gemeenskapsdienste ervaar word. Die klimaat wat die respondente ervaar, dui die volgende eienskappe aan:

A Onvoldoende kommunikasie vind plaas tussen die betrokke instellings.

B Blaamverplasing tydens probleemsituasies is algemeen.

Bogenoemde belewenisse word vervolgens in perspektief geplaas.

A ONVOLDOENDE KOMMUNIKASIE VIND PLAAS TUSSEN DIE BETROKKE INSTELLINGS

Deurvoer van inligting, veral die kliniese vorderingsverslae, is vir die respondente van groot belang, aangesien dit hul werksverrigting in die kliniese eenhede in perspektief plaas. Daar is by die respondente 'n belewenis dat hierdie belangrike komponent van hul opleiding buite rekening gelaat word en dat daar slegs klem op akademiese prestasie geplaas word. Die redes hiervoor is dat die kliniese vorderingsverslae na die universiteite verontagsaam word en dat swak konsultasie oor professionele aspekte plaasvind.

(i) Kliniese vorderingsverslae na universiteite word verontagsaam

Respondente verbaliseer dat hulle geen terugvoering deur die universiteite van hul vordering in die kliniese eenhede ontvang nie. Die volgende stellings dui daarop:

"Ons kry geen terugvoer by die universiteite van ons vorderingsverslae nie."

(ii) Konsultasie oor professionele aspekte is swak

'n Negering van inligting na en vanaf die universiteit is volgens respondente aan die orde van die dag.

"Die Departement is absoluut afgesny van die saal af - goed word deurgegee - die saal gaan nie regtig moeite doen nie."

B BLAAMVERPLASING TYDENS PROBLEEMSITUASIES IS ALGEMEEN

'n Ongelukkige toedrag van sake wat 'n foutiewe voorbeeld aan respondente mag stel, ontstaan wanneer wederkerige blamerings tussen gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en onderriginstansies voorkom. Die belewenisse wat hierop dui, blyk uit die onderstaande response.

(i) Wederkerige blamerings tussen universiteite en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies is algemeen

Die respondente voel ongeborste, aangesien hulle die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en onderriginstansies as vyandig beleef en dat hulle nie bereid is om respondente tydens probleem- en krisissituasies te ondersteun nie.

"Sodra daar haakplekke kom, skuif die blaam na die ander - daar is twee partye, daar is nie regtig iemand wat vir jou gaan opkom nie."

3.3.1.2.4 Wisselende begeleiding en ondersteuning word ervaar

Die behoefte aan begeleiding en ondersteuning van respondente in die kliniese situasie word as 'n prioriteitbevoegdheid aangedui. Veral die begeleiding van eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente word as van groot waarde beskou. 'n Behoeftes aan begeleiding, asook die kenmerke van die begeleiding en ondersteuning wat ervaar word, word volgens die belewenis van die respondente soos volg aangedui:

- A Begeleiding en ondersteuning word as van kardinale belang beskou.
- B Die begeleidings- en ondersteuningsbevoegdheid van professionele eenheidsverpleegkundiges word bevraagteken.
- C Wisselende ondersteuning word deur die multidissiplinêre span verleen.

- D Sporadiese ondersteuning deur vriende word ervaar.
- E Misplaaste ondersteuning deur ouers kom voor.
- F Effektiewe ondersteuning deur portuurgroepe word ervaar.

Die mate van begeleiding en ondersteuning wat verleen word, wissel en word vervolgens bespreek.

A BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING WORD AS VAN KARDINALE BELANG BESKOU

'n Groot behoefte aan bogenoemde bestaan tydens die eerste jaar, wanneer die voorgraadse Verpleegkundestudente vanweë verskeie redes 'n rolmodel benodig. Die belewenisse van alle respondente dui daarop dat die begeleiding en ondersteuning in die eerste jaar belangrik is. Dié belewenisse word soos volg aangedui.

(i) *Begeleiding van eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudent is belangrik*

Die respondente glo dat die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudent veral beïnvloedbaar is. Daar is 'n behoefte aan 'n rolmodel wat die korrekte werksmetodiek volg. Daar is reeds by toetrede tot die beroep 'n behoefte aan erkenning en ambisie teenwoordig.

'n Behoefte aan rolmodelskap bestaan

Die respondente verbaliseer dat eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente ander wil volg en identifiseer met die verpleegberoep deur die rolmodelle vir wie hulle respek het en wat hulle kan volg.

"Die eerstejaars wil altyd almal volg."

"Die dosente het gesê ons moet rolmodelle wees - in jou eerste en tweede jaar sê hulle dit vir jou - jy moet jou eie konsepte leer en het dit nie juis nie."

"Jy het respek vir hulle, wil hulle nie teleurstel nie - dit is tot jou eie voordeel."

"Dis nogal besonders. As iemand so 'n soort suster is, wat die moeite werd is, weet almal daarvan - so 'n persoon ken almal wat nog werk soos dit moet."

"Ons kliniese dosent was baie oulik."

❑ **Behoeftte aan korrekte werksmetodiek kom voor**

Dié behoefte blyk uit die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente se gebrek aan kennis. Hulle benodig begeleiding om die korrekte werkswyse te vestig. Dit blyk uit die volgende respons:

"... iemand wat die eerstejaars neem en verduidelik: só moet dit gedoen word - dis die regte manier, dit ..."

"Jy doen al die werk, soos koors neem, al die eerste dag en het geen benul nie."

❑ **Erkenning van ambisie by eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente nodig**

Die respondente beleef die eerstejaars as ambisieus met 'n drang na erkenning wat reeds teenwoordig is wanneer hulle program begin. Die respondente beklemtoon die belangrikheid om hierdie entoesiasme deur middel van stimulering te behou.

"Jy smag om bo uit te kom en verder te leer. Skep die gevoel van ek leer iets - ek is belangrik – vir die eerstejaars is dit ook belangrik."

"In die saal waar ek gewerk het, het die mediese studente ons geleer om bloed te trek en kateters in te sit - dit was wonderlik en het jou laat voel jy kan iets doen wat die ander eerstejaars nie kan doen nie."

"Jy kan dit doen voor jy dit in die klas geleer het, of - jy het dit reg gedoen en dáár kan ek verbeter - 'n mens moet net die kans kry."

**B DIE BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSBEVOEGDHEID VAN
PROFESIONELE EENHEIDSVERPLEEGKUNDIGES WORD BEVRAAGTEKEN**

Die begeleiding van voorgraadse Verpleegkundestudente in die kliniese situasie word op 'n kontinue wyse deur die professionele eenheidsverpleegkundige positief of negatief beïnvloed. Daar behoort veral aandag geskenk te word aan die begeleiding wat die professionele eenheidsverpleegkundiges verleen, aangesien hulle die werklike rolmodelle in die kliniese situasie is. Die begeleiding wat die respondente werklik beleef, word hoofsaaklik as negatief ervaar. Dit sentreer rondom die onwilligheid en onbeskikbaarheid van professionele eenheidsverpleegkundige om te begelei. Daar is ook 'n onverskilligheid teenoor die behoeftes van voorgraadse Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges se verontagsaming van die verantwoordelikheid wat met rolmodelskap verband hou. Die belewenisse word vervolgens onder die genoemde hoofde bespreek.

(i) Onwilligheid en onbeskikbaarheid van professionele eenheidsverpleegkundiges om te begelei

Die respondente beleef die onwilligheid en onbeskikbaarheid vanweë van die professionele eenheidsverpleegkundiges se afwesigheid uit die eenhede en die feit dat hulle nie vrywillig en geredelik begeleiding en ondersteuning verleen nie, as 'n gebrek aan vrywillige ondersteuning deur rolmodelle.

Onbeskikbaarheid weens afwesigheid uit eenhede

Dit blyk uit die response dat die professionele eenheidsverpleegkundiges dikwels uit die kliniese situasies afwesig is of vir begeleiding onbeskikbaar is, vanweë verskeie redes. Dit blyk uit die onderstaande response:

"Die saalsuster moet ons ondersteun en sy is nie altyd daar nie."

"Vra jy hulle om te help - dan sê hulle hulle kom nou en dan moet jy in elk geval die werk doen."

Gebrek aan vrywillige begeleiding en ondersteuning in kliniese eenhede

Dit blyk uit die belewenisse dat respondente die begeleide kliniese hulp wat hulle benodig, van ander studente moet vra en dat die professionele eenheidsverpleegkundiges nie betrokke wil wees nie.

"Partymaal is daar mense wat niks wil weet van jou nie - wat nie omgee hoe jy voel nie - jy moet net jou werk klaarmaak en klaar."

"'n Ander student sal jou wys, maar nie 'n geregistreerde verpleegkundige nie - dis so half asof dit 'n bietjie tydmors is as hulle jou moet help."

"Daar is niemand om vir jou te sê as dit gebeur moet jy só maak nie - net iemand om jou daardie leiding te gee - maar leiding op 'n vlak waar mense verstaanbaar met jou kan kommunikeer."

(ii) Onverskilligheid teenoor die behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente manifesteer

Die respondente verbaliseer dat swak ondersteuning vir emosionele behoeftes bestaan en dat die onderrig- en opleidingsbehoefte van dié studente verontagsaam word. Hierdie aspekte word onder ooreenstemmende hoofde bespreek.

❑ **Swak ondersteuning vir emosionele behoeftes verleen**

Swak ondersteuning vir en totale verontagsaming van emosionele behoeftes en opleidings-behoeftes blyk uit die volgende situasies wat respondente beleef het:

"Jy moet nie nou vrae vra nie en probleme hê met pasiënte nie - jy moet dit self hanteer - dis jou probleem."

"Op daardie stadium was ek só geskok - al wat 'n mens wou gehad het is 'n bietjie ondersteuning en om te hoor – 'hoe ervaar jy dit'? Ek het byna opgeskop daarna - ek kon dit nie hanteer nie. 'n Mens verwag dat 'n suster ná so 'n voorval met jou moes gepraat het."

❑ **Onderrig- en opleidingsbehoefte word verontagsaam**

Die onderrig- en opleidingsbehoefte word volgens respondente gereduseer tot die lewering van noodsaaklike basiese verpleegsorg aan pasiënte, terwyl voorkeur aan paramediese beroepe se opleidingsbehoefte verleen word.

"Ek moes groepe aanbied, spesifiek vir psigiatrie, maar dan kry die fisio- en arbeidsterapeute voorkeur".

"... jy's hier om die pasiënt op te pas - party sê dit vir jou en dan voel jy nogal seergemaak dat hulle so min van hulself as verpleegkundiges dink, dat jy nie 'n terapeutiese rol kan speel nie".

"In die sale is die susters soms absoluut swak - ek was al amper in Verloskunde en die heelyd het sy so afgepraat na jou."

(iii) Rolmodelskap word verontagsaam

Voorgraadse Verpleegkundestudente is veral in die eerste jaar beïnvloedbaar en 'n goeie rolmodel is onontbeerlik om rigting aan die professionele en persoonlike groei van die studente te gee. Die essensie van rolmodelskap - naamlik bronne van kundigheid en kennis - ontbreek, sodat verwarring ten opsigte van die korrekte werksmetodiek voorkom. Omgee vir die pasiënte en die verpleegpersoneel ontbreek, wat die persoonlike voorbeeld wat hulle stel, nie navolgenswaardig maak nie.

'n Bron van kundigheid en kennis in kliniese eenhede ontbreek

Kundige persone en ook diegene wat bereid is om kennis te ontgin, word as rolmodelle in die kliniese eenhede benodig, maar ontbreek grotendeels vanweë die stelselmatige afname in kwaliteitsorg en -personeel.

"Daar is 'n suster wat weet, of sy is bereid om iets uit te vind - is glad nie bedreig nie en sal uitvind en vir jou verduidelik."

"Daar is 'n groot gaping tussen rolmodelle in die hospitale - ek dink kwaliteitpersoneel neem af as gevolg van politieke omstandighede."

"Die vierdejaars behoort nie só te wees nie - jy wonder wat nou - dit behoort nie só te wees nie, ons het nie só geleer nie."

Verwarring oor die korrekte werksmetodiek

Verwarring oor werksmetodiek word ervaar, aangesien die metodiek waarvolgens prosedures uitgevoer word, verskil tussen die Skool vir of departemente van Verpleegkunde by universiteite, die hospitale en ook tussen kliniese eenhede wat in die hospitale aangetref word, wat tot verwarring lei.

"Met nagdiens, dis nie net tussen die Departement en hoe die hospitaal dit doen nie - ook tussen die sale; elkeen wil jou verskillend leer - nie só nie – die ander een weer nie só nie - dis baie verwarrend."

"Tussen saalsusters ook - ek vang by hierdie een 'n baba só en by die volgende een sê sy nie só nie - regtig ek bewe en haat elke oomblik [lag verbouereerd]."

"In die eerste en tweede jaar het dit nie vir ons sin gemaak nie - ons het so 'n lêer gehad - die basiese beginsels - hoe jy dit vir jouself logies maak."

Omgee (caring) vir pasiënte en personeel ontbreek

Die bereidheid van die professionele eenheidsverpleegkundiges om vir hul personeelkorps om te gee, dui ook 'n bereidheid aan om vir hul pasiënte om te gee. Die belewenisse van die respondente dui op die onvermoë van professionele eenheidsverpleegkundiges om vir hul pasiënte om te gee.

"In verpleging het die caring begin wegval. Caring is 'n snaakse ding - die saalsuster care nie net vir haar pasiënte nie, ook vir haar personeel [konsensus]."

"As 'n suster nie caring is nie, kan sy ook nie caring teenoor haar personeel wees nie. As sy nie persone in die holistiese benadering kan sien nie - personeel het ook 'n psige, is moeg, het iets verkeerd, kan sy ook nie kwaliteitsorg aan pasiënte lewer nie."

□ Persoonlike voorbeeld is nie navolgenswaardig nie

Rolmodelle se persoonlike voorbeeld word dikwels deur voorgraadse Verpleegkundestudente nagevolg. Daar bestaan wel enkele rolmodelle, maar oor die algemeen bestaan groot leemtes in die rolmodelskap wat soms as pateties ervaar word.

"Vier susters was my rolmodelle - verder is almal met een woord pateties."

"Party dosente gaan uit hulle pad uit - ander weer sien jou as net nog 'n student."

C WISSELENDE ONDERSTEUNING WORD DEUR DIE MULTIDISSIPLINÊRE SPAN VERLEEN

Die multidissiplinêre spanlede sluit geneeshere, predikante en sielkundiges, asook die maatskaplike werkers en fisioterapeute in. Sommige lede van die multidissiplinêre span erken die behoefte aan ondersteuning van die voorgraadse Verpleegkundestudente, soos dit by predikante en sielkundiges se interaksie deurskemer. Spanlede soos geneeshere neig tot onbetrokkenheid en selfgerigtheid, predikante en sielkundiges is voorwaardelik beskikbaar, terwyl paramediese personeel as uitsluitend en onkundig oor die verpleegberoep beleef word. Daar word vervolgens 'n uiteensetting gegee van elk van die genoemde kategorieë personeel se bydrae ten opsigte van die ondersteuning wat verleen word.

(i) Geneeshere is onbetrokke en selfgerig

Geneeshere wat met die voorgraadse Verpleegkundestudente se unieke situasie bekend is, se houding toon empatieke omgang tydens interaksie terwyl ander laevlaktake toewys wanneer hulle nie met die program bekend is nie.

□ Kennis van programverwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegstudente gestel word, ontlok empatie

Geneeshere toon empatie met respondente indien hulle met programverwagtings en -eise bekend is, soos uit die volgende response blyk:

"Die dokters wat met die B.Curre bekend is, se houding is anders as hulle met jou praat."

"In die eerste en tweede jaar praat die dokters af en dink hulle nie veel van jou nie - in die derde en vierde jaar sal die dokters meer vertrouwe in jou stel, sodra hy die B.Cur.-balkie sien en vra - hoe werk dit?"

"Ek ondervind dit baie, die dokters vra deesdae al hoe meer vir ons - help ons"

Onverskillige en laevlak taaktoewysing vind plaas

Die neiging van geneeshere en ander lede van die multidissiplinêre span om laevlaktake wat hulle self nie wil afhandel nie, aan die voorgraadse Verpleegkundestudente toe te wys, word deur respondente as onverskillige optrede beleef.

"Party beskou jou as hierdie vloerlap wat net geroep en rondgestuur kan word - en jy het soveel werk - nou moet jy die dokter se toerusting kry."

"... en die plek skoonmaak as hulle klaar is - die hele plek lê vol naalde - hulle los alles net so - hulle gee nie om nie - hulle maak nie meer die bed op nie - hulle gaan hulle nie raaksteek nie en as jy hulle daarop wys sê hulle, ekskuus dit sal nie weer gebeur nie en die volgende dag gebeur dit maar weer".

"Wat ek gewoonlik doen, is om die dokter te wys waar die toerusting is, maar party gooi so 'n 'tantrum'."

"... en spesifiek van die ander mediese mense wat regtig dink jy's daar om 'n bedpan aan te dra - dit kry 'n mens baie by fisio- en arbeidsterapeute ... baie is heel oulik en hulle sal gaan, maar ander sal weier en sê – 'die pasiënt wil 'n bedpan hê'".

(ii) Predikante en sielkundiges is voorwaardelik beskikbaar

Vanweë die afspraakstelsel beleef die respondente voorwaardelike toegang tot ondersteuningsessies.

Toegang tot ondersteuningsessies geskied voorwaardelik

Vanweë die dikwels traumatiese blootstelling van voorgraadse Verpleegkundestudente aan krisis, kan daar dikwels nie aan hul behoeftes voldoen word nie, aangesien hulle onmiddellik hulp nodig het.

"Eergister het een tokkelok-student na my toe gekom en wou 'n sessie met 'n pasiënt hê. Ek maak toe 'n grap en vra of ek nie ook kan kom vir 'n sessie nie. En hy sê toe, 'weet jy, dis

baie interessant, ek het gewonder of julle dit nie ook nodig het nie - net om uit te kry wat jy voel'?"

"Daar is 'n sielkundige in ons koshuis [lag-lag]. Sy het vir ons goedjies onder ons deur deurgestoot dat ons met haar moet gaan praat en 'n afspraak maak, maar nou werk ek 'n 7-7 agtermekaar en iets gebeur - maar ek wil nou met iemand praat en kan ek eers volgende week 'n afspraak maak."

"Hulle sê as ons so iets wil hê, sal hulle dit inbou in ons diensure en dan sal hulle sê - jy moet dit in jou teetyd doen. En teetyd wil ek eintlik gaan tee drink en wil net uitkom uit daai saal uit."

"Jy mag nie met 'n pasiënt praat nie, dan wil jy 'n sielkundige wees."

(iii) Paramediese personeel is uitsluitend en onkundig oor verpleegberoep

Sommige kontak met paramediese personeel lei tot negatiewe belewenisse, wat hoofsaaklik uit onkunde oor die verpleegberoep voortspruit. Daar bestaan spesifiek by die paramediese spanlede 'n wanindruk oor die omvang en diversiteit van die voorgraadse Verpleegkundestudent se rol en funksie, sodat hulle as uitsluitend en onkundig ervaar word.

"Ons het byvoorbeeld vanoggend in die saal 'n uittrap gehad dat ons die maatskaplike werker se werk wil oorneem. As hulle jou net 'n bietjie in die veld wil inneem en jou laat weet wát jy mag doen - jy trap op mense se tone en jy weet dit nie eers nie - as die maatskaplike werkers net wil integreer."

D SPORADIESE ONDERSTEUNING DEUR VRIENDE WORD ERVAAR

Vriende wat kennis dra van die respondente se omstandighede, is meer simpatiek en verleen ondersteuning. Daar bestaan veral 'n behoefte aan die ondersteuning en begrip wat mansvriende bied, aangesien daar 'n wanindruk oor die moeilikheidsgraad van die program bestaan, sodat min ondersteuning gebied word.

(i) Behoeftes aan mansvriende se begrip bestaan

Empatiese begrip vir die fisieke en emosionele eise van die beroep is belangrik. Die volgende response dui op waardering vir die ondersteuning wat mansvriende bied.

"Jy kom dit selfs aan mansvriende agter. Ek het eendag 'n ou ontmoet wat vra - is jou voete nie seer nie? Ek het 'n 7-7 gewerk en my mond het skielik begin oophang. Ek het gevra waar

val jy uit? Hoekom is jy so ondersteunend - niemand vra dit vir my nie. Toe sê hy vir my hy het twee jaar met 'n verpleegster uitgegaan."

"As hulle jou net ken, ten minste net vra, is jou voete nie seer nie - dis 'n stupid ding om te vra, maar ná 'n 7-7 is jou voete seer - jy voel half iemand gee vir jou om."

(ii) Wanindruk oor programverwagtings, -eise en moeilikheidsgraad bestaan

Die wanindruk wat vriende oor verpleging het, stem nie ooreen met die werklike moeilikheidsgraad van die program nie, wat tot probleme lei.

"Ek het 'n persoonlike ervaring gehad dat vriende van jou wat ook studeer --- en jy trek al in jou derde jaar, wat vir jou vra --- nou werk julle al in die hospitaal? Wat doen julle as julle werk?"

"Hulle kan hulle nie indink dat jy 'n funksie het nie, want die dokter gee tog die pille - hulle dink jy is net daar - staan gereed met hierdie string bedpanne in die gange ... en dis al wat jy doen."

"As jy eers vir hulle vertel wat jy alles kan doen, dan kan hulle dit nie glo nie."

E MISPLAASTE ONDERSTEUNING DEUR OUERS KOM VOOR

Hoewel ouers nie direk betrokke is by die verlening van ondersteuning in die kliniese eenhede nie, dra die spanning in die kliniese milieu daartoe by dat respondente wel ondersteuning benodig. Die respondente wys daarop dat ouers 'n onvermoë tot werklike begrip vir hul probleme toon. Ouers neig tot raadgewing in sekere situasies in stede daarvan om te ondersteun. Daar bestaan ook 'n neiging tot wedersydse beskerming van mekaar om emosionele trauma te voorkom.

(i) Ouers toon onvermoë tot werklike begrip vir voorgaandse Verpleegkundestudente se probleme

Ouers hoor nie regtig wat respondente aan hulle wil oordra nie en verstaan nie die probleem-situasies wat die respondente ervaar nie.

"Jy kan vir jou ma-hulle iets vertel wat gebeur het, maar ek is nou nie lelik nie, maar hulle stel baie keer meer belang in Egoli."

"Jy is eintlik down of kwaad omdat 'n pasiënt jou geslaan het - hulle verstaan nie wat jy wil oordra nie - hulle hoor net daai detail."

"Dis makliker om met iemand te praat wat jy weet deur dieselfde gaan, as met jou ma - sy sê vir jou dis okay [lag]."

(ii) Ouers neig tot ongevraagde raadgewing in situasies

Respondente beleef ouers se raadgewing as ongevraag, wat soms tot frustrasie lei.

"Of as jy 'n situasie vertel en hulle sê - hoekom het jy nie dit of dat gedoen nie. Jy raak net meer gefrustreerd."

"Ons verduidelik vir hulle elke keer, maar hulle dink nog steeds hulle kan vir jou 'n stokkie lekker gee soos toe jy klein was en jy geval het."

(iii) Voorgraadse Verpleegkundestudente beskerm hul ouers en andersom

Respondente beskerm hul ouers en voel asof hulle altyd aan diens is omdat hulle 'n front van welsyn moet voorhou.

"Jy wil nie jou ma ontstel nie en jy beskerm haar tot 'n mate, terwyl jy 'n vriendin vertel en ons huil of lag saam."

" Ek dink dis ons skuld want jy wil nie eintlik vir jou ma-hulle vertel daar het vandag 'n vrou doodgegaan en jy moes haar hand vashou nie".

"Ek kan nie vir my pa vertel wat in die saal gebeur het nie, hy sal flou val."

"Ja, veral as jy al die tawwe werk moet doen, my pa voel so half sad dat hulle só met sy dogtertjie praat en jy kan nie terugantwoord nie - jy moet maar ja-ja-ja!"

**F EFFEKTIEWE ONDERSTEUNING DEUR PORTUURGROEPE
WORD ERVAAR**

Die portuurgroepe word volgens respondente as die belangrikste hulpbron beskou. Portuurgroepe besit goeie probleemoplossingsvaardighede en kan die beste oplossings bied vanweë hul empatie en insig in situasies. Hulle behoort as 'n ondersteuningstelsel - nie net binne groepe nie, maar ook tussen jaargroepe - aangewend te word. Portuurgroepe is ook in 'n redelike mate vir mekaar se behoeftes beskikbaar. Die belewenisse van die respondente sentreer rondom die volgende aspekte.

(i) Portuurgroepe beskik oor goeie probleemoplossingsvaardighede

Die respondente beskou die deurlopende teenwoordigheid van portuurgroepe en hul inherente kennis van die beroep as die hoofredes vir die vermoë van dié groepe om probleme op te los.

"As studente ondersteun ons mekaar nogal baie. In die middag of etenstyd word die meeste akademiese of kliniese probleme met medestudente bespreek. Jy wil nou 'n oplossing hê - dan moet jou medestudente net hulle kennis saamspan om 'n plan uit te dink."

"Baie keer gaan ek in die gang af - dan sê hulle ek is in die eerste jaar - my salaris - wat gaan aan?"

"Dan gryp hulle jou daar en dan moet jy nou 'n uur of hele vier jaar se goeters vinnig opsom binne 10 minute."

(ii) Portuurgroepe betoon empatie met en insig in situasies

Wanneer respondente moed verloor en hulle kan dit met portuurgroepe bespreek en dié dan empatie en insig in die situasies toon, verlig dit die probleem en kan hulle weer perspektief herwin.

"Daar kom dae dat jy voel jy is keelvol en jy kan nie meer nie en voel net lus om op te skop. Daai tipe van situasie - as jy baie keer met een van jou bure praat en hulle voel ook só, weet jy jy is nie alleen nie - veral in jou eerste jaar."

"Hulle sê hulle voel ook so en dan pak jy net af - dan voel jy beter."

"... weet jy daar is 27 ander wat dieselfde paadjie stap en hulle kan dit doen en so!"

"Dis makliker om met iemand te praat wat jy weet deur dieselfde gaan."

(iii) Ondersteuning vir en tussen jaargange benodig

Jaargroepe is volgens respondente meer vir mekaar beskikbaar as wat ander ondersteuners kan wees. Portuurgroepe voel soos 'n groot vriendekring en daar behoort geskeduleerde kontaktye geskep te word as 'n wyse om met mekaar kontak te behou.

□ Skedulering van kontaktye is noodsaaklik

Samesprekings tussen jaargange om probleme te bespreek, behoort op gereëelde kontaktye plaas te vind.

"Ek dink wat 'n mens miskien kan doen, is om aan eerste- en tweedejaarstudente miskien te sê hulle kan met die derde- en vierdejaarstudente praat, miskien 'n raadgewer soos hulle hê - dis miskien ook moeilik, want die eerstejaarstudente kom eenmaal per week hospitaal toe."

"Hulle kan nie regtig met jou in aanraking kom nie ... uhm.... miskien moet 'n mens so iets doen - miskien mekaar by die kafeteria kry as hulle vrae het."

"So 'n ondersteuningstelsel nie net vir groepe nie, maar tussen jaargroepe".

(iv) Portuurgroepe is vir mekaar se behoeftes beskikbaar

Die beskikbaarheid van portuurgroepe is 'n belangrike rede waarom vriendekringe dikwels ook in dieselfde groepe ontstaan, wat dikwels tot uitsluiting van vorige vriendekringe lei. Vriendskappe word dikwels gevorm om mekaar emosioneel te ondersteun.

□ Vriendekringe word in dieselfde groepe aangetref

Die teenwoordigheid van vriende in dieselfde portuurgroepe dra by tot hul beskikbaarheid en die doeltreffende gepaardgaande ondersteuning. Hulle is werklike hulpbronne vir mekaar en is beskikbaar.

"Die enigste tyd wanneer ons in ons slaapkamers is waar ons sit en koffie drink bymekaar - as ons maar daar sit en krepeer."

"Mense raak baie geheg aan mekaar en jy raak een groot vriendekring. Jy's reeds verwyder van jou vriendekring op skool, so, baie maal as jy uitgaan in die aand sal jy ook nie laat inkom nie".

"... en dit is miskien 'n dag wat jy voel jy wil nie praat nie en net die volgende middag wil jy daarvoor praat. Ons werklike hulpbron is mekaar."

"Ons kom baiekeer ná werk bymekaar en dan pak jy net af en huil en jy praat daarvoor."

3.3.2 Die belewenisse wat met begeleiding en ondersteuning van die persoonlike aspekte verband hou

In die voorafgaande uiteensetting van die hoofkategorie wat verwys na die akademiese en kliniese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig, is die toepaslike akademiese en kliniese programverwagtings en -eise volgens die belewenisse van die respondente in oënskou geneem. Die individuele respondente ervaar die programverwagtings en -eise wat aan hulle gestel word en wat tot voltooiing van die B.Cur.-graad lei op 'n eiesoortige wyse, wat

hoofsaaklik negatief beleef word. Die begeleiding en ondersteuning ten opsigte van die akademiese en kliniese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig is in samehang bespreek.

Die belewenisse van die respondente ten opsigte van die persoonlike aspekte wat vervolgens bespreek word, dui op spesifieke leemtes in die begeleiding en ondersteuning ten opsigte van persoonlike groei. Die respondente verbaliseer dat ontoereikende begeleiding en ondersteuning meestal voorkom. Die doeltreffendheid van die lewensvaardighede waarvoor die respondente beskik, bepaal in 'n groot mate of positiewe of negatiewe belewenisse ten opsigte van die begeleiding en ondersteuning geverbaliseer sal word. Die volgende kategorieë word geïdentifiseer:

3.3.2.1 Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word ervaar.

3.3.2.2 Wisselende vlakke van lewensvaardighede manifesteer.

Die belewenisse van die respondente word geïnterpreteer volgens die aard en mate van die begeleiding en die ondersteuning ten opsigte van die beraadvoering wat hulle ervaar het. Andersinds word die lewensbegeleiding en krisisinteraksies wat hulle benodig en ontvang het, geïnterpreteer in verhouding met die intensiteit van die programverwagtings en -eise wat aan hulle gestel is.

Die belewenisse wat op ontoereikende ondersteuning as kategorie dui, word vervolgens in perspektief geplaas met die eienskappe en dimensies wat elke kategorie kenmerk.

3.3.2.1 ONTOEREIKENDE BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING WORD ERVAAR

Met betrekking tot die ontoereikende begeleiding en ondersteuning wat ervaar word, word daar veral klem gelê op die ontoereikende beraadvoering wat tydens emosioneelbelaaide situasies verleen word. Daar word ook nie voldoende lewensbegeleiding en krisisinteraksie onderneem om die respondente gedurende die verloop van die program en tydens stressituasies te begelei nie. Die volgende leemtes word dus aangedui.

3.3.2.1.1 Ontoereikende begeleiding en ondersteuning tydens emosioneelbelaaide situasies; en

3.3.2.1.2 gebrekkige lewensbegeleiding en krisisinteraksie.

3.3.2.1.1 Ontoereikende begeleiding en ondersteuning tydens emosioneelbelaaide situasies

Die respondente verbaliseer dat hulle vanaf die eerste kennismaking met verpleging gedwing word om die realiteit van die lewe in alle fasette te konfronteer, sonder dat enige begeleiding en ondersteuning pro-aktief of remediërend in emosioneelbelaaide en krisissituasies verleen word. Hierdie ontoereikende begeleiding en ondersteuning lei tot negatiewe response in die jong voorgraadse Verpleegkundestudente wat vervolgens geïnterpreteer word. Dit word in samehang met die belewenisse dat hulle in skokvolwassenheid en vroeë volwassenheid geforseer word, waartydens voorgraadse Verpleegkundestudente ontoereikende beraadvoering beleef. Die volgende response is verkry:

- A Skokvolwassenheid manifesteer.
- B Geforseerde vroeë volwassenheid kom voor.

A SKOKVOLWASSENHEID MANIFESTEER

Die uitdrukking "skokvolwassenheid" word gebruik om die respondente se vroeë kennismaking met die dood te beskryf. Dié jong volwassenes ervaar die realiteit van die dood as 'n skok aangesien hulle nie daarop voorbereid is nie. Indien 'n pasiënt sterf, ontwikkel skuldgevoelens by die voorgraadse Verpleegkundestudente wat vir die pasiënt se verpleging verantwoordelik was. Skokvolwassenheid ontstaan as gevolg van die volgende situasies.

(i) Vroeë kennismaking met die dood traumatiseer

Dié traumatiese aspek van verpleging word deur die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente met min ervaring van die realiteit van die dood as 'n skok beleef. Dit mag dikwels tot skuldgevoelens lei indien hulle die pasiënt versorg het.

□ Realiteit van die dood skok voorgraadse Verpleegkundestudente

Die respondente is onbekend met sterwensgeleiding en voel onbekwaam om hul eie en ander se gevoelens te hanteer.

"As jy 'n eerstejaar is, werk jy onmiddellik. Jy het te doen met dood en al die nare goed in die lewe - onmiddellik."

"Jy kom dadelik met die lewe in aanraking - dis iets wat jy nooit op skool geken het nie - jou ouma is miskien dood, maar jy het nooit gesien hoe gaan 'n persoon dood nie."

Skuldgevoelens manifesteer wanneer pasiënte sterf

Respondente aanvaar persoonlike verantwoordelikheid wanneer pasiënte tydens hul verpleging tot sterwe kom, wat met skuldgevoelens gepaard gaan. Dit word soos volg geverbaliseer:

"Ek het in my eerste jaar in 'n saal gewerk waar vriendinne saam 'n ou tannie gewas het. Hulle het haar klaar gewas en haar hand vasgehou en toe is sy dood. Dit was die eerste dag van verpleging - toe was hulle vas oortuig dat hulle verantwoordelik was vir haar dood."

B GEFORSEERDE VROEË VOLWASSENHEID KOM VOOR

Die belewenisse van die respondente is dat volwassenheid op hulle afgefoerseer word, wat hulle ryppedruk laat voel sodat drastiese veranderings in hul persoonlikheidsontwikkeling ontstaan. Dit gee aanleiding tot ongemak en negatiwiteit, wat blyk uit die volgende response. 'n Ervaring van geforseerde vroeë aanvaarding van verantwoordelikheid word geverbaliseer, asook hartseer oor die impak van te vroeë volwassenheid. Die situasies wat tot geforseerde vroeë volwassenheid aanleiding gee, dra tot die volgende belewenisse by.

(i) Voorgraadse Verpleegkundestudente beleef dat hulle ryppedruk word

Die normale groei tot volwassenheid word versnel, met drasties ongewenste uitkomst:

"Jy word in volwassenheid ingepluk."

"Jy word ryppedruk as 'n verpleegkundige."

(ii) Geforseerde vroeë aanvaarding van verantwoordelikheid word verwag

Die respondente beleef hulself as meer volwasse as studente van ander studierigtings as gevolg van die hoë verantwoordelikeidsvlakke wat hulle moet aanvaar.

Voorgraadse Verpleegkundestudente beleef hulself as meer volwasse as studente van ander studierigtings

Die programverwagtings en -eise vereis dat respondente 'n spesifieke rol moet vervul ongeag die vermoëns waarvoor hulle beskik, wat hulle vroeër volwasse maak as ander studente.

"As jy kyk na ons vierdejaargroep en dit vergelyk met enige ander vierdejaargroep, is ons baie meer volwasse en het ons meer verantwoordelikheid. Omtrent die helfte van die klas is reeds getroud. Jy moet net daai rol volstaan en 'n mens kry dit snaaks genoeg op die einde reg."

"Aan die einde van die program het ek vreeslik baie geleer - veral die soort situasies waarmee jy te doen kry. Dit is die snaakste gedragswyses wat jy in jou lewe gesien het - maar dit leer 'n mens baie. 'n Mens word baie meer volwasse - verseker."

(iii) Hartseer oor die impak van te vroeë volwassenheid

Respondente is van mening dat die volwassewordingsproses nie volgens sinvolle ervaring verloop nie en dat vroegtydige volwassenheid hulle van spontaniëteit en lewensblyheid ontnem wat met lewensmoegheid vergelykbaar is.

Die volgende response dui op hartseer oor die verliese wat persoonlik gely is, vergesel van 'n halfhartige toewyding dat die program wel goeie ervaring bied:

"Ja, ons word baie volwasse - 'n mens is so spontaan en naïef in jou eerste jaar - ons is nou baie volwasse, maar nogtans - ons is een-en-twintig - ons behoort nie só te wees nie."

"Die dosente het gesê ons moet rolmodelle wees - in ons eerste en tweede jaar sê hulle dit vir jou - jy moet die verpleegassistent leer - jy moet nog jou eie ervaring leer en het nie juis konsepte nie."

□ Volwassenheid vergelykbaar met lewensmoegheid

Die ervaring van die respondente dui daarop dat indien hulle 'n keuse kon doen oor die verloop van hul persoonlike groei, hulle dit anders sou wou gehad het en verbaliseer 'n gevoel van lewensmoegheid.

"Dis goéééd ... 'n goeie ervaring, maar 'n mens sou dit soms anders wou gehad het [laggie]."

"Ons is nou baie volwasse, maar nogtans, ons is een-en-twintig - ons behoort nie so te wees nie - deesdae vat dit 'n flippen goeie grap om my net te laat smile."

"Miskien is volwasse nie die woord nie - miskien is lewensmoeg eintlik die regte woord - 'n mens is sinies – so 'n so what-houding."

3.3.2.1.2 Gebrekkige lewensbegeleiding en krisisinteraksie word verleen

Respondente wys op sommige situasies waar die emosionele stres so ernstig was dat dit as 'n krisis in hul persoonlike lewe en loopbaan kon ontaard. Geen pro-aktiewe lewensbegeleiding en beraadvoering is egter gebied om hulle oor dié fases te help of om reflektoring toe te laat nie. Die algemene neiging by begeleiers en ondersteuners was om die behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente te ignoreer. Die volgende belewenisse dui op die hoë impak

wat die programverwagtings en -eise op die individuele Verpleegkundestudente se persoonlike en totale lewensruimte uitoefen en wat tot die volgende response gelei het.

A Emosionele stres manifesteer, wat dikwels as krisis beleef word.

B Min tyd word vir reflektoring gelaat.

A EMOSIONELE STRES MANIFESTEER, WAT DIKWELS AS KRISISSE BELEEF WORD

Die emosionele stres wat respondente beleef, is soms so ernstig dat dit hul lewensruimte buite die hospitaal deurdring. Dié faktor dra daartoe by dat hulle emosionele verstarring ervaar.

(i) Emosionele stres deurdring lewensruimte

Die respondente verbaliseer dat hul persoonlike leefruimte en die werksmilieu deur stres deurdring word. Alle aspekte van die respondente se lewens word daardeur oorheers, wat tot 'n totale inperking van hul lewensstyl lei.

"Dit is die verskriklikste emosionele stres en dit raak jou buite die hospitaal. Almal ervaar dit so!"

"... ja, 'n mens kan seker die werk doen - dit plaas ekstra stremming op jou - dis die psigiese sy daarvan - jy voel net almal is teen jou!"

"... 'n mens moet nie jou werk huistoe vat nie, jou wêreldjie raak só klein".

(ii) Skok en emosionele verstarring kom voor

Respondente blyk onbekwaam te wees om hoë stresvlakke in die eerste twee jaar van hul program te hanteer en beleef dit as emosionele verstarring.

"Op daai stadium was ek so geskok ek kon niks doen nie."

"Die tweede jaar het ek so gebewe - ek kon niks raakvat nie - dis nie dat jy nie prosedure kan deurkom nie - dis van stres."

"Ek het byna opgeskop daarna - ek kon dit nie hanteer nie - niemand kon verstaan hoe ek voel nie."

B MIN TYD WORD VIR REFLEKTERING TOEGELAAT

Voorgraadse Verpleegkundestudente word nie tyd gegun om hul belewenisse te bespreek met kundiges wat as begeleiers en ondersteuners kan optree nie. Hul behoeftes aan bystand word óf genegeer óf die akademiese en kliniese Verpleegkundedosente blyk onkundig te wees hoe om reflektingsessies waar te neem. Kundiges soos predikante en sielkundiges is slegs voorwaardelik beskikbaar vanweë die afspraakstelsel wat 'n wagtyd noodsaak sodat hulle dus nie as begeleiers benut word nie. Die gevolge van hierdie isolering wat ervaar word, kan tot 'n stoompot-sindroom lei weens die opgekropte gevoelens.

(i) 'n Stoompot-sindroom manifesteer

Hierdie reaksie ontstaan wanneer die respondente nie tyd inruim om hul gevoelens te verbaliseer of beraadvoering kry nie. Die resultaat mag wees dat die opgekropte gevoelens tot 'n onvoorsiene uitbarsting van aggressie mag lei. Dit kan nadelige gevolge vir die pasiënt en die voorgraadse Verpleegkundestudente tot gevolg hê, soos uit die volgende belewenis blyk.

□ Opgekropte gevoelens ontaard in onvoorsiene uitbarstings van aggressie

Respondente versuim om aan hul gevoelens uiting te gee, waardeur die opgekropte emosies dan in emosionele uitbarstings ontaard wat hulle nie verstaan nie.

"So, dis eintlik nodig dat 'n mens tyd maak om hieroor te praat. Ek het dit ondervind - jy werk nog in die saal en het net eendag hierdie uitbarsting. Jy haal dit op die pasiënt uit en hulle het nie 'n idee waarom dit gaan nie - dan is dit net omdat alles opgekrop het."

3.3.2.2 WISSELENDE VLAKKE VAN LEWENSWAARDIGHEDEN MANIFESTEER

Die wyse waarop respondente situasies benader en hanteer en die mate van volwassenheid en lewensvaardighede waarvoor die respondente beskik, word voorlopig in perspektief geplaas. Die hanteringsmeganismes wat die respondente gebruik, wissel van ontoereikend tot toereikend en is onderhewig aan die stressore wat respondente ervaar. Sommige respondente skyn beter in staat te wees om programverwagtings en -eise in die akademiese sowel as kliniese situasies die hoof te bied. Dit kan gekoppel word lewensvaardighede waarvoor hulle beskik. Die respondente word in twee groepe verdeel.

3.3.2.2.1 Voorgraadse Verpleegkundestudente wat ondoeltreffende lewensvaardighede openbaar; en

3.3.2.2.2 voorgraadse Verpleegkundestudente wat doeltreffende lewensvaardighede openbaar.

Eersgenoemde groep word vervolgens bespreek.

3.3.2.2.1 Voorgraadse Verpleegkundestudente wat ondoeltreffende lewensvaardighede openbaar

Sommige respondente toon ondoeltreffende lewensvaardighede om die programverwagtings en -eise van die beroep te hanteer, wat dui op 'n moontlike eksterne lokus van kontrole en ondoeltreffende lewensvaardighede. Die wisselende kontekse van arbeidsvreugde en die swak beroepsidentifikasie wat ervaar word, word uit die bevindings aangedui en in samehang uiteengesit. Die volgende bevindings word bespreek.

- A 'n Eksterne lokus van kontrole manifesteer by voorgraadse Verpleegkundestudente.
- B "n Verlies aan arbeidsvreugde en swak beroepsidentifikasie kom voor.

Die voorafgaande bevindings word vervolgens bespreek.

A 'N EKSTERNE LOKUS VAN KONTROLE MANIFESTEER BY VOORGRAADSE VERPLEEGKUNDESTUDENTE

Verskeie aspekte soos onvoldoende emosionele stamina, wanhoop, onvermoë om verwagtings te hanteer, lae lewensbevrediging, selftwyfel wanneer negatiewe terugvoering ontvang word, lae selfhandhawing, swak selfbelewing, swak vermoë om te prioritiseer en swak realiteitsfokus dui daarop dat persoonlike bemagtiging deur te fokus op die lokus van kontrole van Verpleegkundestudente, nie as 'n prioriteit beskou word tydens begeleiding en ondersteuning nie. Dié bevindings word vervolgens bespreek.

(i) Onvoldoende emosionele stamina manifesteer

Die neiging by sommige respondente om hul eie oortuigingsraamwerk en standpunte te verontagsaam, bring dikwels mee dat volgehoue kwaliteitsorg en persoonlike beginsels en oortuigings ingeboet word. Belewensisse van demoralisasie en ontmoediging ontstaan hoofsaaklik vanweë die idealistiese kennisoordrag en die skynbare nodeloosheid van hul take, asook die swak beleid wat in die kliniese eenhede gevolg word. Die respondente beleef dat daar min erkenning van individuele werksverwante prestasie bestaan en beleef dat hulle nie 'n verskil maak nie. Dié belewensisse word soos volg aangedui.

Demoralisasie en ontmoediging kom voor

Demoralisasie en ontmoediging word veral gekenmerk deur die swak beleid wat in die kliniese eenhede toegepas word.

"Die teoretiese oordrag van kennis is idealisties - dit werk glad nie so in die praktyk nie en dan dink jy - wel - ag en dan raak 'n mens laks."

"Hoekom die verbandkamer skoonmaak van bo na onder as dit die enigste keer per jaar is wat dit gedoen word? Dan doen jy dit in elk geval nie - die volgende maand lê die stof maar weer daar."

Min erkenning vir individuele prestasie verleen

Respondente voel ontmoedig om enige moeite met hul take te doen aangesien daar geen erkenning gegee word aan enige werksverwante prestasie wat hulle behaal nie. Hulle vind dit ook onmoontlik om hul stempel op die praktyk af te druk.

"Hoekom doen ek die moeite? Niemand stel in elk geval belang in wat ek doen nie."

"Niemand het nog ooit vir my gesê dit was 'n job well done nie."

"In die praktyk kan jy nie jou stempel afdruk nie, op die ou end doen jy dit in elk geval nie."

"Almal kry dieselfde verslag - ek bedoel, maak dit dan saak om hard te werk?"

(ii) Wanhoop word ervaar

Die gevoel wat respondente verbaliseer is een van wanhoop wanneer hulle soos deur 'n stroom meegesleur word deur die stelsel waarin hulle hulself bevind.

Ervaar dat hulle deur die stroom meegesleur word

Die respondente sien nie lig om van die sleurende mag van die hoofstroom in die stelsel los te kom nie en verbaliseer dat dit 'n kontinue proses is.

"Hierdie kwessie van hierdie stroom waarin jy verval, gaan aan - dit hou aan en aan."

(iii) Onvermoë om verwagtings te hanteer

Ten spyte van die moeilike werksituasie wat met tydsdruk gepaard gaan, stel respondente hoë en onmoontlike verwagtings aan hulself om deurlopend totaliteitsorg te verleen. Hulle ervaar skuldgevoelens indien totaliteitsorg nie verleen kan word nie. Minimalisering van eie

werksverrigting, 'n belewenis dat hulle slagoffers van vervolgers is, onbeholpenheid in die hantering van situasies en subjektiwiteit word aangedui. Eksterne faktore soos onaanvaarbare taaktoewysings en negatiewe terugvoering laat studente in hulself twyfel.

Skuldgevoelens wanneer totaliteitsorg nie verleen kan word nie

Skuldgevoelens manifesteer vanweë die onvermoë om totaliteitsorg te verleen weens tydsdruk. Hierdie neiging by respondente manifesteer ook tydens die fokusgroeponderhoude waar respondente die belewenisse wat hulle ervaar, verbaliseer.

"Al wat jy doen, is om gou 'n verband te doen, 'n pilletjie in die hand stop - jy kom nooit by die mens uit nie."

"Jy voel eintlik skuldig, want jy weet daar is nie genoeg tyd om dit toe te pas nie - jy laat soveel dinge verbygaan soos die emosionele behoeftes - allerhande dinge wat jy nie kan vervul nie - want daar is nie genoeg tyd om dit toe te pas nie."

"Haai, jy dink seker ons is vreeslik negatief."

Minimalisering van eie werksverrigting

Die respondente beskou die verpligtings wat aan hulle opgedra word as minder belangrik en beskou die take wat hulle verrig, as take wat nie op hul vlak behoort plaas te vind nie.

"... dis maar roetine-pliggies".

Slagoffers versus vervolgers

Die respondente beskou die Verpleegkundedosente as onredelik in hul beslissings oor sekere aspekte wat hulle, as die slagoffers van die beslissings, min ruimte vir eie keuses laat. Die volgende aanhalings dui daarop:

"Jy voel net alles word op jou gegooi en jy kry nie toegewings nie."

"As jy wegbly (afwesig van werk) sal hulle nie regtig uitvind of daar 'n probleem was nie."

"Daar is nou 'n geval van 'n meisie wat klierkoors gehad het. Die dosente bel om te hoor hoe dit gaan – is sy regtig siek en die volgende woorde is – dit lyk of ons maar jou program moet verleng."

"Verlede jaar is my kar gesteel, ek dink dit was Woensdag en toe besluit ek net ek is dik vir hierdie plek – ek gaan nou huistoe en ek kom ook nie weer terug nie. Ek het die matrone gebel en vir die dosent 'n boodskap gelos, want ek kon haar nie in die hande kry nie. Toe

daai Woensdagoggend, toe ek in die klas instap, sê sy sy wil my ná klas sien. Toe sê sy vir my ek moet daai ure gaan terugwerk. Dit terwyl ander mense net van die werk af wegbly. Ek sou in elk geval verlot ingesit het."

Onbeholpenheid in die hantering van situasies

Die respondente toon 'n hoë afhanklikheid van ander om sekere pligte te vervul.

"Ons het self vorms ingevul en ag, ek dink net ons is verskriklik negatief teenoor die Departement."

"Ons het pluimbal probeer speel en kon nie volhou nie - jy sukkel om plek te bespreek."

Subjektiviteit word aangedui

Die toewysing van take word subjektief beleef, terwyl die toename in akademiese druk daartoe bydra dat persoonlike konflik tussen voorgraadse Verpleegkundestudente en -dosente toeneem.

"Dis maar gemengde gevoelens [lag-lag] en hang af van die fases waarin jy verkeer. Nou kan jy na die suster gaan en met haar redeneer oor sake - dit hang af van die fases van jou lewe."

"Of jy begin net van 'n dosent hou, dan is daar weer 'n referaat - een of ander iets."

(iv) Selftwyfel ontstaan wanneer negatiewe terugvoering ontvang word

Positiewe terugvoering bepaal of die respondente bevrediging oor hul programvordering sal ervaar en is nodig om hul selfbeeld te handhaaf. Onaangename ervarings kan tot gebrek aan werksbevrediging lei.

"Elke beroep is so, jy kry positiewe terugvoer en dit gee jou daai werksatisfaksie - of jy kry negatiewe terugvoer óf geen en dit laat jou twyfel aan jouself."

"So hier en daar kry 'n mens 'n bietjie terugvoer, maar om dit te weet sal 'n mens ook boost [beaam]."

"Ja, so hier en daar hoor 'n mens iets en ons is dan verbaas - is daar eintlik iets goeds aan B.Cur.?"

"Jy hoef net een klein dingetjie te hê om jou dag te maak."

Onaangename ervarings lei tot gebrek aan werksbevreeding

Ondervindings wat 'n negatiewe uitwerking op respondente het, neig om 'n langdurige invloed op die beroepsbetrokkenheid wat hulle ervaar uit te oefen en word moeilik hanteer.

"Ek geniet dit nie (Verloskunde) want ek het 'n negatiewe ondervinding daarvan gehad - dit hang af van jou ondervinding - ek kan dit nie hanteer nie."

"Op die einde maak dit jou só negatief, omdat die hospitaal jou uittrap omdat jou maatjie nie daar is nie."

"Ja, dit hang af van die situasie."

(v) Lae lewensbevreeding word ervaar

Die respondente ervaar die derde jaar as problematies vanweë die hoë eise wat aan hulle gestel word. Die kwaliteit van hul lewens word in totaliteit verskraal, sodat onverskilligheid gepaard met sinisme manifesteer en swaarkry inherent in die program beleef word. Isolاسie en sosiale deprivasie weens werkdruk asook skade in persoonlike groei word ervaar.

Onverskilligheid gepaard met sinisme manifesteer

Die respondente herken dié eienskap in hul eie optrede. Dit word deur die volgende response bevestig:

"'n Mens is so sinies - so 'n so what-houding. In die klasse is almal so bytend, jy mag nie jou mening lug nie."

"Aan die einde van die eerste en tweede jaar was daar krappunte, maar aan die einde van die derde jaar wou ons ontplof."

"... en so het ons gehoor by almal, die derde jaar is maar so!"

Swaarkry is inherent in die programverwagtings en -eise verweef

Die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise word as 'n tipe swaarkry beskou, vergelykbaar met dié van die weermag.

"... dit was vir my regtig erg".

"... op daai stadium was dit té veel werk en akademie en alles".

"swaarkry - ek sien dit regtig as 'n tipe swaarkry - weermag - [lag-lag] "

Isolasie en sosiale deprivasie kom weens werksdruk voor

Isolasie en sosiale deprivasie vind plaas as gevolg van werksverpligtings wat voorrang geniet. Die dubbelling wat as gevolg van die akademiese en kliniese komponent van die program ontstaan, dra daartoe by dat daar geen tyd vir sosiale omgang oorbly nie.

"Die tye wat jy nie werk nie, leer jy - so daar is min sosiale tyd - vir my is dit baie erg [vererg]."

"Ek dink persoonlik dis baie hoë eise, want ons het min sosiale tyd."

"Alles het gemaak dat jy nie regtig 'n sosiale lewe gehad het nie, spesifiek in die tweede jaar."

"As jy 'n eerstejaar is werk jy onmiddellik - jy het nie 'n jol soos hulle sê nie - veral studente wat in die aand uitgaan en jy kan nie uitgaan nie, want jy is beperk deur 'n toets."

Skade word aan persoonlike groei berokken

Persoonlike groei word as sekondêr tot professionele ontwikkeling beleef. Respondente se belewenisse dui daarop dat hul toekomsvisie belemmer word. Hulle ervaar slegs 'n allesoorheersende fisieke en psigiese vermoeienis.

"Ek was voorheen 'n gemaklike mens, nou kan iets my baie gou 'optense' en ek is meer van 'n 'highstrung' mens."

"Ek kan sê 'n mens groei professioneel, maar persoonlik raak jy leer as wat jy binnekant groei."

"Wat my persoonlike groei aanbetref - ek het baie verander en dis nie as gevolg van stadiums waardeur ek gaan nie - ek's negatief."

Toekomsvisie word belemmer

Die volgende response dui op 'n voorneme by die respondente om geen verdere betrokkenheid met die hospitale te behou na programvoltooiing nie.

"Ek sal egter nie daarvan hou om in die hospitaal te werk nie."

"As ek aan myself as 'n verpleegkundige dink, sien ek myself nie as 'n B.Cur. nie."

□ **Allesoorheersende fisieke en psigiese vermoeienis word ervaar**

Die vermoeienis is allesoorheersend. Fisiek sowel as psigies, word respondente sodanig uitgeput dat normale sosiale interaksie belemmer word en selfs as onmoontlik beleef word.

- Fisieke uitputting manifesteer

Totale fisieke uitputting word soos volg geverbaliseer:

"In jou derde en vierde jaar het jy nie meer krag nie en in die aande wanneer ek die volgende dag werk, wil ek nie eers uitgaan nie - en wil ek net gaan slaap."

- Psigiese uitputting word ervaar

Bogenoemde vergesel fisieke uitputting en lei tot onttrekking uit die beroep.

"As 'n mens kyk na die invloed van die program en goed, mens begin nou weer regkom - maar jou derde jaar het jou psigies uitgeput."

"Ek praat nie meer oor my werk nie - 'n mens is nie meer lus as iemand jou vra om te sê hoe dit gaan nie - 'n mens is nie meer lus om te sê ek het dit of dat gedoen nie - ek stel nie meer belang nie."

(vi) Lae selfhandhawing manifesteer

Respondente noem dat hulle herhaalde kere aspekte moet aanvoer sonder dat resultate behaal word en toon 'n geneigdheid om te kla, waardeur hulle glo resultate behaal kan word. 'n Gekrapteplaat-geneigdheid dui hierop.

□ **Gekrapteplaat-geneigdheid kom voor**

Respondente beleef dit dat daar nie gehoor gegee word aan hul probleme nie. Hulle moet aanhoudend probleme ophaal en versoeke herhaal, sonder dat daaraan gehoor gegee word.

"Ons verwag hulle moet luister na die vorige jaar se klagtes - hulle het ook gemoan oor filosofie."

"Klein goedjies kan reggestel word. Ons groep het vreeslik gemoan - dis hoekom die groepe ná ons voordeel trek."

"Ons het in ons tweede jaar gevra, ons het gemoan oor filosofie - hierdie jaar doen die tweedejaars 'n ander soort filosofie."

(vii) Swak selfbeleving kom voor

Die respondente onderdruk hul emosies ter wille van professionele etiek en laat toe dat ander oor die emosies wat hulle ervaar, besluit. Dié neiging dra by tot die ervaring van gevoelens van depersonalisasie en maak plek vir kinderlike response.

Depersonalisasie word as gevolg van professionele etiek ervaar

Respondente beleef dat hulle nie emosies mag wys in krisissituasies nie, omdat hulle te alle tye professioneel moet optree. Hierdie professionele optrede wat deurgaans gehandhaaf moet word, sonder opheffing van die emosionele eise wat die beroep stel, skep 'n gevoel dat daar nie aan hul emosies aandag gegee mag word nie.

"Partykeer is jy ook hartseer, moeg of het 'n probleem en as jy 'n B.Cur. is, mag jy nooit emosies wys nie - mag nooit kwaad word nie - nie huil nie - jy moet hierdie staalvrou wees, wat veronderstel is om ook 'n familie te hê!"

"Verlede jaar het ek 'n absolute vreeslike krisis in my lewe beleef. Op 'n stadium het ek uit die saal gegaan en gehuil. Een van my dosente het my 'n maand na die tyd gesê, dit was baie onprofessioneel dat ek voor pasiënte gehuil het - ek mag glad nie emosies wys nie en ek moes haar kom sien. Toe moet ek hoor ek moet 'n psigiater gaan sien, want ek kan nie met my probleme werk nie."

(viii) Swak vermoë om te prioritiseer, manifesteer

Die respondente beleef 'n tweestryd weens hul onvermoë om reg te laat geskied aan alle aspekte van die studente-aktiwiteite saam met die akademiese en kliniese vereistes wat gestel word.

Tweestryd oor deelname aan studente-aktiwiteite kom voor

Die wenslikheid van hul deelname aan studente-aktiwiteite veroorsaak konflik by respondente, aangesien hulle vele verpligtings en emosionele aansprake nie ruimte laat vir aktiwiteite behalwe die akademie nie.

"Ander studente gaan tekere - jy kan dit ook doen, maar jy het darem die ander goed ook wat jy moet verwerk, wat nogal baie moeilik is."

(ix) Swak realiteitsfokus word geopenbaar

Die respondente maak gebruik van verdedigingsmeganismes wat op swak realiteitsfokus dui. Deur van hierdie verdedigingsmeganismes gebruik te maak, ontken en ontwyk hulle die realiteit van die kliniese en akademiese verpligtings wat aan hulle gestel word. Die belewenisse wat geverbaliseer word, dui ook op rasionalisering en projekteer negatiwiteit teenoor die Verpleegkundedosente.

□ Ontkenning en ontwyking van die realiteit vind plaas

Deur van hierdie verdedigingsmeganisme gebruik te maak, versag respondente hul persepsie van die eksterne realiteit en erken hulle nie wat hulle ervaar nie. Die belewenisse wat geverbaliseer word, dui op ontkenning en ontwyking, wat nodig blyk te wees om die program te oorleef.

[Gelag]"..... *nog net een dag - moet jou nie daaraan steur nie, bly nou net een dag positief.*"
[intense konsensus].

"Hierdie jaar is asof ek in die weermag moes wees - ek het dit gedoen en ek is nie dood nie [gelag] nog net een dag."

" 'n Mens is nie meer lus as iemand jou vra om te sê hoe dit gaan nie. Jy sê goed en verander die onderwerp."

"Dit gaan oor hanteringsmeganismes ook. As iemand op jou kop gaan pik en jy weet jy het jou bes gedoen - ek weet nie - ek sal my nie daaraan steur nie."

□ Rasionalisering manifesteer

Die responente verbaliseer indirek dat misbruik vir hulle aanvaarbaar is, en neig om die verantwoordelikheid vir nie-nakoming van pligte te verbloem en te verplaas, soos uit die volgende respons blyk.

- Misbruik is toelaatbaar

Die volgende response dui op hierdie neiging by respondente:

"Jy kry die snaaksste gedragswyses wat jy in jou lewe gesien het - so dis eintlik die tipe interaksies wat 'n mens gehad het."

"Swaarkry - ek sien dit regtig as 'n tipe swaarkry - weermag! [Lag-lag] dit was nie lekker nie - dit het my goed gedoen."

- Verbloeming van swak taakverrigting vind plaas

Enkele respondente beleef dit as onnodig om individueel 'n verskil te probeer maak.

"Niemand anders doen dit so nie - so hoekom moet jy dit doen?"

"Niemand wou ons glo nie - toe het ons nie tyd vir 'n vergadering gehad nie."

- Eie ontoereikendheid word op die Verpleegkundedosente geprojekteer

'n Gevoel van bedreiging deur en negatiewe teenoor die Verpleegkundedosente word deur enkele respondente aangedui. Uit die hanteringsmeganismes wat respondente gebruik, is dit duidelik dat hulle hul eie ontoereikendheid op die Verpleegkundedosente projekteer.

"Jy voel nie 'n dosent is 'n hulpbron nie – daar is 'n gevoel van bedreiging - jy beleef die dosent as negatief."

B VERLIES AAN ARBEIDSVREUGDE EN SWAK BEROEPSIDENTIFIKASIE MANIFESTEER

Die verlies aan arbeidsvreugde ontstaan veral as gevolg van die respondente se belewenis dat hulle nie 'n verskil kan maak nie. Ten spyte van positiewe pogings wat hulle aanwend, put hulle geen bevrediging uit hul werk nie. Die belewenisse van die respondente dui aan dat hulle beroepsverwante kommunikasie ontwyk, dat hulle 'n progressiewe verlies aan werksbetrokkenheid ervaar en min verantwoordelikheid neem om negatiewe situasies reg te stel. Persoonlike werksbevrediging ontbreek en hulle raak nie betrokke nie. Hulle ervaar ook dat die akademiese vordering die kliniese werksverrigting oorskadu. Die ontnugtering met die rolmodelle en die uiterste frustrasie met die werksverwante stres vererger die verlies wat aan arbeidsvreugde ervaar word.

(i) Ontwyking van beroepsverwante kommunikasie kom voor

Respondente toon min belangstelling om oor beroepsaspekte te kommunikeer en stel glad nie meer belang nie of skuif werksverwante sake weg.

"Jy is nie meer lus om te sê jy het dit of dat gedoen nie - ek stel nie meer belang nie - ek praat nie meer oor my beroep nie."

"Vir my was dit erg. Dit het okay gegaan - op die einde hanteer jy dit - 'n mens skuif die akademie weg - jy kom daardeur - ek het 'gesosial' in my derde jaar".

(ii) Progressiewe verlies aan werksbetrokkenheid vind plaas

Die onvermoë om 'n verskil te maak, lei tot 'n progressiewe verlies aan werksbetrokkenheid. Respondente beleef dit asof hulle wegwyn.

"Vorige jare het ek uitgesien daarna om te gaan werk - deesdae is dit nie vir my meer 'n vreeslike vreugde nie."

"... as jy die hele tyd ander se siening volg - op hierdie stadium gaan jy 'floor' as jy dit volg."

"Ek wil doodeerlik wees - ek het agtergekom ek gaan nie regtig 'n verskil maak nie."

"Dit laat jou wegwyn - jy voel later 'hoekom doen ek die moeite? "

(iii) Persoonlike werksbevrediging ontbreek

Weinig persoonlike vreugde word uit verpleging geput en die gebruik van ontvlugting om die werklikheid te ontsnap, slaag nie werklik nie.

"Prof X het altyd vir ons gesê ons moet vir onself 'n oase skep waarheen ons kan vlug as dinge te veel raak, maar daai oase is 'n illusie."

"Daar kom baie dae wat jy voel jy's keelvol, jy kan nie meer nie en voel net lus om op te skop."

(iv) Akademiese vordering oorskadu kliniese werkverrigting

Akademiese prestasie bepaal die programvordering van die respondente, aangesien hulle slegs die program kan voltooi indien hulle alle hoofvakke slaag. Dit dra daartoe by dat die klem mettertyd op akademiese prestasie geplaas word, met die hoofsaaklike doel om voorgraadse Verpleegkundestudente suksesvol vir eksamens in die kliniese en teoretiese komponente voor te berei. Die respondente beskou die neiging by sommige akademiese Verpleegkundes dosente om hul werksprestasie in die kliniese eenhede te ignoreer, as demotiverend vir die positiewe werksbevrediging wat hulle daaruit put.

"Jy werk fisies met mense, maar jy kry nie werksatisfaksie nie, want jou werk en positiewe belewenisse ten opsigte van die beroep en die program word doodgesmoor deur jou akademiese."

"Ons weet nie hoe dit voel om satisfaksie te kry in die akademiese nie. Dis min dat jy goed voel in 'n toets."

(v) Swak identifikasie en ontnugtering met die verpleegberoep kom voor

Swak identifikasie met die rolmodelle en uiterste frustrasie manifesteer weens werksverwante stres wat ervaar word. 'n Gevoel van ontnugtering met en spyt oor hul beroepskeuse word geverbaliseer.

"Daar is 'n groot gaping tussen rolmodelle in die hospitaal. Ek dink kwaliteitpersoneel neem deeglik af as gevolg van politieke omstandighede in die land – [almal lag senuagtig] dis moeilik om jouself met hulle te identifiseer – so, 'n mens moet jou eie ding doen en goed doen."

"Ek weet hulle bedoel dit goed - baie keer is die vlak van verduideliking nie soos ons dit leer nie en seker omdat ons 'n minderheid is - oor die algemeen is daar weer ander soort opleiding en kategorieë - dis meer indiensopleiding."

"As ek dink aan myself as 'n verpleegkundige sien ek myself nie as 'n B.Cur. nie - dis al wat ek sê. Ek is eintlik spyt ek het op X kom swot."

(vi) Frustrasie manifesteer vanweë werksverwante stres

Respondente beleef hoë frustrasievlakke wat veral voortspruit uit taakonderbrekings, oorvleueling tussen vakke in die program en die min geleentheid vir teoreties-kliniese integrasie. Die belewenisse word onder die spesifieke hoofde bespreek.

Taakonderbrekings vind plaas weens die personeeltekort

Taakonderbrekings as gevolg van die deurlopende personeeltekort word in die volgende situasie ervaar, wat met frustrasie gepaard gaan.

".. jy is besig met verbande - jou hande is geskrop en dan moet 'n pasiënt na die teater gehaal word en daar is niemand anders nie - dis baie frustrerend in die middel van 'n taak."

Min geleentheid tot teoreties-kliniese integrasie

Die swak integrasie lei tot foutiewe werkswyses, wat in die toetse as gevolg van foutiewe leerervarings manifesteer.

"Jy leer iets in die teorie, maar jy kan dit nie toepas in die praktyk nie - of hulle gee jou nie die geleentheid nie - dis regtig frustrerend....."

3.3.2.2 Voorgaadse Verpleegkundestudente wat doeltreffende lewensvaardighede openbaar

Enkele voorgaadse Verpleegkundestudente toon doeltreffende lewensvaardighede ten einde die programverwagtings en -eise redelik goed te hanteer. Die positiewe aspekte van voorgaadse verpleegonderrig word deur enkele respondente uitgelig. Die belewenisse is ten spyte van blootstelling aan ervarings wat soortgelyk is aan dié wat deur die respondente met ondoeltreffende lewensvaardighede geverbaliseer is, meer positief van aard. Die behoefte bestaan dat hul eie oortuigingsraamwerk erken behoort te word en hoër selfhandhawende gedrag word openbaar. Dit mag moontlik daartoe bydra dat meer positiewe belewenisse voorkom, wat lei tot uitgesproke tevredenheid met hul beroepskeuse.

Die subkategorieë waaronder die aspekte bespreek word, sluit die volgende positiewe belewenisse in.

- A 'n Interne lokus van kontrole kom voor.
- B Arbeidsvreugde en beroepsidentifikasie kom voor.

A 'N INTERNE LOKUS VAN KONTROLE KOM VOOR

Die respondente beleef hul eie oortuigingsraamwerk as belangrik. hulle neem standpunt in, toon vertroue in hul eie vermoëns en is bereid om verantwoordelikheid vir hul eie besluite te neem.

(i) Eie oortuigingsraamwerk benodig erkenning

Die respondente beleef hul eie oortuigingsraamwerk as belangrik. Hulle neem standpunt in, toon vertroue in hulle eie vermoëns en is bereid om verantwoordelikheid vir hulle eie besluite te neem.

Standpuntinname is belangrik

'n Bevestiging van bogenoemde word weerspieël in die volgende response:

"Ek is bly dat ek 'n voorspraak vir pasiënte kan wees."

"Hierdie kwessie van hierdie stroom waarin jy beland, gaan aan ... dit hou aan en aan en ek het net besluit, ek gaan anders wees - as jy wil kán jy dit verander."

"Iemand het eenkeer vir my gesê - dit maak nie saak wat die ander sê nie - as jy net weet jy het gedoen wat die beste vir die pasiënt is - dít is die absolute siening wat ek volg, want dit help nie jy gaan volgens ander mense nie."

Vertroue in individuele vermoëns bestaan

Respondente verkies om hul eie vermoë in situasies te toets en die afwesigheid van struktuur in sommige kliniese eenhede strek soms tot hul voordeel.

"Wat nogal tot ons voordeel strek as gevolg van die onbetrokkenheid van die saalsuster - nou het ons meer mag - ons kan meer doen soos ons dink - ek gaan vandag in die saal só doen en niemand gee om nie."

"... niemand kan iets sê nie - daar is nie regtig beleid nie - jy kan jou individualiteit toepas".

"Dis vir my lekker om op eie inisiatief aan te gaan, soos wat gebeur het, ek het die pasiënt geressusiteer. Dis so lekker as jy naastenby weet watter rigting om te gaan en belangstel daarin."

Verantwoordelikheid word vir eie besluitneming aanvaar

Die respondente identifiseer sekere leemtes, maar daar is terselfdertyd 'n besef dat om 'n verskil te maak, hulle meer op die positiewe moet konsentreer. Dit is noodsaaklik dat die leemtes deur die professionele verpleegkundiges self reggestel moet word. Die wil bestaan om 'n verskil aan situasies te maak. Die respondente laat dit soos volg blyk:

"Ons wil regtig 'n verskil maak, maar dis moeilik."

(ii) Hoë selfhandhawing manifesteer

Die response wat bogenoemde staaf, is die bemagtigingstem wat teen onredelike taakverwagtings uitgebring word. Hulle voel ook dat kritiese denkvaardighede erken moet word.

Bemagtigingstem teen onredelike taakverwagtings uitgebring

Die uitsprake is hoofsaaklik gerig op geneeshere wat van voorgraadse Verpleegkundestudente verwag om hul pligte te onderbreek en toerusting aan hulle te voorsien. Hulle voel ook dat hul kritiese denkvaardighede erken moet word.

"Wat nogal gebeur is die vierde- of sesdejaar mediese studente vra jou - ek wil hierdie prosedure uitvoer of ek wil 'n infusie opsit, bring asseblief die toerusting. Wat ek gewoonlik doen is, sê, kom ek wys jou waar alles is."

"... en baie van hulle het dit aanvaar, die dokters self, ek het hulle ook al gewys, dan doen hulle dit".

"... toe vra ek wat is verkeerd met sy hande en die dokter het dit toe aanvaar en het toe daarna gesê hy besef dis nie eintlik waarvoor ons daar is nie".

□ Vereis dat kritiese denkvermoë en inisiatief erken moet word

Die respondente beleef hulself as leergierig en as beskikkend oor inisiatief en kritiese denkvermoë. Hulle beleef frustrasie oor die beperkings wat deur Verpleegkundedosente en kliniese personeel sowel as professionele eenheidsverpleegkundiges op hulle geplaas word, aangesien dit hulle van eie inisiatief weerhou. Ervaringsleer word terselfdertyd hoog geag. Dié belewenisse word vervolgens bespreek.

• Voorgraadse Verpleegkundestudente beskou hulself as leergierig

Die selfbelewenis van voorgraadse Verpleegkundestudente dui daarop dat hulle leergierig is.

"Ons is bekend daarvoor dat ons baie vrae vra."

"Dis baie lekker om iets te leer en as jy die dag die saal uitstap ... toe word ek geleer in die saal en jy kan dit doen voordat jy dit in die klas geleer het en - o! jy het dit reggedoen en daar kan ek verbeter - 'n mens moet net die kans kry!"

"Dis baie moeilik, ons word geleer om baie vrae te vra in ons opleiding - ons dosente leer ons, alles wat ons leer, moet ons bevraagteken. Jy glo nie alles wat hulle sê nie - ook in die klas vra jy."

"Veral in die hospitaal sukkel jy - hulle wil nie hê jy moet so baie vrae vra nie - ons moet net ons werk doen en klaarky."

• Beskik oor inisiatief en kritiese denkvaardighede

Die respondente beleef die rigiede riglyne as beperkend en benadruk die feit dat dit as 'n vereiste by universiteite gestel moet word om denkvaardighede en kreatiwiteit te ontwikkel. Die behoefte aan meer inisiatief blyk uit die volgende response:

"Toe vra die dosent hoekom doen jy dit? Toe verduidelik ek en toe sê sy dis reg en ek kry my punte. Ek dink die eerste jaar moet hulle nie die prosedure afdwing nie, net die begrip tuisbring."

"Ons móét meer inisiatief hê!"

"Ek bedoel dis tog waaroor universiteit gaan - jou eie inisiatief en denke ontwikkel."

- **Ervaringsleer en outonomie word hoog geag**

Ervaringsleer word hoog geag en positief beleef, aangesien dit die werklike situasie weerspieël en die kennis van die respondente sodanig verbeter dat hulle outonoom besluite kan neem.

"... toe word ek geleer in die saal en jy kan dit doen, voordat jy dit in die klas gedoen het."

"... ek sal B.Cur. langer maak, meer tyd in die praktyk deurbring - jy leer makliker vir die eksamens as jy die goeters kan herroep uit die praktyk."

"Jy kan jou eie gedagtes en goed wat jy ervaar in die praktyk neerskryf."

B ARBEIDSVREUGDE EN BEROEPSIDENTIFIKASIE KOM VOOR

Die positiewe belewenisse sentreer rondom die beloning wat inherent in die verpleegpraktyk voorkom en onderhewig aan redelike programverwagtings en -eise is. Die korrekte inligting oor die beroep moet deurgegee word en die voorgraadse Verpleegkundestudente dui aan dat hulle hul beroepskeuse aanvaar.

(i) Beloning inherent aan verpleegberoep ervaar

Die kliniese praktyk bring belonings vir dié aspekte wat demotiveer. Die volgende response plaas die positiewe belewenisse van enkele respondente oor die kliniese praktyk in perspektief.

"Daar is aan die ander kant vir my meer positiewe goed daarin - dit maak op vir daai een ding wat sleg is."

"Dis prakties verskriklik lekker om by X te werk, die mense hanteer ons lekker."

"Ek weet nie, ek voel gelukkig, dis vir my lekker by die werk."

"Soos gister het ek lekker gewerk en daar is baie positiewe ervarings."

(ii) Korrekte inligting aangaande verpleegberoep noodsaaklik

Daar is die oortuiging by die respondente dat die korrekte inligting oor die vereistes vir en van die verpleegberoep aan die publiek weergegee moet word. Hierdie belewenisse word soos volg aangedui:

"Ek dink dis ons verpleegkundiges se taak om die publiek in te lig, want as jy hulle nie inlig nie, gaan hulle nooit weet wat gaan aan nie - as iemand vra: dra jy bedpanne rond, moet jy die korrekte inligting gee - dis ons skuld, jy moenie lag as iemand vra dra jy bedpanne rond nie. Jy moet die korrekte inligting gee."

(iii) Redelike programvereistes bevorder tevredenheid

Die positiewe houding teenoor die beroep begin weer na vore kom wanneer die hoë uitputting as gevolg van verminderde aansprake op die tyd en fisieke vermoëns van die Verpleegkunde-studente verminder. Die volgende belewenisse dui daarop:

"Maar overall as 'n mens kyk na die invloed van die program en goed - mens begin nou weer regkom, maar jou derde jaar het jou psigies uitgeput."

"Verpleging is harde werk en die eise is rêrig erg, maar die persoonlike satisfaksie maak op daarvoor."

"Ek het myself hierin gedompel, nou moet ek met hierdie hartseer saamleef. Daar is aan die ander kant vir my meer positiewe goed daarin - dit maak op vir daai een ding wat sleg is."

(iv) Aanvaarding van beroepskeuse

Enkele respondente beklemtoon dié positiewe aspekte en is bereid om hul beroepskeuse te aanvaar, ten spyte van negatiewe aspekte.

"Ek verstaan nie hoe julle so 'ugh' voel nie, want ek is happy."

"Ek het myself hierin gedompel en nou moet ek met hierdie hartseer saamleef. Daar is aan die ander kant vir my meer positiewe goed daarin - dit maak op vir daai een ding wat sleg is."

Die bogenoemde belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente voltooi die bevindings, wat volledig in perspektief geplaas is na aanleiding van die fokusgroeponderhoude wat getranskribeer is. Die hoofstuksamevatting word vervolgens onderneem.

3.4 HOOFSTUKSAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die fokusgroepe wat gerealiseer het, aangedui.

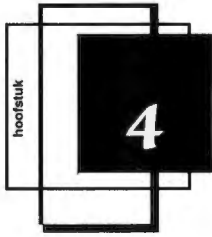
Die koderingsaantekeninge wat na aanleiding van oop kodering bevind is, word onder twee hoofkategorieë uiteengesit. Die hoofkategorieë word voorlopig onder die belewenisse wat met professionele en persoonlike aspekte verband hou, ingedeel. Kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë word, hoewel dit vervleg voorkom, ter wille van duidelikheid apart aangedui.

Die belewenisse wat met die hoofkategorie, **professionele aspekte** van voorgraadse verplee-onderrig verband hou, behels die akademiese en kliniese aspekte wat as kategorieë aangedui word. Ten opsigte van die belewenisse wat met die akademiese aspekte verband hou, word veral die onrealistiese programverwagtings en -eise, asook die wisselende akademiese

begeleidings- en ondersteuningservarings, met negatiwiteit beleef. Dié subkategorie, naamlik die onrealistiese programverwagtings en -eise, word in verdere kategorieë verdeel. Hieronder resorteer die oorbelade program, die onrealistiese kennisoordrag, die wisselende kontekse en standarde tussen jaargange, die dubbelling wat ontstaan weens die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise, asook die ontoereikende kliniese integrasie wat voorkom. Elk van hierdie verdere kategorieë word in perspektief geplaas, sodat digtheid ten opsigte van hul eienskappe en dimensies verkry kan word. Die belewenisse wat met die kliniese aspekte van voorgraadse verpleegonderrig verband hou, dui die volgende subkategorieë aan. 'n Disfunksionele kliniese milieu word ervaar, die organisasieklimaat kom vyandig voor en daar is ontoereikende organisatoriese strukture teenwoordig. Die begeleidings- en ondersteuningservaring deur die multidissiplinêre span wissel. Verdere ontwikkeling van die subkategorieë is onderneem ten opsigte van die eienskappe en dimensies waaroor dit beskik.

Ten opsigte van die belewenisse wat met die hoofkategorie - **persoonlike aspekte** van voorgraadse verpleegonderrig - verband hou, word twee kategorieë geïdentifiseer wat ervarings van ontoereikende begeleiding en ondersteuning asook wisselende vlakke van lewensvaardighede aandui. Die ontoereikende begeleiding en ondersteuning word veral tydens emosioneelbelaaide situasies, asook ontoereikende lewensbegeleiding en krisisinteraksie gekenmerk. Wisselende vlakke van lewensvaardighede kom voor. Twee groepe voorgraadse Verpleegkundestudente word geïdentifiseer, wat onderskeidelik ondoeltreffende en doeltreffende lewensvaardighede openbaar. Ondoeltreffende lewensvaardighede word hoofsaaklik deur 'n skynbaar eksterne lokus van kontrole en die verlies aan arbeidvreugde en beroepsidentifikasie gekenmerk. Doeltreffende lewensvaardighede dui veral daarop dat voorgraadse Verpleegkundestudente 'n interne lokus van kontrole handhaaf en dat arbeidvreugde en beroepsidentifikasie manifesteer, sodat hulle positiewe belewenisse oor hul beroepskeuse ervaar.

Dit blyk dus samevattend dat die belewenisse van die professionele en persoonlike aspekte van voorgraadse verpleegonderrig hoofsaaklik negatief deur die meerderheidsgroep voorgraadse Verpleegkundestudente beleef word, terwyl 'n minderheidsgroep tog positiewe belewenisse in beide aspekte aandui.



RESULTATE VAN DATA-ONTLEDING VOLGENS AKSIALE KODERING

4.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is oop kodering gedoen, waardeur data ontleed is ten einde die eienskappe en dimensies van kategorieë te bepaal. In hierdie hoofstuk word aksiale kodering as die tweede stap in data-ontleding onderneem. Volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:97) word aksiale kodering aangewend om kategorieë verder te onderverdeel ten einde verskeie subkategorieë en verdere kategorieë te ontwikkel. Tydens aksiale kodering word die fokus geplaas op die spesifisering van 'n kategorie (fenomeen) in terme van die toestande wat daartoe aanleiding gee, die konteks of spesifieke eienskappe waarin dit ingebed lê, die aksies of interaksionele strategieë waardeur dit gehanteer word en die gevolge wat die strategieë meebring. Die spesifiserende eienskappe van 'n kategorie verleen digtheid. Hoewel daar in wese so nuwe kategorieë ontwikkel, word dit as subkategorieë en verdere kategorieë benoem wat dan in verhouding tot die kategorieë geplaas word. Daar word dus gekonsentreer om die data op 'n nuwe wyse saam te voeg nadat oop kodering gedoen is. Tydens aksiale kodering word hierdie subkategorieë en verdere kategorieë aan die kategorieë verbind deur die paradigmamodel. Laasgenoemde bestaan uit verskeie komponente, waarvolgens die data sistematies georden word. Daar word nie in hierdie stadium verwys na die oorhoofse teoretiese verbinding van hoofkategorieë om 'n teorie te vorm nie. Slegs die ontwikkeling van die individuele kategorieë word beoog, wat uiteindelik as een van onderskeie hoofkategorieë behoort te ontwikkel (Strauss & Corbin, 1990:97). Sommige van die kategorieë verwys na spesifieke fenomene, ander na toestande wat aan die fenomeen verwant is. Sommige verwys weer na aksies of interaksies (strategieë) om die fenomeen te bestuur, terwyl ander kategorieë die gevolge van die aksies en interaksies met die fenomeen aandui.

Die paradigmamodel wat benut word om subkategorieë aan kategorieë te verbind, bestaan uit die volgende komponente waarna slegs kortliks verwys sal word. 'n Volledige uiteensetting is reeds in Hoofstuk 2 gegee waar die proses van aksiale kodering as stap 2 van die koderingstegnieke vir data-ontleding beskryf is (sien 2.3.1.2.2). Dit is naamlik:

- Die *fenomeen* wat die sentrale idee aandui waarna die data verwys;
- die *kousale* toestande wat die voorvalle aandui wat tot die ontwikkeling van die fenomeen aanleiding gee;
- die *konteks* of spesifieke eienskappe van die fenomeen verteenwoordig die aspekte waarteen interaksionele strategieë geneem word om die fenomeen te hanteer of daarteen te reageer. Dit verteenwoordig ook die spesifieke stel toestande waarin die aksies en interaksies as strategieë aangewend word om die fenomeen te bestuur, hanteer, uit te voer, of daarop te reageer;
- die *aksies en interaksionele strategieë* waardeur die fenomeen gehanteer of daarteen gereageer word;
- die *inmengende veranderlikes* wat aspekte wysig deur dit te fasiliteer of te rem; en
- die *gevolge* wat ontstaan vanweë aksies wat geneem of nagelaat word.

Tydens die proses van kategorieverbinding word voortdurend tussen oop en aksiale kodering beweeg.

Die verdere verloop van aksiale kodering word vervolgens slegs prosesmatig aangedui.

4.2 DIE VERBINDING EN ONTWIKKELING VAN KATEGORIEË DEUR MIDDEL VAN DIE PARADIGMAMODEL

Hierdie proses word gedoen deur vrae te vra en vergelykings te tref ten einde die verhoudings waarin een kategorie tot die ander staan, vas te stel. Die proses van aksiale kodering is kompleks van aard. Vier verskillende analitiese tegnieke word gebruik, wat soos volg verloop:

- 4.2.1 Die hipotetiese verbinding van subkategorieë aan kategorieë deur middel van stellings wat die aard van die verhoudings tussen die twee soorte kategorieë en die fenomeen aandui, naamlik of dit 'n toestand, 'n aksie of interaksionele strategie is wat gevolg word om die toestand te beheer óf te bestuur óf die gevolg van die aksies/interaksies aan te dui;
- 4.2.2 die verifiëring van die stellings teen die werklike data wat bevind is;
- 4.2.3 die verdere ontwikkeling van kategorieë en subkategorieë deur 'n deurlopende soeke na die eienskappe van kategorieë en subkategorieë en die dimensionele lokalisering van data wat aanduidend van die eienskappe is; en

4.2.4 die begin van eksplorering ten opsigte van variasie in die fenomeen deur elke kategorie en subkategorie vir verskillende patrone te ondersoek. Laasgenoemde word ontdek deur vergelyking van die dimensionele lokalisering van die eienskappe van die kategorieë.

Die voorafgaande analitiese tegnieke word vervolgens kortliks bespreek.

4.2.1 Die hipotetiese verbinding van subkategorieë aan kategorieë

In aksiale kodering word die aard van die vrae wat gestel word daarop gerig om verhoudings tussen die fenomeen en die kategorieë vas te stel. Daar word vasgestel of die verhoudings tussen die fenomeen en die kategorieë daarop dui of die kategorie 'n kousale toestand, die konteks, die inmengende veranderlikes, die aksies of interaksionele strategieë na aanleiding daarvan of die gevolge van die fenomeen aandui.

4.2.2 Die verifiëring van stellings teenoor werklike data wat bevind is

Nadat die vrae na die verhoudings deur steekproefneming vanuit die data bevestig is, word dit na verhoudingsverklarings verander. Laasgenoemde sal slegs in breë algemene stellings weergegee word. Die interaksies en gevolge sal nie in alle gevalle deur die verhoudingsverklarings bevestig word nie. Die situasies waarin die verhoudingsverklarings egter nie toepaslik is nie, word vasgestel en bevestig, sodat variasie, diepte en digtheid aan die teorie verleen sal word. Die verhoudingsverklarings wat induktief en deduktief afgelei en in stellings weergegee is, word teenoor die data bevestig en geverifieer. Dit vind plaas deurdad voorvalle en gebeure wat die vrae weêrlê of ondersteun, bevestig word.

4.2.3 Verdere ontwikkeling van kategorieë en subkategorieë in terme van hulle eienskappe en dimensionele lokalisering van die eienskappe van kategorieë

Ontwikkeling ten opsigte van die eienskappe van kategorieë en subkategorieë noodsaak 'n deurlopende soeke na nuwe eienskappe en dimensies wat meehelp dat variasie in die teorie bewerkstellig en konseptuele digtheid en spesifisiteit verleen word. Daar word dus voortdurend vir bewyse gesoek waardeur vrae en stellings van verhoudings en alternatiewe daarteen vasgestel word om die voorgestelde verhoudings te ondersteun. Alle kategorieë wat uit die data

geverifieer word, word vir verdere eienskappe en dimensionalisering ondersoek. Dit word gedoen tot elke voorval uit die data ontwikkel en vergelyk is in terme van die eienskap wat dit teenwoordig en die dimensies van die eienskap wat dit verteenwoordig, vasgestel is.

4.2.4 Die begin van eksplorering ten opsigte van variasie in die fenomeen deur kategorieë en subkategorieë vir patrone te ondersoek

Die proses van verbinding deur middel van die paradigmamodel begin reeds tydens aksiale kodering. Hierdeur begin patrone uit die data na vore kom in terme van die dimensionele lokalisering van gebeure wat na die eienskappe van die fenomeen verwys. Die komponente van die paradigmamodel word gevolg.

'n Voorbeeld word aangehaal om die paradigmamodel en die vorige stappe te verduidelik.

• Voorbeeld:	Die fenomeen: destruktiewe dissipline en misbruik van mag kom voor en word as 'n kategorie aangedui.
• Konteks waarin dit voorkom:	In die kliniese eenhede van hospitale waar voorgraadse Verpleegkundestudente leerervarings opdoen.
• Toestande wat aanleiding mag gee:	Personeeltekort en werksdruk, in samehang met outoritêre gedrag wat professionele eenheidsverpleegkundiges handhaaf.
• Aksies en interaksies:	Vernederende interaksies tussen voorgraadse Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges wat voor pasiënte plaasvind en kliniese vorderingsverslae wat daaropvolgend as tugmiddels gebruik word deurdat dié insidente daarop vermeld word.
• Inmengende veranderlikes wat aspekte wysig:	Die toestande wat vererger weens werksdruk of wat mag verbeter namate werksdruk verminder.

• **Gevolge:**

Stres en konflik asook blootstelling en bedreiging word deur die voorgraadse Verpleegkunde-studente ervaar. Die vertrouensverhouding tussen die twee groepe personeel word versteur.

Bogenoemde ontwikkeling volgens die paradigmodel dui dus voorlopig aan watter komponent van die paradigmodel deur elke eienskap van die kategorie verteenwoordig word. Die data word vervolgens ondersoek om die ooglopende bevindings te bevestig. Verdere aksies en interaksies wat op vernedering as gevolg van destruktiewe dissipline dui, word bevestig. Só kan die dimensies wat die fenomeen aanneem, vasgestel word. Ook kan vasgestel word of ander kontekste bestaan waarin soortgelyke toestande voorkom, die aksies en interaksies wat spesifiek in hierdie kontekste voorkom en die inmengende veranderlikes wat die toestande mag wysig en die gevolge wat dan ontstaan, asook in watter mate dit die vertrouensverhoudings versteur. Die gevolge wat manifesteer, byvoorbeeld, deurdat persone moontlik as gevolg hiervan bedank en of dit slegs 'n algemene of geïsoleerde voorval was, bepaal die omvang en soort van die strategieë wat aangewend behoort te word tydens begeleiding en ondersteuning. Die verduideliking dui op die eienskappe van destruktiewe dissipline en die eienskappe wat dit openbaar en die dimensies wat dit aanneem.

Patrone wat uit die data voortspruit, ontstaan weens die eienskappe van 'n fenomeen en die moontlike verskille in die wyse waarop persone hierdie eienskappe ervaar en verbaliseer. Dit mag weer die dimensionele reikwydte van die eienskappe aandui. Die patrone mag soos volg varieer. Erge destruktiewe dissipline mag in besige chirurgiese eenhede voorkom en minder tekens daarvan kan byvoorbeeld in die diabetiese kliniek sigbaar wees. Die inmengende veranderlikes wat dan die remediëring van hierdie toestand in die besige chirurgiese eenhede sal rem, sal dan die moeilikheidsgraad en werksdruk van die kliniese eenhede wees. Die kompleksiteit van dié metode is inherent daarin geleë dat verskille binne en tussen kategorieë vasgestel word sodat data wat ooreenkom, in patrone en uiteindelik in kategorieë ingedeel kan word. Die rede is dat die ooreenkomste wat tussen kategorieë vasgestel word, aan die kern van begronde teorie lê.

Daar word vervolgens ook kortliks verwys na die redeneringstegnieke waardeur data geverifieer word.

4.2.5 Redeneringstegnieke waardeur data geverifieer word

Induktiewe en deduktiewe redeneringstegnieke word deurlopend gebruik. Induktiewe afleidings word vanuit die data gemaak, waarna verhoudingsverklarings tussen eienskappe en dimensies van kategorieë deduktief vasgestel word. Deur voorvalle te vergelyk, behoort die voorlopig gestelde verhoudings telkens deur die data ondersteun te word (Strauss & Corbin, 1990:11). Daar is in hierdie navorsing voldoende data versamel ten einde bewyse te lewer van die induktief en deduktief afgeleide kategorieë en die verhoudings wat tussen kategorieë en subkategorieë aangetref word. Stellings van verhoudings tussen kategorieë word deduktief vasgestel. Terselfdertyd word die eienskappe en hul dimensies vanuit data bevestig om dit wat deduktief afgelei word, weer uit induktief vanuit die data te bevestig. Dit bring mee dat voorgestelde verhoudings deurlopend uit die data bevestig moet word. Kategorieë en verhoudings tussen hulle word voorlopig gestel, sodat in die geval van swak passing en indien daar nie bevestiging voor verkry word nie, dié kategorie uitgeskakel word.

4.2.6 Rekordhouding van data

Die paradigmamodel se komponente word gebruik om die verskeidenheid van subkategorieë aan 'n kategorie te verbind ten einde die data analities aan te teken. Die verhoudingsverklarings vloei hieruit voort en word vanuit die bevindings van elke komponent afgelei. Die verhoudings waarin kategorieë en subkategorieë volgens die paradigmamodel se komponente verbind is, bring mee dat die data volgens 'n nuwe verwysingsraamwerk georganiseer word. Patrone en temas vloei hieruit voort. Die resultate van die proses van aksiale kodering as tweede stap in die data-ontledingsproses word onder 4.3 as resultate van aksiale kodering bespreek. Die resultate is ontwikkel vanuit 'n ordening van die data wat volgens die komponente van die paradigmamodel in tabelvorm gedoen is. Die tabelvorm is verkies aangesien die ordening van die data 'n logiese verloop toon. Die tabel word nie bespreek of ingesluit nie, aangesien dit duplisering van die beskrywing van die resultate in 4.3 sal meebring. Dit word as rou data bewaar en is by die navorser ter insae.

4.2.7 Steekproefneming

Steekproefneming word om twee redes gedoen. Aanvanklik word steekproefneming slegs gebruik om die data wat induktief uit die getranskribeerde aantekeninge tydens oop kodering bevind is en wat die verhoudings tussen kategorieë bevestig of weerlê, te verifieer. 'n Literatuurkontrolle word hierna gedoen ten einde die induktief en deduktief afgeleide stellings

wat uit die verhoudingsverklarings voortvloei, te bevestig. 'n Verdere verdiepende literatuurstudie word gedoen ten opsigte van die relevante konsepte, kategorieë, subkategorieë, en verdere kategorieë wat onder hoofkategorieë ingedeel word. Die doel is om insig te verkry in die spesifieke fenomene wat deur die kategorieë verteenwoordig word, asook in die moontlike aksies en interaksies wat as pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente gebruik kan word ten einde die fenomene te bestuur. Die doel van induktiewe steekproefneming vanuit die data, waarvolgens die verhoudingsverklarings tussen kategorieë en subkategorieë in perspektief geplaas word, word eerstens bespreek.

4.2.7.1 DIE VASSTELLING VAN VERHOUDINGSVERKLARINGS DEUR STEEKPROEFNEMING INDUKTIEF VANUIT DIE DATA TE DOEN

In die voorafgaande oop kodering word steekproefneming gebruik om die data te fynkam, sodat teoretiese konsepte en kategorieë induktief geïdentifiseer kan word. Tydens aksiale kodering word die teoreties-relevante konsepte steeds as die basis vir die steekproefneming beskou. Die klem verskuif egter tydens hierdie fase sodat op die verhoudingsverklarings tussen kategorieë en subkategorieë gefokus word. Dit word induktief en deduktief vasgestel en teen die data gevalideer. Hierdie deurlopende oopdekking van konsepte, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë word volgehou ten einde verskille en ooreenkomste vas te stel. So kan verhoudings duidelik blyk, digtheid aan die kategorieë verleen word en die proses aangedui word. Vrae word gestel en vergelykings getref om die relevansie van kategorieë wat die fenomene aandui, onder verskillende variërende toestande binne verskillende kontekste vas te stel. Die spesifieke inmengende veranderlikes wat voorkom, die veranderings wat oor verloop van tyd intree, asook die gevolge wat ontstaan, word bepaal. Daar word dus van verhoudings- en variërende steekproefneming gebruik gemaak ten einde soveel moontlik verskille by die dimensionele vlakke van die eienskappe van kategorieë te verkry. Bevestiging van teoreties-relevante kategorieë word volgehou om die ooreenkomste en verskille in die dimensies van kategorieë vas te stel en aan te dui wat sal gebeur as verandering voorkom. Daarna word die verhoudings tussen kategorieë en subkategorieë as stellings aangedui.

4.2.7.2 DIE LITERATUURKONTROLE

'n Literatuurkontrolle wat die deduktief afgeleide stellings verifieer, word tweedens gedoen. Daardeur word die ooreenkomste en verskille in die eienskappe en dimensies van die kategorieë met bestaande bevindings uit die literatuur bevestig en ook deur van kundiges se inligting gebruik te maak. 'n Verdere verdiepende literatuurstudie is terselfdertyd gedoen om die

stellings wat uit die literatuur bevestig kon word en wat algemene probleemvelde geïdentifiseer en bevestig het, verder te ondersoek. So kon dieperliggende oorsake van die toestande wat tot die fenomeen lei, beter verstaan word. Daar is gepoog om moontlike aksies en interaksies wat geneem kan word om die fenomeen te bestuur, asook die verskillende gevolge en die onderliggende proses, wat die verskillende fenomene kenmerk, uit die literatuur te begrond.

Die resultate word vervolgens bespreek.

4.3 BESPREKING VAN DIE RESULTATE VAN AKSIALE KODERING

Dié resultate spruit voort uit die ontwikkeling van kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë tydens die proses van aksiale kodering. Dit word vervolgens bespreek. Vanuit die resultate word stellings induktief en deduktief afgelei, wat na aanleiding van 'n literatuurkontrole geverifieer of weerlê word. Daarna volg die verdiepende literatuurstudie soos aangedui onder 4.2.7.2

Die aanvanklike ontleding is in tabelvorm volgens die komponente van die paradigmamodel uiteengesit en word nie hier ingesluit nie. Ten einde 'n onderskeid te tref tussen die response van voorgraadse Verpleegkundestudente wat verskillende belewenisse ten opsigte van dieselfde fenomeen geverbaliseer het, is die data wat na aanleiding van aksiale kodering ontwikkel is, gewysig. Verskille in die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente het na vore gekom in die wyses waarop toestande beleef of bestuur word. Dit dui ook verskille aan in die gevolge van die aksies en interaksies. Positiewe en negatiewe belewenisse ten opsigte van dieselfde fenomeen word aangedui. Inmengende veranderlikes speel 'n rol sodat verskillende belewenisse deur respondente ervaar word ten opsigte van dieselfde twee kontekste waaraan hulle blootgestel word. Die kontekste is naamlik die professionele aspekte - wat die akademiese en kliniese aspekte insluit - en die persoonlike aspekte waar sekere programverwagtings en -eise respektiewelik gestel word. Die eerste *inmengende veranderlike is die verskillende professionele bekwaamhede en persoonlike lewensvaardighede van voorgraadse Verpleegkundestudente*. Dit is óf reeds ontwikkel óf in die proses van ontwikkeling, sodat hulle die programverwagtings en -eise wat aan hulle gestel word, in beide kontekste verskillend ervaar en hanteer. *Die volgende inmengende veranderlike is die verskillende toestande wat in die verskillende jaargange van die akademiese en in die onderskeie kontekste van die kliniese milieu voorkom*. Dié inmengende veranderlikes bring mee dat die begeleiding

en ondersteuning van verskillende rolspelers gewysig moet word. Hierdie data wat uit aksiale kodering ontwikkel het, is as rou data beskikbaar.

Die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente wat met die twee voorlopige hoofkategorieë, *professionele en persoonlike aspekte van verpleegonderrig* verband hou, word in kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë verdeel. Die positiewe en negatiewe belewenisse wat die voorgraadse Verpleegkundestudente word ooreenkomstig aangedui. Die meegaande literatuurkontrole om die data te bevestig, word opgevolg deur 'n verdere verdiepende literatuurstudie om insig in die verskillende fenomene te verkry. So kan moontlike strategieë wat op die aksies en interaksies dui vir die hantering van spesifieke toestande binne soortgelyke kontekste bepaal word na aanleiding van resente en toepaslike navorsing. Die bevindings sal in samehang met die data wat induktief verkry is, gebruik word om die beplande pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning te ontwikkel. Dit behoort professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente te fasiliteer.

Die hoofkategorieë wat met *professionele aspekte van voorgraadse verpleegonderrig* verband hou, kom eerste aan die beurt.

4.3.1 Belewenisse wat met professionele aspekte van verpleegonderrig verband hou

Vanuit bogenoemde hoofkategorie, naamlik die *professionele aspekte van verpleegonderrig*, word twee kategorieë afgelei:

- 4.3.1.1 Belewenisse ten opsigte van die deurlopende programverwagtings en -eise wat as gevolg van toestande in die konteks van die verpleegonderrig ervaar word; en
- 4.3.1.2 Die wisselende begeleidings- en ondersteuningservarings van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die aksies en interaksies wat gevolg word en die gevolge wat ontstaan.

Bogenoemde twee kategorieë word in subkategorieë verdeel en dui die eienskappe en dimensies van die twee kategorieë aan. Hierdie eienskappe word as die toestande binne die kontekste aangedui wat aanleiding gee tot die fenomeen wat deur die kategorieë verteenwoordig word. Dit dui ook die aksies of interaksies wat geneem moet word en die gevolge daarvan aan. Die belewenisse ten opsigte van die deurlopende programverwagtings en -eise wat in voorgraadse verpleegonderrig ervaar word, word eerstens bespreek volgens die positiewe en negatiewe ervarings wat geverbaliseer is.

4.3.1.1 BELEWENISSE TEN OPSIGTE VAN DIE DEURLOPENDE PROGRAMVERWAGTINGS EN -EISE WAT AS GEVOLG VAN TOESTANDE IN DIE KONTEKS VAN VOORGRAADSE VERPLEEGONDERRIG ERVAAR WORD

Hoewel een positiewe ervaring aangedui word, skyn die meerderheid voorgraadse Verpleegkundestudente van mening te wees dat die programverwagtings en -eise onredelik is. Negatiwiteit word veral ten opsigte van die eienskappe van die onderrigprogram aangetref. Dit word in die volgende ses subkategorieë verdeel:

- 4.3.1.1.1 'n Oorbelaede onderrigprogram word gevolg;
- 4.3.1.1.2 idealistiese kennisoordrag vind plaas;
- 4.3.1.1.3 wisselende kontekste en standaarde word in die onderskeie jaargange ervaar;
- 4.3.1.1.4 onrealistiese slaag- en vorderingsvereistes word gestel;
- 4.3.1.1.5 die dubbellading van akademiese en kliniese programverwagtings en -eise bemoeilik die program; en
- 4.3.1.1.6 ontoereikende integrasie tussen teoretiese en kliniese programinhoud kom voor.

Die positiewe en negatiewe belewenisse van respondente word beskryf volgens die komponente van die paradigmodel ten einde die verskil tussen twee groepe voorgraadse Verpleegkundestudente en hul belewenisse in perspektief te plaas. Die verhoudings wat tussen kategorieë en subkategorieë bestaan, word as stellings aangedui, waarna 'n literatuurkontrole volg om die stellings te verifieer. Elk van die stellings dui op verdere kategorieë waarop die literatuurkontrole begrond word. Die literatuurkontrole word veral vanaf 1986 gedoen, aangesien dit die periode was toe verpleegkolleges samewerkingsooreenkomste met universiteite moes sluit. Laasgenoemde het tot herevaluering van opleiding gelei. Die navorser is van mening dat die veranderings wat as gevolg hiervan geïmplementeer is, die verpleegonderrigprogramme sodanig verander het, dat die teoreties-kliniese integrasie weens verkorte tydperke in die kliniese afdelings waarskynlik verder bemoeilik is. Dit word beklemtoon dat die literatuurkontrole alle kategorieë Verpleegkundestudente insluit. Wanneer die literatuurkontrole spesifiek oor voorgraadse Verpleegkundestudente handel, word dit as sodanig aangedui.

Vervolgens word stellings bespreek wat op positiewe aspekte van die begeleiding en ondersteuning dui. Dit kan as riglyne vir pro-aktiewe en remediërende begeleiding dien. Stellings wat negatiewe aspekte van die begeleiding en ondersteuning aandui en wat remediëring benodig, word ook bespreek. Deur middel van die literatuurkontrole word die navorsingsresultate eerstens bevestig, waarna 'n verdere verdiepende literatuurstudie gedoen word. Dit sal

moontlike regstellingsaksies of terapeutiese tussentredes aanbeveel. Bevestiging vir die eerste subkategorie, naamlik die oorbelaede program en die stellings wat daaruit voortvloei, word vervolgens vanuit die literatuur gedoen.

4.3.1.1.1 'n Oorbelaede onderrigprogram word gevolg

Ten spyte van die belewenisse dat die onderrigprogram oorbelaai is, word daar tog positiewe response verwoord. Hierdie response word in stelling 1 aangedui.

Stelling 1:

Toepaslike programinhoud wat in die behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente en die van die gemeenskap voorsien, word as waardevol en interessant beleef, aangesien hulle insig verkry deur hul kennis toe te pas.

Die negatiewe belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente sentreer hoofsaaklik rondom die nie-toepaslikheid en die onhanteerbare volumes programinhoud, asook die oorvleueling tussen vakdissiplines. Die volgende drie stellings word deduktief vanuit die data afgelei.

Stelling 2:

Die nie-toepaslike hoë tegnologiese programinhoud verwar voorgraadse Verpleegkundestudente sodat grense tussen hul eie en ander paramediese personeel, soos maatskaplike werkers en fisioterapeute se praktyk, vervaag en spreek ook nie die diverse behoeftes aan gesondheidsorg van die gemeenskappe waarin hulle werk, aan nie.

Stelling 3:

Die volumes programinhoud is veral in die derde jaar onhanteerbaar weens gedurige vaktoevoegings wat plaasvind en gaan met spanning gepaard, wat tot ontmoediging en weiering om te leer aanleiding gee.

Stelling 4:

Oorvleueling tussen vakdisiplines dupliseer die programinhoud wat aangebied word, waardeur tyd- en personeelverkwisting voorkom.

'n Literatuurkontrole ten opsigte van die voorafvermelde stellings word onder die toepaslike opskrif bespreek.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

Stelling 1:

Toepaslike programinhoud wat in die behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente en die van die gemeenskap voorsien, word as waardevol en interessant beleef, aangesien insig verkry word deur hul kennis toe te pas.

Literatuurbevestiging vir stelling 1 kon nie spesifiek vasgestel word nie en blyk uniek tot hierdie navorsing te wees.

Stelling 2:

Die nie-toepaslike hoë tegnologie programinhoud verwar voorgraadse Verpleegkundestudente en laat grense tussen hul eie en ander paramediese personeel, soos maatskaplike werkers en fisioterapeute se praktyk vervaag en spreek terselfdertyd nie die diverse behoeftes aan gesondheidsorg van die gemeenskappe waarin hulle werk, aan nie.

Geen direkte literatuurbevestiging kon vir die verskynsel verkry word nie, hoewel dit redelik is om te aanvaar dat probleme daarmee sal opduik tydens evalueringssessies en dat die leeruitkomst wat bereik moet word, nie sal realiseer nie. In die verdiepende literatuurstudie word aangedui dat die kurrikulumrevolusie in verpleegonderrig, volgens die mening van Sims en

Baldwin (1995:316-21), 'n direkte resultaat van die oudmodiese wyse van onderrig en leer is. Laasgenoemde slaag nie daarin om Verpleegkundestudente op 'n diverse samelewing voor te berei nie. Daar is weinig geskryf oor die behoeftes van gemeenskappe en die gevolge van multikulturisme op die kurrikulum. White (1994: abstract) beveel reeds sekere strategieë vir Verpleegkundedosente aan om multikulturele begrip in hul verpleegprogramme in te bou. Dié outeur meen die totale onderrigproses moet 'n toewyding aan kulturele pluralisme toon. So kan volgens hom meer positiewe houdings tot kultuur, houding, ras, etniese en godsdienstige groepe gekweek word. Die kenmerke van minderheidsgroepe behoort as verskille en nie as tekorte beskou te word nie. Kennis van kulturele beskouings oor swangerskap, sekere siektes, godsdienstige verskille wat oor die siening van die dood bestaan, verliese, genadedood en ander etiese en morele aspekte, is nodig. Salmond (1995:215-41) is van mening dat die Verpleegkundedosente by onderriginstansies 'n integrale rol speel om sukses by diverse studentgroepe te fasiliteer deur eerstens hul eie onderrigstyl vir kulturele bevooroordeeldheid te ondersoek. Vervolgens moet hulle besluit op kultuurgerigte vaardighede wat aandag moet geniet sodat voorgraadse Verpleegkundestudente in diverse omstandighede in huise, gemeenskappe, werkplekke en samelewings kan funksioneer.

Norman et al. (Abstract:1996) is van mening dat daar vanweë veranderings in die Verpleeg-onderrigstelsel, vaardighede benodig word om met ander te kan saamwerk en verbruikers-bemagtiging te verstaan en te implementeer. Vaardighede is ook nodig om positiewe reaksie op die mark en diensprioriteite (primêre gesondheidsorg in Suid-Afrika) te toon, asook waarde-oriëntering en die impak wat die nuwe gesondheidsorgdiensleweringmodelle van sorgverlening op verpleging uitoefen, te verstaan. Daarbenewens moet die gepaardgaande kliniese praktykvoering verstaan word. Implikasies vir onderrig is dus gerig op die programinhoud wat kliniese praktykvoering op individuele, gesins- en gemeenskapsvlak beklemtoon. Kliniese kennis en toetsingbeheerde praktyk word benodig. Dit sal selfevaluering, selfvertroue en inisiatief, blootstelling aan verskeie gesondheidsorgdiensleweringmodelle, roluitklaring en veranderingsbestuur moontlik maak, maar sal noodwendig die onderrigprogram verswaar. Volgens die benadering van Arthur en Bauman (1996:63-68) ten opsigte van kurrikulumbepanning word die kwantitatiewe en kwalitatiewe aspekte as van ewe groot belang beskou. Die kwantitatiewe element is gebaseer op die bevolkingsperspektief en benadruk vier belangrike veranderlikes om gesondheidsorgbehoefte te bepaal. Dit is naamlik die las van die siekte, die risikogroepe, die bydraende gesondheidsfaktore en die relevante verpleegtussentredes. Die kwalitatiewe elemente word gebaseer op die voorkoms van die gedrag, die probleme wat tot swak

gesondheid bydra en die gebruik van kundiges se opinie. Dié inligting kan van verskeie bronne verkry word en sal die seleksie en prioritisering van gesondheidsprobleme moontlik maak.

Multikulturele ondersteuningsprogramme behoort oorweg te word vir toetredende Verpleegkundestudente wat probleme ervaar. Du Rand en Viljoen (1999:4-13) se ontwikkelingswerk ten opsigte van 'n ondersteuningsprogram vir swart eerstejaar Verpleegkundestudente versprei oor vier jaar, het voortdurende herbeplanning genoodsaak. Dit is op sosio-ekonomiese, kognitiewe en nie-kognitiewe veranderlikes, kulturele deelname, intra- en interpersoonlike verhoudings asook die verwerwing van lees-, skryf- en taalvaardighede afgestem. Ten spyte van 'n E-simbool met toetredede tot die universiteit, het meer as 84% van dié Verpleegkundestudente vyf of meer semesterprogramme aan die einde van die periode geslaag. Tydsbestuur, hantering van rassisme, konsekwente terugvoering aan Verpleegkundestudente en inligting oor lenings en beurse, studiemetodes, aktiewe leer, groepsamewerking, probleemoplossing en persoonlike kontak met die Verpleegkundedosente, het aandag gekry.

Stelling 3:

Die volumes programinhoud is veral in die derde jaar onhanteerbaar weens gedurige vaktoevoegings wat plaasvind en gaan met spanning gepaard, wat tot ontmoediging en weiering om te leer aanleiding gee

Hoewel die bevindings nie op absolute meerderhede dui nie, word die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente dat die volumes leerstof veral in die derde jaar moeilik of as onredelik ervaar word, bevestig.

Ter bevestiging van dié belewenisse bevind Esterhuizen (1989:70-71) na aanleiding van navorsing wat aan 'n verpleegkollege gedoen is dat meer as 36% van die eerstejaarstudente die hoeveelheid programinhoud in Algemene Verpleegkunde as onredelik beskou. Daarteenoor het 12,6% dit uiters onredelik vind. Ten opsigte van die derdejaarstudente dui 'n meerderheid van 56,3% aan dat die hoeveelheid werk onredelike verwagtings stel vir die tyd wat beskikbaar is, terwyl 12,5% dit uiters onredelik gevind het. 'n Totaal van 68,8% van Verpleegkundestudente wat die Diploma in Verpleegkunde gevolg het, dui die hoeveelheid werk in die derde jaar as baie moeilik aan. In Psigiatrisie Verpleegkunde word soortgelyke bevindings deur meer as 44% van die respondente aangedui.

Lindop (1999:972) se navorsing by Projek-2000-diplomaverpleegkundestudente wat in die Verenigde Koninkryk gedoen is, bevind dat sekere akademiese programinhoud in te veel detail

aangebied word, wat tot hoë studiedruk aanleiding gee. Esterhuizen (1989:73) maan dat 'n te hoë teoretiese lading selfstudie ontmoedig. Dit bevestig die mening van die respondente in hierdie navorsing. Respondente weet vanweë die hoë volumes leerstof nie wat om te leer nie en wend dan geen poging aan om dit te bemeester nie. Dié bevindings word deur Ferguson en Cerinus (1996:373-375) bevestig. Dié outeurs beskou akademiese oorlading in 'n baie negatiewe lig, aangesien dit volgens hulle die hooforsaak van swak tot nie-leer blyk te wees.

Wanneer 'n vergelyking tussen die hoë druipefers in Verpleegkunde wat in Hoofstuk 1 bespreek is en die aantal Verpleegkundestudente van alle kategorieë wat die program te moeilik vind getref word, blyk 'n verwantskap tussen die onredelike volumes programinhoud en druipe te bestaan.

Stelling 4:

Oorvleueling tussen vakdisiplines dupliseer die programinhoud wat aangebied word, waardeur tyd- en personeelverkwisting voorkom.

Hierdie probleem wat in die navorsing voorkom, kon nie uit die literatuur bevestig word nie. Daar kan egter aangeneem word dat oorvleueling wel voorkom in die totale program waarin 'n verskeidenheid van programme aangebied word.

4.3.1.1.2 Idealistiese kennisoordrag vind plaas

Die idealistiese kennisoordrag word met negatiewe beleef en word deur stelling 1 aangedui.

Stelling 1

Nieteenstaande deurlopende pogings om die ideale werkwyse toe te pas, veroorsaak die groot gaping tussen die idealistiese wyse van kennisoordrag en die toepassingsmoontlikhede daarvan dat voorgraadse Verpleegkundestudente spanning ervaar.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stelling

'n Literatuurkontrolle dui die volgende bevindings ten opsigte van bogenoemde stelling aan.

Stelling 1:

Nieteenstaande die deurlopende pogings om die ideale werkwyse toe te pas, veroorsaak die groot gaping tussen die idealistiese wyse van kennisoordrag en die toepassingsmoontlikhede daarvan dat voorgraadse Verpleegkundestudente spanning ervaar.

Dit blyk dat die programverwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, te hoog is. Bezuidenhout en Basson (1992b:13) het die opleidingsvereistes van Verpleegkundestudente by verpleegkolleges ondersoek en bevind dat 68% van die professionele eenheidsverpleegkundiges die opleidingsvereistes as billik beskou. Sowat 29% was van mening dat daar te veel van Verpleegkundestudente verwag word, veral ten opsigte van die tyd wat beskikbaar is. Du Plessis (1996:132) bevind dat die meerderheid professionele eenheidsverpleegkundiges die verwagtings wat Verpleegkundedosente aan Verpleegkundestudente van alle kategorieë stel, as onregverdig en onrealisties beleef. Die toenemende druk en die stres wat deur die onhanteerbare studieladings in samehang met hoë werkloadings meegebring word, is sodanig dat Van der Colff (2001:158) by voorgraadse Verpleegkundestudente die neiging tot fisieke siektes as gevolg van stres waarneem. Hulle word weens die hoë studie-eise min ontspanning saam met hul familieledede toegelaat. Van der Colff (2001:160) bevind dat dié hoë eise tot lae- kwaliteitsorg lei, sodat studente slegs take wil afhandel en hul akademiese verpligtings sloer-sloer doen.

In 'n verdere verdiepende literatuurstudie blyk dit dat die uitwerking van die hoë studiedruk tussen jaargange wissel. Die fases van opleiding waarin voorgraadse Verpleegkundestudente verkeer, speel ook in hierdie navorsing 'n rol. Windsor (1987:150-54) bevind na aanleiding van senior verpleegkundiges se ervarings van die wyse waarop die realiteit die werkwyse van Verpleegkundestudente beïnvloed, dat 'n definitiewe patroon van ontwikkeling volg. Dit geskied in drie fases ten opsigte van leerervarings, spesifieke verpleegvaardighede, tydsbestuur en professionele sosialisering. Die eerste fase word deur ang en 'n obsessie met die reëls van taakverrigting gekenmerk. Dit dra moontlik daartoe by dat sommige voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie huidige navorsing steeds die neiging volhou en waarskynlik deur die Verpleegkundedosente daartoe aangemoedig word. Gedurende die tweede fase vind die moeilike oorgang plaas, waartydens Verpleegkundestudente met rolidentifikasie worstel. Die derde fase word gekenmerk deur 'n meer gemaklike omgang met verpleegtake, die uitbreiding van hul rol en 'n strewe na onafhanklikheid. Tydens die laaste fase identifiseer Verpleegkunde-

studente meer met die stafverpleegkundiges en onttrek van die onderrigpersoneel wanneer die realiteit aanvaar word. Die besef dat hulle nie aan gestelde standaarde kan voldoen nie, bring hulle tot ander insigte. In hierdie navorsing het die vierdejaar voorgraadse Verpleegkundestudente egter dieselfde verwagtings aan hulself gestel en nie bereidheid aan die dag gelê om die standaarde van die kliniese eenhede te aanvaar nie.

Dit is dus noodsaaklik dat Verpleegkundedosente besin oor die verwagtings en standaarde wat aan Verpleegkundestudente in die algemeen gestel word. 'n Personeelontwikkelingsprogram deur Gravett en Petersen (2000:31-36) dui die belang daarvan aan dat die Verpleegkundedosente 'n ingeligte onderrigteorie moet ontwikkel oor die wyse waarop kennis ingewin word, hoe die leer van Verpleegkundestudente plaasvind en hoe Verpleegkundedosente die rol van studente in verhouding met hul leertaak beskou. Verpleegkundedosente moet 'n kritiese ingesteldheid handhaaf en nadink oor die onderrigpraktyk, naamlik wat hul programinhoud behels, hoe hulle dit aanbied en waarom dit so gedoen word. Alvorens hulle 'n leerproses in dié studente kan bewerkstellig, behoort Verpleegkundedosente eers hul eie leerproses in terme van hul eie ervaring te verstaan. Die bestaande kennis van Verpleegkundestudente vorm die interpreterende raamwerk waarbinne nuwe kennis geherkonstrueer en geherorganiseer word, alvorens dit geïnternaliseer word. Verpleegkundedosente behoort hierdie vermoëns te ontgin deur as tussengangers in die leerproses op te tree.

4.3.1.1.3 Wisselende kontekste word in die onderskeie jaargange ervaar

Die eerste belewenisse word as positiewe response geïnterpreteer, aangesien die bevraagtekening van die verlies aan kreatiwiteit en individualiteit op 'n interne lokus van kontrole dui.

(i) 'n Rigied-gestruktureerde eerste en tweede jaar word ervaar

Die volgende stelling dui op dié verskynsel wat tydens die verloop van die program waargeneem word.

Stelling 1:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente bevraagteken die verlies aan kreatiwiteit en individualiteit ten opsigte van selfgerigte leer in die onderrigsituasie wat hulle as klonering beskou en dring aan op meer inisiatief sodat beginselgerigte en selfgerigte leer kan plaasvind.

Stelling 1:

Die Verpleegkundestudente bevraagteken die verlies aan kreatiwiteit en individualiteit ten opsigte van selfgerigte leer in die onderrigsituasie, wat hulle as klonering beskou en dring aan op meer inisiatief, sodat beginselgerigte en selfgerigte leer kan plaasvind

Die rigiede en gestruktureerde eerste en tweede jaar wat respondente in hierdie navorsing in die akademiese sowel as die kliniese komponent ervaar, sonder dat kreatiwiteit toegelaat word, word tot op derdejaarsvlak deur sommige literatuurbevindings bevestig. Esterhuizen (1989:83) bevind soortgelyke resultate deurdat 27% van die eerstejaar- en 43% van die derdejaar Verpleegkundestudente leemtes in die onderrigatmosfeer aandui. Met betrekking tot selfgerigte leer is meer as 50% van die eerstejaar- en 56% van die derdejaar Verpleegkundestudente van mening dat sommige lesingperiodes met selfstudie vervang moet word.

Tlakula en Uys (1993:31) bespiegel oor die neiging om slegs op prosedures te fokus wanneer kliniese onderrig onderneem word. Hulle is van mening dat sodra psigomotoriese vaardighede bemeester is, daar nie veel oor is om te leer en kliniese onderrig nie verder as belangrik beskou word nie. Ten opsigte van die kliniese aspekte is bevind dat die meeste onderrig tydens die eerste jaar van opleiding plaasvind, met 'n vermindering in die aktiewe kliniese onderrig namate die derde en vierde jaar se begeleiding vorder. Van die eerstejaar Verpleegkundestudente word verwag om derdejaarprosedures uit te voer, met min klem op die interpersoonlike vaardighede wat nodig is. Die prosesmatigheid van die kliniese onderrig word soortgelyk deur die respondente in hierdie navorsing bevraagteken. In 'n verdere verdiepende literatuurstudie dui die bevindings van Biley en Smith (1998:1026) daarop dat die voorgraadse Verpleegkundestudente hulself as bekwaam beskou om outonoom te funksioneer. Hulle bevind ook dat dié studente in voeling is met die emosionele kant van verpleging en 'n gevoel van frustrasie ervaar ten opsigte van enige beperkings wat gestel word. Hulle noem verder dat dit belangrik is om te onthou dat opvoedkundige doelstellings wat kritiese vermoëns en selfdeterminasie na waarde skat, nie die intuitiewe sal beperk of ontmoedig nie. Kritiese denke word as 'n belangrike faktor in die graadstudent se sin vir verantwoordelikheid beskou, aangesien hulle bevoeg, bekwaam in

hul denkprosesse en besluitneming voel, sodat hulle outonoom kan funksioneer. Die benutting van die verpleegproses om kritiese denkvaardighede en ontleding in die akademiese opset te bewerkstellig, word deur Conger en Mezza (1996:11-15) aanbeveel. Dit neem in ag die feit dat sommige Verpleegkundestudente volgens individuele vermoëns sal reageer op die stimuli wat deur die instrukteur voorsien word, krities-analities kan optree met minimale begeleiding, terwyl ander deurlopende begeleiding benodig. Die bevindings van hierdie navorsing bevestig dit. Dit moet egter in gedagte gehou word dat kritiese denke nie slegs deur een metode ontwikkel of geëvalueer moet word nie (Oerman, 1997:28). Frustrasie kom voor wanneer die verpleeghiërargiese struktuur outonome denke inhibeer, wat Verpleegkundestudente verhoed om as veranderingsagente - wat hulle veronderstel is om te wees - op te tree (Biley & Smith, 1998:1021).

Dit is die mening van Wade (1999:315) dat verpleegonderrigprogramme houdings van rigiditeit en konformering aanmoedig, wat Verpleegkundestudente se vermoëns beperk om outonoom op te tree. Ten einde verpleegoutonomie te bereik, moet Verpleegkundestudente voorberei word om 'n vry en vervullende lewe te lei, in die publiek se belang op te tree, om plaaslik en globaal tot gesondheidsorg en die verpleegprofessie 'n bydrae kan lewer. Professionele verpleegoutonomie is 'n sleutelement van professionalisme. Kriteria wat verwant is aan die ontwikkeling van houdings wat outonomie aanmoedig, is van groot belang in die programinhoud.

Ridley *et al.* (1995:64) bevind soortgelyk dat Verpleegkundestudente daarin slaag om konkrete verpleegvaardighede suksesvol in Verpleegkundestudente te ontwikkel - dus mensgerigte vaardigheidgeoriënteerde - maar nie voldoende abstrakte, hoër kognitiewe en kritiese denke asook reflektoring, aanmoedig nie. Ridley *et al.* (1995:64) betreur die feit dat die respondente lae vaardighede ten opsigte van kreatiewe optredes soos beïnvloeding en leierskap aan ander openbaar en min belang hierby toon. Volgens dié outeurs verwys dit na aspekte van bemagtiging in die werkomgewing. Die uitloeiing hiervan is dat verpleegkundiges dus as doeners en volgelinge gesien word, eerder as outonome praktisyns wat vir hul eie praktyk verantwoordelik is. Dit is van belang vir Verpleegkundedosente om ondersoek in te stel na die boodskappe wat na Verpleegkundestudente oorgedra word ten opsigte van die professionele beeld wat verpleegkundiges uitdra. Navorsing oor die persepsies van professionele en persoonlike mag word benodig om vas te stel wanneer magpersepsies in verpleegonderrig en leeromgewings duidelik word (Ridley *et al.*, 1995:64).

Individualiteit en kreatiwiteit in leerbegeleiding word verontagsaam volgens die voorgraadse Verpleegkundestudente se belewenisse. Met betrekking tot die unieke en individuele manier waarop leerders inligting inneem en in hul kognitiewe strukture verwerk, wys Lategan

(1989:239) daarop dat hulle die beste presteer wanneer hulle voorkeurleerstyle benut. Lategan (1989:239) is ook van mening dat leerders die studierigting sal verlaat wanneer laasgenoemde aspek en hul leerstyle bots. Die intellektuele ontwikkelingsfases waarin die leerders verkeer, dui aan watter leergedrag aan die dag gelê gaan word en hoe hulle doelwitte gaan bereik (Lategan, 1989:243). Die dosent in enige onderrigsituasie behoort self 'n volwassene te wees. Die kurrikulum, doelformulering, keuse van programinhoud, leergeleentheid, die aanwending van leerbemagtigingstrategieë, leermotiveringstrategieë en evaluering, behoort aandag te geniet soos van toepassing op die unieke situasie en program. Rakoczy en Money (1995:170-74) bevind tydens 'n driejaar-studie by vroulike Verpleegkundestudente dat die kurrikula in verpleegonderrigprogramme sodanig ontwikkel moet word dat dié studente 'n verskeidenheid leerstyle kan ontwikkel. Wanneer onderriginstansies 'n beraming van die verskillende leerstyle van die Verpleegkundestudente maak, behoort die terughoudende student in ag geneem te word (Leonard & Johnson, 1998:215).

Die neiging om kreatiwiteit te misken, is volgens Harden (1996:32) beëindig met die implementering van die Projek 2000-diploma waarin verpleegonderrig vanaf die hospitaal na hoër onderwys in die Verenigde Koninkryk beweeg het. Hierdeur is 'n waterskeiding in verpleging bereik, waardeur verpleegkundiges meer kontrole oor hul onderwys en praktyk sal behou. Ridley *et al.* (1995:65) benadruk die doelstelling van verpleegonderrig om individuele verpleegkundiges in staat te stel om doeltreffend in 'n toenemend komplekse gesondheidsorgstelsel te praktiseer. Ten einde dit te bereik, word kritiese denke en kreatiewe probleemoplossingsvermoë vereis. Verpleegkundedosente moet dit bereik deur 'n verskeidenheid van akademiese en kliniese leerervarings beskikbaar te stel ten einde benodigde vaardighede te ontwikkel, aldus Ridley *et al.* (1995:65).

Onderrig kan nie gereduseer word tot 'n stel tegniese vaardighede of eenvoudige oordrag van vakkennis nie, aangesien Verpleegkundedosente nie robotte en Verpleegkundestudente nie masjiene is nie (Fairbrother, 1996:69). Om bekwame onderrig te gee, vereis deurdagte, deurlopende besluitneming, wat gebaseer word op die interpretasie van wat besig is om in die onderrigsituasie te gebeur. So kan betekenis toegedig, verskillende aansprake verenig en alternatiewe oorweeg word (Fairbrother, 1996:72). Die belang van keuses in onderrig, wat 'n proses van onderhandeling tussen die Verpleegkundestudent, die Verpleegkundedosent en die kliniese personeel insluit, word deur McDougall (1996:1203-5) beklemtoon ten einde die Verpleegkundestudent te bemagtig om verantwoordelikheid vir hul eie onderrig te neem. Milligan (1997:492) handhaaf die mening dat huiwering deur opvoeders om tot 'n studentgesentreerde benadering te vorder, 'n deel van hul eie opvoedingsgeskiedenis uitmaak.

Dit toon 'n huiwering om mag in die onderrigssituasie na die student te verplaas. 'n Andragogiese benadering vir volwassenes benodig vertroue om verantwoordelikheid vir hul eie leer in die hande van studente te plaas. Die bemagtiging van Verpleegkundestudente noodsaak dat daar wegbeweeg word van die Verpleegkundedose se rol as kundige en 'n programinhoudgebaseerde kurrikulum na die van 'n interaktiewe proses wat gerig is op kreatiewe denke, eerder as gedragsgeoriënteerd is. 'n Verandering word genoodsaak sodat 'n meer bemagtigende leeromgewing geskep kan word (Roberts & Chandler, 1996:233-239).

(ii) Veeleisende tweede en derde jaar veroorsaak hoë stresvlakke

Die eise wat gestel word, vererger progressief en word veral in die derde jaar as baie erg ervaar vanweë die akademiese en kliniese eise wat die program kompliseer. Dit word deur die volgende stelling aangedui.

Stelling 1:

Die onrealistiese akademiese lading weens vier hoofvakke en uitgebreide kliniese verpligtings veral in die derde jaar binne beperkte tydstoewysing, veroorsaak dat die voorgraadse Verpleegkundestudente nie die massas werk, hoë eise en standaarde kan hanteer nie, sodat negatiwiteit en stres ontstaan.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stelling

Die volgende bevindings word uit die literatuur gemaak en bevestig stelling 1.

Stelling 1:

Die onrealistiese akademiese lading weens vier hoofvakke en uitgebreide kliniese verpligtings veral in die derde jaar binne beperkte tydstoewysing, veroorsaak dat die voorgraadse Verpleegkundestudente nie die massas werk, hoë eise en standaarde kan hanteer nie, sodat negatiwiteit en stres ontstaan.

Die literatuurstudie bevestig bogenoemde bevindings. Reeds in 1990 noem Muller en Coetzee (1990:51) dat die tegnologiese vooruitgang in die gesondheidswetenskappe daartoe bydra dat

die inhoud en kompleksiteit van verpleegonderrigprogramme en die toenemende druk ten opsigte van die kennisontploffing eise aan die Verpleegkundestudente en -dosente stel om 'n eindproduk te lewer wat 'n verskeidenheid van situasies moet kan hanteer.

Lindop (1999:968-971) verwys na Clarke en Ruffin (1992:35-40) se bevindings dat hoër stresvlakke by universiteit- en kollegestudente as by hospitaalgebaseerde Verpleegkundestudente voorkom. Hiervolgens word tersiêre, sowel as nie-akademiese verpleegprogramme veral deur vyf stresfaktore in volgorde van belangrikheid beïnvloed, waarvan studie-eise en eksamens die belangrikste aspek blyk te wees. Sowat 67% van die verskillende stresfaktore hou verband met die volgende: persoonlike interaksie tussen Verpleegkundestudente, professionele verpleegkundiges en ander professies; emosionele aanvraag deur noodomstandighede en terminale siektes; studie-eise deur eksamens en die organisering ten opsigte van die studieskedules. Hierby kom persoonlike behoeftes aan vriende en eie belange, sowel as die druk wat deur tegnologiese apparaat soos rekenaars en apparaat in die kliniese eenhede gestel word.

Lindop (1999: 971-72) bevind verder dat die stressore in 'n meer resente studie weinig van vorige bevindings verskil. Fisieke harde werk, konflik tussen teorie en praktyk, die negatiewe en ongeërgde houdings teenoor pasiënte, gevoelens van onbekwaamheid, swak kommunikasie asook die akademiese studielading en eksamens wat in hierdie navorsing beklemtoon word, word weer eens as faktore wat tot stres bydra, geïdentifiseer. Die verskynsel blyk onveranderd te wees, ongeag die werkstatus wat die huidige Projek 2000-diplomaverpleegkundestudente in die Verenigde Koninkryk geniet. Die mate van stres wat as gevolg van akademiese ladings ervaar word, blyk egter beduidend hoër in die meer resente navorsing te wees. Die onnodige detail van sommige van die programinhoud word veral as stressors deur sommige van die respondente ervaar met die hoogste streservaring weer eens tydens die derde jaar aangedui. Dit bevestig die bevindings van Birch (1975) na wie Lindop (1999:972) verwys. 'n Navorsing by vier verpleegskole in die noorde van Engeland dui aan dat die stresvlakke aanvanklik in die eerste jaar verhoog, afneem in die tweede jaar en tot 'n beduidende hoër vlak in die derde jaar van verpleging styg. Die respons op stressors was die hoogste by die derdejaarstudente met die ouderdomme en ondervinding van die respondente as psigologiese veranderlikes wat die resultate beïnvloed het. Die bevindings van Lindop (1999:968-972) stem met dié van hierdie navorsing ooreen in die opsig dat dieselfde resultate bevind word ten opsigte van die moeilikheidsgraad in die derde jaar. Die gepaardgaande stres wat respondente ervaar, word ook as uitermatig hoog aangedui. Die belewenis is ook dat hulle as meer kundig as ander beleef word en dus meer verantwoordelikheid moet aanvaar as waarvoor hulle gereed is.

Van der Colff (2001:158) bevind insgelyks dat voorgraadse Verpleegkundestudente weens die onhanteerbare werkladings en die gevolglike agterstand wat ontstaan, erge stres ervaar. Dié outeur bevind dat die gepaardgaande spanning hulle moedeloos maak, wat tot swak motivering aanleiding gee sodat hulle hul studie wil staak. Hoewel die ervarings van Verpleegkundestudente wat die diplomaprogram volg teenoor diegene wat die graadprogram volg vanweë eersgenoemde se verskillende skedulering van lesingtye en kliniese verpligtings verskil, ervaar beide groepe tydsdruk ten opsigte van studielading en werkskedules. Die Verpleegkundestudente wat eersgenoemde program volg, woon vir drie maande klasse by die kollege by, waartydens lesings voltooi word en waarna 'n maand blokyd toegelaat word voor die eksamen. Aangesien die akademiese druk verskil by die laasgenoemde Verpleegkundestudente vanweë die blokprogram, behoort positiewe terugvoering meer algemeen ge verbaliseer te word. Ten spyte van beperkte akademiese verpligtings tydens kliniese plasings, beweer slegs 35% van hierdie groep Verpleegkundestudente dat hulle genoeg studietyd voor eksamens kry (Anon, 1990:4).

Ten opsigte van die voorgraadse Verpleegkundestudente bevind Van der Colff (2001:130) tydens die tweede tot vierde jaar 'n eenparige beslissing dat hulle net wil klaarkry met die program nadat blootstelling aan die realiteit van die program plaasgevind het. Weens dié realiteitskok kom 'n afname van empatie teenoor pasiënte en toewyding aan die professie voor. Lindop (1999: 969) beskou dit dus as belangrik dat Verpleegkundestudente spesifieke stresverliggende ingrepe kry, wat individueel volgens die tydvak van opleiding oorweeg moet word.

(iii) *Realistiese standaarde en verwagtings in die vierde jaar bevind*

Twee positiewe belewenisse word ten opsigte van die meer realistiese vierde jaar ge verbaliseer.

Stelling 1:

Die tydskedule word beter beplan in die vierde jaar, sodat voorgraadse Verpleegkundestudente fisiek en emosioneel begin herstel en meer positief oor hul beroep voel.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente beskik oor groter ervaringskennis en voel minder bedreig in die vierde jaar, sodat hulle die program meer objektief beoordeel en situasies beter hanteer.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Bevindings blyk uit die literatuur wat bogenoemde twee stellings indirek bevestig.

Stelling 1:

Die tydskedule word beter beplan in die vierde jaar, sodat voorgraadse Verpleegkundestudente fisiek en emosioneel begin herstel en meer positief oor hul beroep voel.

Definitiewe uitsprake oor die vierde jaar van die B.Cur.-graadprogram kon nie verkry word nie. Die resultate kan slegs indirek beoordeel word na aanleiding van Lindop (1999: 968). Stresfaktore word as hoog in die eerste jaar, laer in die tweede jaar en op 'n beduidende hoër vlak in die derde jaar aangedui, terwyl geen melding van die vierde jaar gemaak word nie.

Van der Colff (2001:97) bevind wat betref die persepsies van Verpleegkundestudente dat daar in die later deel van die vierde jaar 'n verandering in hul gesindheid en motiveringsvlak intree en dat hulle tog meer opgewonde raak namate die einde in sig kom.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente beskik oor groter ervaringskennis en voel minder bedreig in die vierde jaar, sodat hulle die program meer objektief beoordeel en situasies beter hanteer.

Stelling 2 kon nie direk uit die literatuur bevestig word nie.

4.3.1.1.4 Onrealistiese slaag- en vorderingsvereistes word gestel

Die probleme wat voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van bogenoemde veranderlikes ervaar, word deur die volgende stelling afgelei.

Stelling 1:

Alle vakke moet gelyktydig geslaag word, sodat hele semesters herhaal moet word en krediete vir geslaagde vakke nie erken word nie, selfs al word een vak gedruip, wat dan tot koste-oneffektiewe onderrig lei.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stelling

'n Literatuurkontrolle dui die volgende aan, wat sommige bevindings bevestig.

Stelling 1:

Alle vakke moet gelyktydig geslaag word, sodat hele semesters herhaal moet word en krediete vir geslaagde vakke nie erken word nie, selfs al word een vak gedruip, wat dan tot koste-oneffektiewe onderrig lei.

Stelling 1 kon nie deur die literatuur bevestig word nie en die bevindings blyk dus uniek aan hierdie navorsing te wees. Die nuwe benadering wat in die onderrig ten opsigte van erkenning van geslaagde programmeenhede gevolg word, behoort egter 'n herhaling van dié probleme te verhoed.

4.3.1.1.5 Die dubbellading van akademiese en kliniese programverwagtings en -eise bemoeilik die program

'n Positiewe belewenis word in stelling 1 aangedui.

Stelling 1:

Geleidelike blootstelling aan die kliniese eenhede, soortgelyk aan die van paramediese personeel, behoort volgens die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente minder stresvol te wees.

Die volgende stellings dui op negatiewe belewenisse ten opsigte van die dubbellading.

Stelling 2:

Fisieke en emosionele uitputting manifesteer vanweë die gesamentlike druk van elke komponent, wat die program ooreenkomstig bemoeilik.

Stelling 3:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente aanvaar die realiteit dat die program studie noodsaak, maar bevind dat verpligte werk tydens vakansies en oor naweke en die meegaande eksamen- en toetsdruk inkorting van studietyd veroorsaak sodat hulle akademiese prestasie benadeel word.

Bogenoemde stellings word vervolgens uit die literatuurkontrole bevestig of weerlê.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

Stelling 1:

Geleidelike blootstelling aan die kliniese eenhede, soortgelyk aan die van paramediese personeel, behoort volgens die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente minder stresvol te wees.

Hierdie stelling kon nie uit die literatuur bevestig word nie, hoewel die plasing van voorgraadse Verpleegkundestudente in die gemeenskap as 'n alternatief deur Dana en Gwele (1998: 58-64) as baie positief aangedui word. Volgens hulle mag dit as 'n teenvoeter dien vir onmiddellike kontak met traumatiese situasies waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente dikwels blootgestel word.

Stelling 2:

Fisieke en emosionele uitputting manifesteer vanweë die gesamentlike druk van elke komponent, wat die program ooreenkomstig bemoeilik.

Die fisieke en emosionele uitputting van voorgraadse Verpleegkundestudente weens die verswarende bydrae van elke komponent word deur Van der Colff (2001:154-155) se navorsingbevindings bevestig. Dié navorser dui as redes hiervoor aan té min rustyd weens gelyktydige studie en werk, die hoë eise van die professie, realiteitsontnugtering en onrealistiese eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word in die vorm van 'n oorlaaide program wat langer behoort te duur. In samehang met kliniese verpligtings tydens universiteitsresestye wat sonder 'n onderbreking plaasvind, verswaar die akademiese eise die las wat op dié studente geplaas word om die program suksesvol te voltooi. Hierdie situasie behoort pro-aktief aandag te geniet. Daar is reeds so vroeg as 1961 deur Lyman (1961:75) 'n beroep gedoen en aanbeveel dat Verpleegkundestudente belangrike bydraes kan lewer deur hul gevoelens en opinies oor die verpleegonderrigprogram bloot te lê. Aangesien hulle die enigste persone is wat die program beleef het, is hulle volgens Lyman (1961:75) in 'n unieke posisie om 'n bydrae in die evolusie van die program te lewer. Nie alleen behoort hierdie studente betrokke te wees nie, dit moet ook 'n beplanningskomitee van geassosieerde dienste en ander wat 'n bydrae kan lewer, se insette insluit.

Stelling 3:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente aanvaar die realiteit naamlik dat die program studie noodsaak, maar bevind dat verpligte werk tydens vakansies en oor naweke en die meegaande eksamen- en toetsdruk inkorting van studietyd veroorsaak sodat hulle akademiese prestasie benadeel word.

Lindop (1999: 968-971) lig veral twee aspekte uit ten opsigte van die akademiese standaard wat stres veroorsaak. Dit is naamlik eksamentye en die intensiteit van die werkslading. In 'n verdere verwysing na bevindings van Clarke en Ruffin (1992:35-40) beklemtoon Lindop (1999:968-971) dat studie-eise deur eksamens en die organisering ten opsigte van die studiekedules een van die drie vernaamste redes vir stres is. In 'n meer resente navorsingstudies word weinig verskille met die bevindings van die vorige navorsing aangedui. Die akademiese werkslading en eksamens word weer eens as stresfaktore aangedui. Dit word beduidend hoër in die meer resente navorsing van (Lindop, 1999:972) uitgelig, met 'n aanduiding dat die stresvlakke verhoog namate opleiding vorder en die hoogste streservaring tydens die derde jaar van opleiding ondervind word.

Van der Colff (2001:155-159) bevestig laasgenoemde, asook die bevindings van hierdie navorsing dat voorgraadse Verpleegkundestudente geweldige druk selfs in die eerste jaar beleef, waar hulle in die aande tot sewe uur moet werk, terwyl hulle die dag daarna twee toetse moet skryf. Dié studente raak agter met hul werk, kan nie die pas volhou nie, wat aanleiding gee tot vermeerderde spanning, sodat hulle mettertyd moedeloos en ongemotiveerd raak. Die volgehoue teoretiese en kliniese toets- en eksamendruk vergesel van onrealistiese hoë standarde, blyk na aanleiding van die persepsies van Verpleegkundedosente te hoog te wees. Die opdragte word as onhanteerbaar beskou.

Die belang van deeglike beplanning om die maksimum tyd vir semestertoetse en die eksamen toe te laat, sonder dat meegaande kliniese verpligtings verwag word, is dus van groot belang om spanning uit te skakel.

4.3.1.1.6 *Ontoereikende integrasie tussen teoretiese en kliniese programinhoud kom voor*

Dié hoofsaaklik negatiewe belewenisse wat ten opsigte van teoreties-kliniese integrasie geverbaliseer word, kom in die volgende twee stellings na vore.

Stelling 1:

Teoreties-kliniese integrasie wat deur die Beroepsraad as 'n vereiste gestel word, word swak ondersteun en deur tydsdruk belemmer, sodat 'n geïntegreerde benadering nie realiseer en die teoretiese onderbou nie met die kliniese realiteit in verband gebring word nie.

Stelling 2:

Foutiewe en ondeurdagte plasings word in kliniese eenhede gedoen, sodat die voorkennis van voorgraadse Verpleegkundestudente ontoepaslik is vir die spesialisgebied waar hulle veronderstel is om leergeleenthede en -ervarings te bekom en die totaliteitsbegrip verlore gaan.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuur bevestig die stellings wat gemaak word.

Stelling 1:

Teoreties-kliniese integrasie wat deur die Beroepsraad as 'n vereiste gestel word, word swak ondersteun en deur tydsdruk belemmer sodat 'n geïntegreerde benadering nie realiseer en die teoretiese onderbou nie met die kliniese realiteit in verband gebring word nie.

In die huidige navorsing blyk respondente swak teoreties-kliniese integrasie as 'n leemte te ervaar. Verskeie redes word aangevoer vir die inkonsekwente en dikwels swak ondersteuning wat in die kliniese eenhede vir teoreties-kliniese integrasie aangetref word. Dit dra daartoe by dat 'n totaliteitsbegrip van die leerstof by respondente ontbreek. Die belang van teoretiese beginsels wat in die kliniese eenhede toegepas behoort te word sodat sinvolle integrasie kan plaasvind, word in hierdie navorsing aan professionele eenheidsverpleegkundiges se swak ondersteuning toegeskryf.

Beleid hieroor is nie vasgestel nie. Verskeie verdere redes word deur die literatuur vir die teoreties- kliniese gaping aangevoer.

Ten opsigte van die bevestiging van die data word eerstens na Esterhuizen (1989:69) se bevindings by derdejaar Verpleegkundestudente aan 'n verpleegkollege verwys. Meer as 50% van respondente daar het 'n positiewe belewenis ten opsigte van teoreties-kliniese integrasie in die vakgebied Algemene Verpleegkunde ervaar. In Psigiatrisie Verpleegkunde daarenteen, dui

dieselfde persentasie respondente aan dat hulle die integrasie van kliniese en teoretiese leerervarings as onbevredigend beskou.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente kan egter vanweë aspekte wat die kliniese praktyk beïnvloed, nie sonder meer met diegene wat die diplomaprogram volg, vergelyk word nie. Dit is omdat eersgenoemde studente slegs oor naweke, gespesifiseerde tye gedurende die week en tydens vakansies in die kliniese eenhede werk. Van der Colff (2001:154) bevind dat voorgraadse Verpleegkundestudente dit wat hulle in die teorie geleer het, nie in die praktyk toepas nie. Die rede skyn te wees dat verskillende idees daaroor in die praktyk gehuldig word sonder dat die nodige teoretiese begroning van dié werkwyse bestaan.

'n Verdere verdiepende literatuurstudie word as van groot waarde beskou aangesien die teoretiese kliniese gaping oor verskeie jare reeds probleme skep. Severinsson (1998: 1269) se bevindings wat by die belewenisse van die huidige navorsing aansluit, dui aan dat teoreties-kliniese integrasie verbeter behoort te word. Die algemene siening is dat die toesighouers wat dien as die sleutelfiguur tussen die onderriginstansie en die gesondheidsorgdienslewingsorganisasie waar hulle as rolmodel optree, die implementering van die teorie in die praktyk behoort te bemiddel. Dit moet onder meer plaasvind deur gebruik te maak van reflektiewe tegnieke en die ontwikkeling van interpersoonlike vaardighede wat by Verpleegkundestudente se leerbehoefte aanpas. Met toesighouding word hier egter 'n spesifieke funksie van 'n professionele eenheidsverpleegkundige aangedui. Dit is die toewysing om 'n voorgraadse Verpleegkundestudent se rolvervulling in alle aspekte individueel te monitor en word nie in die konteks van die gewone professionele eenheidsverpleegkundiges se toesigfunksie verstaan nie.

Verskillende redes word vir die teoreties-kliniese gaping aangedui. Sommige outeurs skryf die probleem toe aan die teoretici in verpleging, asook aan die feit dat verpleegkundiges nie aan nuwe denkrigtings blootgestel word nie. Rolfe (1998:672) is van mening dat verpleegnavorsing wat buite die konteks van die kliniese milieu plaasvind, in 'n groot mate tot die teoreties-kliniese gaping bydra, aangesien nie alle navorsing na die praktyk veralgemeenbaar is nie. Vir navorsing om dus toepaslik in die praktyk te wees, moet die fokus op die pasiënt en die verpleegkundige gerig wees. Upton (1999: 554) daarenteen, betwyfel of die gaping werklik oorbrugbaar is, aangesien die oorsaak daarvan gekoppel kan word aan die snel toenemende kennisbasis waarop die professionele status van die beroep berus. Dié outeur meen die gaping berus eerder op 'n behoefte aan selfbehoud as wat vermeerderde kennis in die belang van die pasiënt ontwikkel word. Hierdie aspek mag veral van toepassing wees wanneer die probleme ten opsigte van die vol programinhoud van die B.Cur.-graad aandag geniet. Debat rondom die

insluiting van onnodige detail in die onderrigprogram moet dus hervat word volgens Upton (1999:554).

Carlisle *et al.* (1997:392) wys op 'n moontlike verband tussen die Verpleegkundestudente en -dosente se verminderde rol in die kliniese eenhede. Dit is na hul mening weens die wegbeweeg van verpleegonderrig na die tersiêre onderwysstelsel en die gepaardgaande toenemende gaping wat tussen die teoretiese en kliniese toepassing voorkom. Navorsing by Projek 2000-diplomaverpleegkundestudente dui aan dat die tydsbeperking en druk vanweë akademiese verpligtings daartoe bydra dat slegs kort besoeke deur Verpleegkundedosente aan hul studente afgelê word. Gevolglik handhaaf dosente 'n persepsie dat die klem op die vervulling van hul onderrigfunksie geplaas word, 'n bevinding wat met hierdie navorsing ooreenstem. Nordgren *et al.* (1998:27) beskou dit egter as onafwendbaar dat kontak met Verpleegkundedosente in die kliniese eenhede sal verminder namate hul akademiese ladinge vermeerder. Dié outeurs beveel die gebruik van professionele verpleegkundiges as preceptors vir basiese verpleegvaardighede en die monitering van veilige verpleging aan, sodat selfstandige optrede by Verpleegkundestudente kan ontwikkel. Die Verpleegkundedosent aanvaar dus 'n fasiliterende rol ten einde hul professionele verpligtings te vervul.

Die faktore wat die teoreties-kliniese gaping beïnvloed, is volgens die bevindings van Le May *et al.* (1998:435-436) nie soseer gekoppel aan die teoretici wat irrelevante teorie beoefen nie, maar as gevolg van deurlopende werksverpligtings of organisatoriese faktore wat beperkings plaas op die professionele verpleegkundiges se pogings om navorsingsresultate te benut. Individuele houdings en professionele werksverhoudings word ook aangedui, terwyl die bevindings van verpleegnavorsing in 'n positiewe lig beskou word. Nasionale oorkoepelende beleid is nodig om hierdie navorsing te implementeer. Ten spyte van die swak teoreties-kliniese integrasie blyk dit tog dat Verpleegkundestudente dit sinvol vind om verpleegmodelle te begryp en word dit nuttig deur praktiserende verpleegkundiges gebruik. Rafferty *et al.* (1996:685-91) wys op die deurlopende polemieë rondom die teoreties-kliniese gaping en dui aan dat daar nie 'n perfekte oplossing is nie. Die Verpleegkundestudente behoort blootgestel te word aan die debatvoering wat die vermeerdering van verpleegkennis onderlê. Hulle behoort 'n waardering te ontwikkel vir die verpleegkennis wat in die verskillende tydvakke voorkom en die politiek wat die legitimisering van die verpleegteorie en praktyk voortstu. Hierdie benadering behoort Verpleegkundestudente voor te berei vir die realiteitskok, teenstellings en onsekerhede wat die professie kenmerk.

Severinsson (1998:1269) se mening dat die ideale situasie nie bereik sal word nie en die gaping verminder word deur verpleegteorieë wat die realiteite van die kliniese eenhede meer akkuraat

reflekteer, staan in direkte teenstelling met die van Björk (1995:6-12). Laasgenoemde betreur die konflik tussen die verwagtings van pasiënte ten opsigte van spesifieke kritieke verpleeg-tussentredes en die van Verpleegkundedosente. Navorsing by Projek 2000-diplomaverpleeg-kundestudente dui aan dat hulp met die aanpassing van pasiënte by die hospitaal, bevordering van gemak en higiëne, bydraes tot mediese behandeling van die pasiënt, bestuursvermoëns en persoonlike eienskappe as baie belangrik deur pasiënte beskou word. Daarteenoor oorbeklemtoon verpleegkundiges die psigologiese aspekte van verpleging en omgee wat teenoor pasiënte betoon behoort te word. Volgens Björk (1995:8) het die beweging van verpleegonderrig na kolleges en universiteite met kragte soos professionalisering, akademiese aspirasies en beleidsaspekte tot die teoreties-kliniese gaping bygedra. Dit is die mening van Björk (1995:10) dat verpleegteorieë ontwikkel word om kurrikula saam te stel en nie om leiding in die praktyk te bied nie.

Upton (1999:554) wys na aanleiding van 'n literatuuroorsig dat die tradisionele standpunt daarop dui dat ten spyte van alle pogings, 'n teoreties-kliniese gaping bly voortbestaan en dat dié gaping in 'n negatiewe lig beskou word. Upton (1999:554) wys egter op die positiewe implikasie van die teoreties-kliniese gaping. Die wenslikheid dat dit voortbestaan, word geopper, aangesien die teoretiese perspektief wat verpleegpraktyk onderlê, op selfbehoud van die verpleegberoep gebaseer word, eerder as om vir die voordeel van pasiënte daargestel te word (Upton, 1999:554).

Die respondente in die huidige navorsing wys egter daarop dat hulle weens die personeeltekort as werkkragte gebruik word, wat die tydsdruk vererger. Dit belemmer integrasie sodat akademiese standaarde nie moontlik is nie. Soortgelyke bevindings word reeds deur Van Vuuren (1988:75) bevestig, naamlik dat Verpleegkundestudente as werkkragte gebruik word en die tyd vir begeleiding om integrasie te bewerkstellig, ontbreek. Die Verpleegkundestudente se tyd word terselfdertyd verkeerd gebruik, deurdat hulle met nie-verpleegkundige take besig gehou word.

Die voor die handliggende redes behoort dus eerstens aandag te geniet deur 'n taakmag aan te stel om die werksomstandighede van Verpleegkundestudente te ondersoek.

Stelling 2:

Foutiewe en ondeurdagte plasings word in kliniese eenhede gedoen, sodat die voorkennis van voorgraadse Verpleegkundestudente ontoepaslik is vir die spesialisgebied waar hulle veronderstel is om leergeleenthede en -ervarings te bekom en die totaliteitsbegrip verlore gaan.

Die swak koördinerings tussens die akademiese voorkennis en die kliniese ervaring waarvoor respondente reeds beskik in samehang met die kliniese spesialisgebied waarin respondente vir ervaring geplaas behoort te word, dra daartoe by dat hulle nie die verbande tussens die twee komponente kan insien nie, wat swak integrasie tot gevolg het. Die gevolge wat dit vir teoreties-kliniese integrasie inhou, is veelvuldig. Onder meer dra die foutiewe leerervarings wat aangebied word direk daartoe by dat hulle kennisvlakke onvoldoende is om kwaliteitverpleging te bied. Akademiese aspekte word dus nie versterk nie, sodat swak prestasie in die toetse en evaluering volg. Dié bevindings van die huidige navorsing word deur Du Plessis (1996:127) bevestig, naamlik dat Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges die wyse waarop plasings in die kliniese eenhede gedoen word, as 'n struikelblok beleef. Die rede skyn te wees die verontagsaming van hul leerbehoefte, wat die korrelasie van teorie met kliniese ervaring noodsaaklik maak. Die gebrek aan skakeling tussens kliniese begeleiers asook die verskillende agendas van kliniese personeel versus onderrigbehoefte, word as 'n rede vir foutiewe plasings in die eenhede aangedui. Terselfdertyd word die leerbehoefte van die verpleegkundestudente nie in ag geneem nie. 'n Korrelasie tussens die voorkennis waarvoor Verpleegkundestudente beskik en die benodigde leerervarings is dus van belang. Dit moet deeglik beplan word deur 'n gekoördineerde komitee, wat uit die Verpleegkundedosente, die professionele eenheidsverpleegkundiges en die voorgraadse Verpleegkundestudente bestaan.

4.3.1.2 WISSELENDE AKADEMIESE BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSERVARINGS MANIFESTEER

Die belewenisse wat respondente verbaliseer, dui op die eienskappe van die begeleiding wat verleen word. Laasgenoemde wissel van enkele positiewe tot hoofsaaklik negatiewe begeleidings en ondersteuningservarings. Die volgende drie subkategorieë ontstaan daaruit. Eksplorering van die verdere subkategorieë lei tot die ontwikkeling van stellings, wat die wisselende begeleidings- en ondersteuningservarings in perspektief plaas.

- 4.3.1.2.1 Positiewe begeleidings- en ondersteuningservarings deur sommige respondente aangedui.
- 4.3.1.2.2 Ambivalente begeleidings- en ondersteuningservarings deur sommige respondente aangedui.
- 4.3.1.2.3 Hoofsaaklik negatiewe begeleidings- en ondersteuningservarings deur meerderheid van respondente aangedui.

Stellings word by elke begeleiding- en ondersteuningservarings gemaak en deur 'n literatuurkontrole bevestig of weerlê.

4.3.1.2.1 *Positiewe begeleidings- en ondersteuningservarings deur sommige respondente aangedui*

Positiewe belewenisse is in die volgende stelling vervat.

Stelling 1:

Verpleegkundedosente wat individuele begeleiding verleen, probleemoplossing doen en soos 'n oerfiguur teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente optree, verkry goeie samewerking en lojaliteit van laasgenoemde, sodat positiewe resultate behaal word.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stelling

Die volgende stelling word deur die literatuur bevestig.

Stelling 1:

Verpleegkundedosente wat individuele begeleiding verleen, probleemoplossing doen en soos 'n oerfiguur teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente optree, verkry goeie samewerking en lojaliteit van laasgenoemde, sodat positiewe resultate behaal word.

Verpleegkundedosente wat voorgraadse Verpleegkundestudente as individue beskou, tyd inruim vir gesprek- en beraadvoering waardeur probleemsituasies opgelos word, en selfs in sommige situasies as 'n ouerfiguur figureer, word in hierdie navorsing in 'n baie positiewe lig beskou. Dit het tot gevolg dat dié studente ook bereid is om Verpleegkundedosente se unieke wyses van interaksie, begeleiding en ondersteuning te aanvaar.

Ter bevestiging van die data bevind Esterhuizen (1989: 85-90) in aansluiting hierby dat meer as 63% eerstejaar- en 65% van die derdejaar Verpleegkundestudente wat die diplomaprogram in Verpleegkunde gevolg het, tevrede was met die begeleiding en ondersteuning wat hulle in die kliniese afdeling ervaar het. Die meerderheid Verpleegkundestudente in die steekproef, naamlik 68%, beskou dit as baie belangrik dat die Verpleegkundestudente hul individualiteit kan behou en as eie persoonlikhede beskou word. Van der Colff (2001:148) wat voorgraadse Verpleegkundestudente as teikenpopulasie neem, se bevindings dui soortgelyk aan dat Verpleegkundedosente se belangstelling persoonlik en geïndividualiseerd behoort te wees. Voorgraadse Verpleegkundestudente verwag van Verpleegkundedosente belangstelling, buigsaamheid en bereidheid tot onderhandeling, sodat hulle saam met die Verpleegkundedosent deel van 'n span mag wees. Daar behoort gehoor gegee te word aan hul versoeke, en dié dosente behoort bereid te wees om probleme met hul studente te bespreek en moet tegemoetkomend wees. Verpleegkundedosente moet 'n houding openbaar wat aandui dat hulle in hul studente as persone belang stel (Van der Colff, 2001:162-163). Vanuit dié bevindings blyk dit ook dat Verpleegkundedosente wat erkenning daaraan gee dat die programverwagtings en -eise asook omstandighede moeilik is en wat deur verbale erkenning asook met hul gesindheid en houding aantoon dat hulle begrip vir die baie werk openbaar, met waardering beleef word.

In 'n verdere verdiepende literatuurstudie word die volgende bevind. 'n Lys van Verpleegkundedosente se gedrag wat positief beleef word en die eienskappe wat deur Verpleegkundestudente en -dosente as aanduidend van positiewe omgee beleef word, word egter deur Paterson en Crawford (1994:166) bevraagteken. Die veronderstelling dat positiewe omgee as 'n terapeutiese tussentrede beskou moet word, word in twyfel getrek. Hiervolgens sal dit wat die Verpleegkundedosent doen of nalaat om te doen, uiteindelik bepaal hoe die Verpleegkundestudente gaan omgee en ondervang nie die rol wat motivering en die vermoë om te leer, by laasgenoemde speel nie. Paterson en Crawford (1994:167) sê dat 'n resepmatige lys van karaktereenskappe waarvoor Verpleegkundedosente behoort te beskik en wat in die meeste navorsing as belangrik beskou word, nie daarin kon slaag om die essensie van omgee in verpleegonderrig te ondervang nie. Daar word ook deur Paterson en Crawford (1994:167) verwys na Gudmundotter en Saaber (1991) se bevindings dat kulturele verskille tussen

Verpleegkundedosente en -studente ten opsigte van omgeepraktike buite rekening gelaat word. Die volgende aanwysers tydens kliniese onderrig bevestig ook sommige van die bevindings van hierdie navorsing. Dit is naamlik die erkenning van individualiteit en 'n persoonlike kenverhouding met die Verpleegkundestudent, die vermoë om te luister na, voorspraak vir hulle studente te doen, die bevordering van hoop en sukses, regverdigheid, koestering en bekwaamheid as 'n dosent en klinikus te openbaar. Die Verpleegkundestudente in beide studies se persepsies van omgee is op ervarings van samehörigheid met verpleegkundestudente, pasiënte, kollegas en administrateurs afgestem. Daar was ooreenstemming by die Verpleegkundedosente dat indien hulle nie omgee in die onderriginstansie ervaar nie, hul vermoëns om vir ander om te gee, gestrem word. Dit blyk ook uit navorsing deur Paterson en Crawford (1994:164-173) dat bewyse bestaan dat Verpleegkundedosente wat nie toewyding toon nie, deur min vertroue in en deur die dosente, asook afgetrokkenheid en emosionele distansiëring vanaf die Verpleegkundestudente, ervaar word.

In 'n meningsopname onder vierdejaar Verpleegkundestudente by 'n verpleegkollege word die belangrike rol wat die Verpleegkundedosent ten opsigte van professionele sosialisering vervul, deur Anon (1990:10) bevestig. Die Verpleegkundedosente word deur meer as 90% van die respondente as begeleiers aangewys wat die grootste bydrae tot sosialisering gelewer het. Daarteenoor word die professionele eenheidsverpleegkundiges deur minder as die helfte van die respondente gesien as sou hulle 'n bydrae tot Verpleegkundestudente se vorming gelewer het.

4.3.1.2.2 *Ambivalente begeleidings- en ondersteuningsevarings deur sommige respondente aangedui*

Die ambivalensie van die verhoudings tussen Verpleegkundedosente en voorgraadse Verpleegkundestudente blyk uit die wyse waarop hul interaksie plaasvind en waarmee hulle bereid is om op gegewe tye met mekaar te onderhandel. Die volgende twee stellings dui op hierdie neiging.

Stelling 1:

Die verhouding tussen Verpleegkundedosente en voorgraadse Verpleegkundestudente word deur wederkerige voorwaardelike affek tussen die partye gekenmerk, waar begeleiding en ondersteuning voorwaardelik en onderhewig aan die emosionele welstand van die dosent op 'n gegewe tyd aangebied word, terwyl samewerking voorwaardelik van studente verkry word.

Stelling 2:

Verpleegkundedosente wat lae verwagtings koester, wek positiewe gesindhede, terwyl diegene wat hoë verwagtings stel, negatiewe gesindhede by voorgraadse Verpleegkundestudente ontlok, sodat 'n laer standaard as norm aanvaar word.

Literatuurkontrolle met betrekking tot bogenoemde stellings

Stelling 1:

Die verhouding tussen Verpleegkundedosente en voorgraadse Verpleegkundestudente word deur wederkerige voorwaardelike affek tussen die partye gekenmerk, waar begeleiding en ondersteuning voorwaardelik en onderhewig aan die emosionele welstand van die dosente op 'n gegewe tyd aangebied word, terwyl samewerking voorwaardelik van studente verkry word.

Stelling 1 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 2:

Verpleegkundedosente wat lae verwagtings koester, wek positiewe gesindhede, terwyl diegene wat hoë verwagtinge stel, negatiewe gesindhede by voorgraadse Verpleegkundestudente ontlok, sodat 'n laer standaard as norm aanvaar word.

Stelling 2 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

4.3.1.2.3 Hoofsaaklik negatiewe begeleidings- en ondersteuningservarings deur meerderheid respondente aangedui.

Die hoofsaaklik negatiewe belewenisse oorheers die positiewe begeleidings- en ondersteuningservarings wat voorgraadse Verpleegkundestudente van die akademiese dosente beleef.

Die volgende agt stellings dui faktore aan wat begeleiding en ondersteuning in 'n negatiewe lig stel.

Stelling 1:

Verpleegkundedosente versuim om persoonlike begeleiding te doen en toon swak begrip vir die unieke en hoë programverwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, aangesien hulle nie oor 'n geheelsiening van die program beskik nie.

Stelling 2:

Omdat Verpleegkundedosente 'n taakgerigte houding inneem en slegs die akademiese aspekte en hul onderrigfunksie beklemtoon, word die kliniese begeleiding nagelaat, sodat hulle nie as hulpbronne deur voorgraadse Verpleegkundestudente beleef word nie.

Stelling 3:

Verpleegkundedosente vorm nie deel van die multidissiplinêre span nie, neem ooreenkomstig nie aan aktiewe verpleging deel nie, sodat swak versoening tussen teoretiese verwagtings en die kliniese realiteit deur voorgraadse Verpleegkunde-studente ervaar word.

Stelling 4:

Verpleegkundedosente is onbeskikbaar en onbereikbaar vir konsultasies vanweë hul betrokkenheid by werks- en onderrigverpligtings wat voorkeur kry, sodat die gevolglike swak kommunikasie die akademiese prestasie van voorgraadse Verpleegkunde-studente negatief beïnvloed.

Stelling 5:

Verpleegkundedosente toon gebrekkige kliniese ervaring wat hulle onbekwaam tydens kliniese begeleidings- en ondersteuningsessies laat voorkom, sodat hulle as swak rolmodelle deur voorgraadse Verpleegkundestudente beleef word.

Stelling 6:

Verpleegkundedosente kom professioneel verwyderd van voorgraadse Verpleegkundestudente voor, sodat vrymoedigheid by laasgenoemde ontbreek om hulle as begeleiers en ondersteuners te benut.

Stelling 7:

Die vorderingsverslae vanaf die kliniese eenhede word ondoeltreffend gebruik, deurdadig die inhoud nie met voorgraadse Verpleegkundestudente bespreek word nie en geen, of hoofsaaklik negatiewe, terugvoering van werksverwante prestasie gelewer word.

Stelling 8:

Die Verpleegkundedosente kom ontmagtig voor, omdat hulle nie oor uitvoerende magte beskik waardeur onopgeloste probleme en herhaaldelike klagtes van voorgraadse Verpleegkundestudente aangespreek kan word nie.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Verskeie bevestigings vir dié stellings word vanuit die literatuur verkry, wat die algemene neiging van ondoeltreffende begeleiding en ondersteuning bevestig.

Stelling 1:

Verpleegkundedosente versuim om persoonlike begeleiding en ondersteuning te bied en toon swak begrip vir die unieke en hoë studie-eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, aangesien hulle nie oor 'n geheelsiening van die program beskik nie.

Stelling 1 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 2:

Omdat Verpleegkundedosente 'n taakgerigte houding inneem en slegs die akademiese aspekte en hul onderrigfunksie beklemtoon, word die kliniese begeleiding nagelaat, sodat hulle nie as hulpbronne deur voorgraadse Verpleegkundestudente beleef word nie.

Verpleegkundedosente wat onbetrokke teenoor kliniese begeleiding staan of fisies afwesig is uit die kliniese eenhede, word deur respondente in hierdie navorsing in 'n negatiewe lig beskou. Dit is veral wanneer hulle geneig is om die akademiese aspekte te beklemtoon. Ervaring van die navorser is soos volg. Voor 1986 is die kliniese dosente aan die kliniese eenhede toegewys en as deel van die hospitaalpersoneel beskou. Die kliniese begeleiding het ná 1986 die plig van die akademiese dosente geword, wat veral by die universiteite 'n omvangryke probleem geskep het vanweë die isolasie van sommige van die kampushospitale en die ontoereikende personeel om die kliniese begeleiding waar te neem. Die afstande tussen die gesondheidsdiensleweringorganisasies en onderriginstansies lei tot swak integrasie tussen die teoretiese en kliniese komponente van die onderrigprogram. Volgens die mening van die navorser het dit meegebring dat die pligte van die Verpleegkundedosente by die universiteite verdubbel het. Dieselfde akademiese lading as voorheen is verwag, met kliniese onderrig, begeleiding en ondersteuning asook evaluering van Verpleegkundestudente se bekwaamheid as verdere funksies toegevoeg. Hierdie verwagtings kan vanweë voor die handliggende redes nie geredelik realiseer nie, met die gevolg dat die Verpleegkundedosent 'n beeld van afwesigheid skep

Van Vuuren (1988:75) wat by 'n verpleegkollege navorsing onderneem het, bevind in ooreenstemming met die bevindings van hierdie navorsing dat een van die redes vir die gebrek aan kliniese begeleiding die afwesigheid van die Verpleegkundedosente in die kliniese eenhede is. Dit is in direkte teenstelling met die rolverwagtings wat van Verpleegkundedosente gekoester word. 'n Totaal van 99% van die respondente in die spesifieke navorsing aanvaar dat integrasie tussen teoretiese en kliniese komponente behoort te vergestalt. Meer as 92% aanvaar dat die skep van 'n goeie onderrigleerklimaat die funksie van die Verpleegkundedosent is. Terselfdertyd toon meer as 82% van professionele eenheidsverpleegkundiges 'n behoefte daaraan dat die Verpleegkundedosente by kliniese begeleiding en ondersteuning betrokke moet raak. Professionele eenheidsverpleegkundiges is dit eens dat die Verpleegkundedosent kliniese leergeleenthede moet aanbied. In teenstelling met die verwagtings van Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges is dit die mening van 75% van die Verpleegkunde-

dosente wat aan die navorsing deelgeneem het, dat die realisering van kliniese leergeleenthede en die evaluering van Verpleegkundestudente onderskeidelik as minder belangrik of geensins belangrik beskou word nie. Hierdie bevindinge van Van Vuuren (1988:79) wat reeds so vroeg as 1988 aandui dat 92% van die Verpleegkundedosente beweer dat kliniese begeleiding nie vir hulle haalbaar is nie, wys op die probleem wat deur die inkorting van kliniese dosente ontstaan.

Bevindinge uit 'n verdere literatuurstudie om verdieping aan die navorsingsbevindinge te verleen, dui volgens Kirkpatrick *et al.* (1991:101) daarop dat kwaliteittoesig as 'n probleem by universiteite ervaar word. Dit hou volgens dié navorsers verband met probleme om 'n optimale leerklimaat te vestig en samewerking tussen die onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies te verkry. Probleme by die universiteite om die hoë Verpleegkundestudentdosentverhouding vir kliniese begeleiding te versoen met die dreineringsprobleem wat dit op finansies en onderrighulpbronne veroorsaak, blyk 'n probleem te wees. As gevolg daarvan word daar hoofsaaklik op kliniese evaluering gefokus. Mulder en Viljoen (1992:29) beskou dit egter as baie belangrik dat die resultate van die opvoedkundige ondervinding 'n tasbare bewys moet lewer dat leer wel plaasgevind het. Dit is ook volgens Mulder en Viljoen (1992:29) belangrik dat dit volgens 'n sistematiese en objektiewe wyse gemeet word. Dit sal meebring dat Verpleegkundedosente op die spesifieke vaardighede wat geëvalueer moet word en op die gepaardgaande evalueringmetodes- en tegnieke, moet fokus. Dit dui daarop dat die Verpleegkundedosente verplig is om kliniese begeleiding te onderneem. Kliniese evaluering is volgens Mulder en Viljoen (1992:30) 'n uiters belangrike komponent van die onderrig-leerproses van Verpleegkundestudente. Daardeur kan die standaarde van verpleging verhoog word, probleemvelde geïdentifiseer word en hoëvlak beroepsvoorbereiding plaasvind. Dit blyk egter uit die navorsingsresultate dat selfs kliniese evaluering nie realiseer nie en dat meer as 70% van respondente die hoë werkslading, 61% die personeeltekort en 52% die groot getalle Verpleegkundestudente as oorsake aandui wat die standaard van kliniese evaluering negatief beïnvloed. Mulder en Viljoen (1992:35) is van mening dat die personeeltekort van die onderriginstansies aandag moet geniet en dat hulpkategorieë vir kliniese onderrig aangestel moet word. Hierdie personeel kan kliniese evalueerders wees, wat die werkslading sal versprei. Finalejaar of na-basiese Verpleegkundestudente kan gebruik word om met kliniese evaluering te help. Laasgenoemde gedagte sluit by die idee van portuurgroepbegeleiding aan wat in hierdie navorsing aangedui word. Mulder en Viljoen (1992:34) noem voorts dat benewens die voorafgaande probleme, daar 'n gebrek aan motivering, objektiwiteit, kennis, ondervinding en psigomotoriese vaardighede bestaan. Die onsekerheid met betrekking tot die standaard wat tydens kliniese evaluering gehandhaaf moet word en die min oriëntering ten opsigte van die

kriteria wat ten opsigte van kliniese evaluering gestel word, veroorsaak volgens Mulder en Viljoen (1992:34) probleme. Insgelyks veroorsaak die tekort aan geldige instrumente, die prosedure-georiënteerde evaluering en die besige kliniese eenhede, dat evaluering bemoelik word. Die evaluering van kliniese bekwaamheid is 'n belangrike aktiwiteit met verreikende gevolge indien dit nie met deurdagtheid gedoen word nie. Mahara (1998:1344) maan ernstig daarteen dat swak eindprodukte lewens eis en die kwaliteit van lewe vernietig. In etiese terme is evaluering dus die sleutel tot die diens van regverdigheid en behoort dit nie lukraak beskou te word nie. Dit het ernstige implikasies vir die selfbeeld en die reg van verpleegkundiges wat onregverdig uitgesluit word. As gevolg daarvan kan hul bestaansreg nie realiseer nie. Dit is die mening van Chambers (1998:207) dat die probleem om bekwaamheid te evalueer, nie onderskat moet word nie. Verpleegkundedosente behoort bewus te wees van hul toerekenbaarheid wanneer die bekwaamheid van ander geëvalueer word, aangesien hulle verantwoordelik sal wees indien hulle onbekwame praktisyns op die professionele register toelaat. Arthur (1995:271-276) ondersoek selfevaluering en sê 'n verlies aan kongruensie mag voorkom tussen selfevaluering en dit wat deur portuurgroepe en Verpleegkundedosente gedoen word. Dit is weens onvoldoende geldigheid en betroubaarheid ten opsigte van kriteria en moontlik ook die benadering ten opsigte van die evalueringsproses. Tog is daar voldoende bewys dat studente van afhanklikheid na onafhanklikheid kan vorder deur selfevaluering te doen.

Wills (1997:232-246) het 'n opname by 102 Verpleegkundestudente in die kliniese afdelings gedoen ten einde die begeleiding wat hulle van kontakdosente ontvang, te evalueer. Die meerderheid was ontevrede met die hoeveelheid en aard van die dosentkontak wat hulle ontvang het. Die hervorming wat weens Projek-2000- verpleegonderrigprogram ontstaan het, gevolg deur die impak wat dit op die rol van Verpleegkundestudente in die praktyk gehad het, dui daarop dat van dié dosente verwag word om nouer bande te smee. Laasgenoemde moet meer tyd met Verpleegkundestudente en aan kliniese onderrig bestee, sodat daar terselfdertyd 'n effektiewe leeromgewing geskep kan word (Camiah, 1998:368-79). Die kompleksiteit van die interaksie tussen Verpleegkundedosent en -student word deur Lindop (1999:971) se bevindings by tweede- en derdejaarstudente bevestig. Hulle het naamlik hoë tellings ten opsigte van stres behaal weens die gebrek aan belangstelling wat hulle in die voorsiening van hul persoonlike en ook in die onderrigbehoefte ervaar het.

Die eienskappe van Verpleegkundedosente wat die meeste gewaardeer is, hou met interpersoonlike vaardighede, persoonlike verpleegvaardighede, evaluering en onderrigvermoëns verband. White (1993:abstract) bestudeer die verhouding tussen onderrigondersteuning en

rolmodellering in die kliniese eenhede binne die konteks van Brittanje se Projek-2000-onderrighervorming. Dié outeur bevind dat die meeste professionele eenheidsverpleegkundiges roluitklaring benodig, onbekend is met die kurrikulum en evaluering moet onderneem. Die gevoel is dat Verpleegkundestudente langer plasings en meer kontak met professionele verpleegkundiges benodig. Dit is ten spyte daarvan dat Verpleegkundedosente 'n weglaatbare rol in die praktykevaluering gespeel het en dat geen noemenswaardige rolmodellering ervaar is nie. Die doelstellings was onrealisties en Verpleegkundedosente was andersyds van mening dat professionele verpleegkundiges onbevoeg is om met die Verpleegkundestudente te werk.

Stelling 3:

Verpleegkundedosente vorm nie deel van die multidissiplinêre span nie, neem ooreenkomstig nie aan aktiewe verpleging deel nie, sodat swak versoening tussen teoretiese verwagtings en die kliniese realiteit deur voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar word.

Dürrhein (1993:1) bevind by 'n groep Verpleegkundestudente wat 28 derdejaarstudente en 19 vierdejaarstudente insluit dat laasgenoemde groep meer ontevredenheid ten opsigte van die kliniese leergeleenthede as die derdejaarstudente toon. Sowat 93% van die vierdejaarstudente en 66% van die derdejaarstudente wat in die kliniese eenhede werk, beweer dat hul kliniese begeleiers en ondersteuners selde in die fisieke versorging van die pasiënte betrokke was. Die derdejaarstudente was van mening dat die kliniese personeel beter insae getoon het in hul leerbehoefte, terwyl die vierdejaarstudente nie dieselfde opinie gehandhaaf het nie. Die professionele eenheidsverpleegkundiges is as beter rolmodelle as die kliniese personeel beskou, terwyl die assistentverpleegsters meer behulpsaam was met die bemeesting van die kliniese vaardighede as die professionele eenheidsverpleegkundiges. Laasgenoemde bevinding word deur 'n derde van die vierdejaarstudente en meer as die helfte van die derdejaarstudente beaam. Die kliniese dosente was selde beskikbaar wanneer studente hulle benodig het (Dürrhein, 1993:1).

Van die twaalf deelnemers met wie Crotty (1993:463) onderhoude gevoer het by ses verskillende verpleegkolleges, was nie een van die Verpleegkundedosente by direkte kliniese begeleiding en verpleging betrokke nie. Die algemene indruk by die Verpleegkundedosente was dat die onderrig deur "hands-on-care" die plig van die professionele eenheidsverpleegkundiges was. Vir dié groep verpleegkundedosente was dit egter baie belangrik dat hul kredietwaardigheid behoue bly, wat beteken het dat hul teoretiese kennis en basiese

vaardighede uitgebrei moes word. Die ondersteuning van die kliniese personeel is ook as van belang beskou, veral die skep van 'n kliniese leerklimate wat bevorderlik vir leer is. Carlisle *et al.* (1997:386) het soortgelyke resultate bevind, deurdat direkte pasiëntsorg as deel van kliniese begeleiding en nie as 'n moontlikheid deur Verpleegkundedosente gesien word nie. Daar is gevoel dat die kliniese personeel hiervoor verantwoordelik behoort te wees. Aangesien Verpleegkundedosente slegs een dag per week aan kliniese begeleiding kon afstaan, is redelike pessimisme oor die situasie geverbaliseer. Carlisle *et al.* (1997:386) rig die uitdaging aan Verpleegkundedosente dat indien die struktuur en organisasiebestuur nie kliniese verpligtings ondersteun nie, daar meer aktief vir regstelling van die probleem beding moet word. Camiah (1998:368-79) redeneer dat Verpleegkundedosente nouer samewerking met die kliniese onderrig moet hê, die kliniese personeel moet ondersteun en ontwikkel ooreenkomstig 'n model wat die rol van Verpleegkundedosente in die kliniese situasie uitspel. Die behoefte wat bestaan dat Verpleegkundedosente hul rol met verpleegpraktisyns moet onderhandel en met Verpleegkundestudente moet uitklaar en terselfdertyd relevante en resente data moet voorsien, word deur Davies *et al.* (1996:23) voorgestel.

Owen (1993:816) verwys na kritiek ten opsigte van die kliniese onderrigrol van die Verpleegkundedosent. As gevolg van die frekwensie is dit nie alleen ondoeltreffend nie, maar strem dit ook die kliniese betrokkenheid wat benodig word vanweë die rigiede verbondenheid aan die program. Verpleegkundedosente word as afgetrokke, evalueringsgeoriënteerde persone of individue beskou, met 'n onvermoë om aan die aansprake van die kliniese praktyk te voldoen. Dit stem met die huidige navorsing ooreen. Andersins voel akademiese dosente soos gaste in die kliniese situasie met weinig kontrole oor die pasiënt of die onderrigproses in die eenhede. Hulle word as kritiese inmengers beskou wat min ondersteuning van hul seniors ontvang om kliniese vaardighede in stand te hou

Die finale bevindings van Owen (1993:823) dui aan dat die Verpleegkundedosent moet onderrig gee, navorsing doen en as 'n veranderingsagent optree. Onderrig volgens die beginsels van eksperimentele leer benodig 'n grondige kennisbasis waarin Verpleegkundedosente 'n fasiliterende rol behoort te speel om selfgerigte, onafhanklike probleemoplossing by ander tuis te bring. Egtheid en empatieke omgang moet met kliniese personeel bewerkstellig word en 'n toewyding aan kliniese praktyk moet sigbaar wees volgens Owen (1993:823). Die rol as veranderingsagent behoort in samewerkingsverband en op deelnemende wyse gedoen te word. Aksieplanne moet beraam word, wat met kreatiewe optimisme binne 'n vertrouensverhouding benader word. Navorsing binne spanverband en aksienavorsing word aanbeveel (Owen, 1993:823-824).

Daar is algemene konsensus oor die rol van die Verpleegkundedosent, naamlik dat dit nie praktiese verpleging by pasiënte behoort in te sluit nie. Die gedagte is dat sy 'n koppeling moet vorm of dat sy 'n koppelrol moet vervul waardeur fasilitering en hulp verleen word. Sy moet dus 'n opvoeder en nie 'n verpleegkundige se rol vervul nie. Hierdie bevinding word deur Wills (1997:232-246) bevestig wat die rol van die Verpleegkundedosent in die Verenigde Koninkryk ondersoek het. 'n Skakelrol en die ondersteuning van die Verpleegkundestudente blyk die belangrikste funksie van die Verpleegkundedosent te wees. Die eerstejaar Verpleegkundestudente het meer dikwels besoeke verkies, terwyl die gevorderde Verpleegkundestudente minder besoeke en minder aandag aan teoretiese en kliniese leerbehoefte geformuleer het. Barton (1998:1278) verwys na die probleem van vervreemding wat Verpleegkundesente as gevolg van hul uitgebreide rol ervaar. Hulle ervaar ook probleme om met die kliniese omgewing kontak te hou vanweë hul betrokkenheid by universiteite waar hulle poog om hulself as volwaardige akademici te vestig. Verlies aan identiteit binne die gesondheidsorgdiensleweringsspan en die feit van slegs nog 'n dosent wees in die groter akademiese opset, lei tot verwarring. Dit noodsaak dat die Verpleegkundesente nuwe organisatoriese grense en persoonlike roldefinisie moet bepaal. Barton (1998:1285) noem voorts dat bevindings bevestig dat die gaping tussen die akademiese rol wat Verpleegkundesente vervul en die kliniese komponente wat as onderbou dien, tot 'n identiteitskrisis ten opsigte van hul rolverwagting bydra. Verpleegkundesente poog egter om hul kredietwaardigheid en rolmodelskap te behou ten spyte van hul onvermoë om verpleegvaardighede te ontwikkel en toe te pas. Owen (1993:816) verwys na die bevindings van Wyatt wat reeds in 1978 daarop gefokus het dat Verpleegkundesente 'n onvermoë besit om vaardighede te demonstreer wat nodig is in die snelveranderende kliniese eenhede. Crotty (1993:460-464) ondersoek die rol van Verpleegkundesente in die kliniese eenhede by die Verpleegkundestudente wat die Projek 2000-diploma volg. Daar is bevind dat Verpleegkundesente dit as belangrik beskou om hul kredietwaardigheid deur teoretiese opdatering te behou, eerder as om vaardige praktisyns te wees. Hulle beskou hulself as kliniese koördineerders, terwyl direkte pasiëntsorg aan die professionele eenheidsverpleegkundiges oorgelaat word. Hierdie standpunt word deur Carlisle *et al.* (1997:386) bevestig. Die begrip "skakel" word aan 'n meer fasiliterende en hulpbronverskaffende begeleier gekoppel. 'n Groot mate van teenkating en weerstand word getoon teenoor Verpleegkundesente wat aktiewe verpleging wou doen, ten spyte van die noodsaaklikheid vir kliniese paraatheid. Die opvoeding- en onderriginstansies, hul medekollegas en personeel in die kliniese milieu, het Verpleegkundesente nie meer as verpleegkundiges nie, maar wel as opvoeders en fasiliteerders beskou. Hul mededosente het bedreig gevoel, terwyl die verpleegpersoneel ervaar het dat daar op hulle gespioeneer word. Verpleegkunde-

dosente wat kliniese paraatheid wou ontwikkel, het weerstand van bestuur van departemente en professionele eenheidsverpleegkundiges ervaar. Dit is waarskynlik vanweë die bedreiging wat dit vir ander inhou. In hierdie studie het alle Verpleegkundedosente slegs 'n skakelfunksie vervul as gevolg van 'n tydsbeperking om hul vaardighede te behou (Carlisle *et al.*, 1997:393-395). Alle Verpleegkundedosente het hulself gevolglik as opvoedkundige konsultante beskou. Die rol van die Verpleegkundedosent as skakelpersoon bly egter onuitgeklaar, terwyl die veranderde rol van die Verpleegkundedosent en die kliniese verantwoordelikheid wat as 'n lae prioriteit aangedui word, inbreuk maak op die kredietwaardigheid wat dié dosente geniet (Lee, 1996:1132).

Die rolkonflik vanweë die selfopgelegde persepsie van hul onvermoë om kliniese kontak te behou, verskeur Verpleegkundedosente tussen die realiteit om die vereistes binne 'n onvoldoende tydsbeperking na te kom. Gevoelens van marginalisasie ontstaan vanweë die min kliniese vaardigheid weens afwesigheid uit die kliniese eenhede. Die daaropvolgende erodering van vaardigheid lei tot gevoelens van ontoereikendheid. In samehang met die groterwordende teoreties-kliniese gaping, skep dit toenemend probleme en versterk rolkonflik. Dit is dus 'n kommerwekkende situasie wat ná integrasie by tersiêre onderwys ontstaan het (Barton, 1998:1285).

Stelling 4:

Verpleegkundedosente is onbeskikbaar en onbereikbaar vir konsultasies vanweë hul betrokkenheid by werks- en onderrigverpligtings wat voorkeur kry, sodat die gevolglike swak kommunikasie die akademiese prestasie van voorgraadse Verpleegkundestudente negatief beïnvloed.

Die deurlopende probleme wat die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing ervaar ten einde met Verpleegkundedosente in kontak te bly, skep situasies wat hul akademiese prestasie beïnvloed. Onbeskikbaarheid van Verpleegkundedosente weens hoë werksladings dra daartoe by dat indien hulle wel beloftes tot kontak maak, dit nie nagekom word nie en skakel hulle nie terug nie.

Die probleem word reeds verskeie kere deur Verpleegkundedosente bevestig, wat self die saak van onbeskikbaarheid vir die Verpleegkundestudente se begeleiding in oënskou neem. Van Vuuren (1988:75) verwys na die hoë werkslading van Verpleegkundedosente weens die verskeie administratiewe pligte, die aanbod van kliniese leergeleenthede en die verpligte

kliniese evaluering van Verpleegkundestudente. Daarmee laat die realisering van formele lesings, vergaderings, indiensopleiding, navorsing en die publiseer van artikels weinig tyd vir kliniese begeleiding. Die hoë werkslading het in werking getree na 1986 toe die kliniese dosente wat as hospitaalpersoneel beskou was met die van die Verpleegkundedosente van die kollegepersoneel, geïntegreer is (Van Vuuren, 1988:83). Rademeyer (2001:143) wys insgelyks daarop dat Verpleegkundedosente se werkladings hulle verhoed om werklik tyd met Verpleegkundestudente deur te bring. Daar word aanbeveel dat ondersoek ingestel word na die redes wat oorlading by dié dosente veroorsaak. Alternatiewe moet voorgestel word, aangesien hulle self baie moeg en negatief is, hulle eerder op dit wat verkeerd is wys, en studente as negatief in hul optrede beskou. Dit is voorts die mening van Van Vuuren (1988:83) dat die doseerlading van Verpleegkundedosente in dié geval heroorweeg moet word alvorens doeltreffende betrokkenheid in die kliniese situasie sal realiseer. Van der Colff (2001:145-146) bevind dat die werkslading van Verpleegkundedosente by universiteite baie hoog is, wat as 'n sterk demotiverende faktor deur voorgaande Verpleegkundestudente aangedui word. Betrokkenheid in ekstrakurrikulêre aangeleenthede lei tot ekstra ladings en stres wat leerbegeleiding weglaatbaar maak. Van der Colff (2001:142) bevind verder dat voorgaande Verpleegkundestudente 'n gebrek aan begrip en ondersteuning beleef en nie op Verpleegkundedosente vir hulp en begrip kan staat maak nie. 'n Verlies aan vertroue word deur enkele respondente teenoor Verpleegkundedosente en die Bestuur van die Skool vir Verpleegkunde, asook die departemente van Verpleegkunde in die huidige navorsing geverbaliseer. Van der Colff (2001:166) se bevindings vind dit ook by enkele voorgaande Verpleegkundestudente, wat dieselfde negatiwiteit aandui.

As teenvoeter vir hierdie probleem noem Van Velden (1988:1-3) dat die sin van 'n Verpleegkundestudent se onderrigaktiwiteit daarin geleë is dat hulle meer effektief moet leer. Dit impliseer dat kontak tussen die Verpleegkundestudent en -dosent nie die enigste geleentheid is waartydens leer kan plaasvind nie. Dit moet ook nie as die mees effektiewe onderrigleersituasie beskou word nie. Die behoefte aan selfgerigte leer is teenwoordig by Verpleegkundestudente wat aan hierdie navorsing deelgeneem het.

Fry *et al.* (1982:24) bevind by Verpleegkundestudente wat die ou bedeling van verpleegonderrigdeurloop het dat meer as 32% van dié studente wat uitgeval het, onvoldoende akademiese voorbereiding en swak begeleiding deur Verpleegkundedosente ervaar het. Die begeleiding en ondersteuning wat Verpleegkundestudente benodig, blyk dus ongeag die akademiese eise wat in die nuwe bedeling aan hulle gestel word, 'n veranderlike te wees wat weens die stresvolheid van die beroep dringende aandag benodig.

Stelling 5:

Verpleegkundedosente toon gebrekkige praktykervaring wat hulle onbekwaam tydens kliniese begeleidings- en ondersteuningsessies laat voorkom, sodat hulle as swak rolmodelle deur voorgraadse Verpleegkundestudente beleef word.

Verpleegkundedosente word as onbevoeg in die kliniese eenhede beskou, weens verskeie faktore wat hulle paraatheid verminder. Dit gee daartoe aanleiding dat hulle nie as rolmodelle optree nie en uit voeling met die kliniese aansprake van die program en die hantering daarvan voorkom.

Navorsing deur Van Vuuren (1988:83) wat by 'n verpleegkollege na die aanvang van die nuwe bedeling gedoen is, bevestig dat die kliniese paraatheid van Verpleegkundedosente aandag behoort te kry. Meer as 40% van dié dosente is van mening dat hul onvoldoende kliniese paraatheid as 'n struikelblok in kliniese begeleiding en ondersteuning beleef word. Dit word hoofsaaklik veroorsaak deur die lang tye van afwesigheid uit die kliniese eenhede, die betrokkenheid by onderrigladings en ander aktiwiteite wat hul tyd in beslag neem. Du Plessis (1996:166) bevind dat 'n gebrek aan kliniese paraatheid moontlik daartoe bydra dat verpleegkundedosente huiwer om in spesialiteitsvelde soos intensiewe sorg en teater te werk. Voorts noem Du Plessis (1996:167) dat professionele eenheidsverpleegkundiges die Verpleegkundedosente se begeleiding en ondersteuning as ondoeltreffend en nie werklikheidsgebonde beleef nie. Die huidige navorsing bevestig dit. Van Vuuren (1988:78) handhaaf die mening dat opknappingsprogramme, indiensopleiding en die toewysing van Verpleegkundedosente aan kliniese eenhede oorweeg moet word. Dit behoort deur 'n program vir die ontwikkeling van interpersoonlike en begeleidingsvaardighede by dosente versterk te word. Volgens Rademeyer (2001:31) moet Verpleegkundedosente verantwoordelikheid aanvaar vir die rolmodel wat hulle aan die Verpleegkundestudente voorhou.

Stelling 6:

Verpleegkundedosente kom professioneel verwyderd van voorgraadse Verpleegkundestudente voor, sodat vrymoedigheid by laasgenoemde ontbreek om hulle as begeleiers en ondersteuners te benut.

Die professionele en dikwels groot emosionele gaping tussen Verpleegkundedosente en voorgraadse Verpleegkundestudente lei daartoe dat laasgenoemde nie vrymoedigheid toon om probleme met hul dosente te bespreek nie. Verpleegkundedosente word selfs as struikelblokke in sommige situasies in hierdie navorsing beleef.

Hoewel Rademeyer (2001:135) daarop wys dat daar ten alle tye 'n professionele afstand tussen die Verpleegkundedosente en -studente moet bestaan, impliseer dit nie verwydering nie. Ter aansluiting by die bevindings van hierdie navorsing beskou Van Vuuren (1988:75-80) emosionele ondersteuning aan Verpleegkundestudente tydens kliniese begeleiding as uiters belangrik. Sowat 89% van respondente het só aangedui, terwyl meer as 10% van respondente van die Verpleegkundedosente wegsram. Volgens Esterhuizen (1889:86) se bevindings is slegs 20% van respondente bereid om die Verpleegkundedosent as 'n ondersteuningshulpbron te benut. Die belang van onvoorwaardelike aanvaarding van die Verpleegkundestudent word deur Rademeyer (2001:29) as baie belangrik beskou, veral tydens die inisiëring van 'n vertrouensverhouding, sodat rigiede vooropgestelde persepsies oor Verpleegkundestudente laat vaar word. Die begeleiding en ondersteuning behoort op 'n nie-evaluerende wyse met sensitiwiteit te geskied sodat Verpleegkundestudente se potensiaal verwesenlik kan word. Omgee behoort as 'n kernwaarde benadruk te word deur die verloop van die program. Dit kan slegs volgens Wade (1999:110) aangeleer word wanneer die onderriginstansie verpleegkundestudente in 'n omgewing wat positiewe omgee fasiliteer, ondersteun. Van der Colff (2001:164-165) identifiseer 'n gebrek aan oop kommunikasie waartydens voorgraadse Verpleegkundestudente 'n kans kry om oor hul probleme te praat. Verpleegkundedosente word in die spesifieke navorsing nie as hulpbronne benut nie omdat hulle hovaardigheid uitstraal. Dit blyk dat voorgraadse Verpleegkundestudente eerder swak resultate behaal as om hulp te vra (Van der Colff, 2001:143-144).

Reeds in 1982 bevind Fry *et al.* (1982:24-25) na aanleiding van response van meer as die helfte van die uitvallers dat indien daar beter persoonlike begeleiding deur die kollegedosente was, hulle meer positief sou gereageer het. In samehang met verbeterde omstandighede sou hulle hul opleiding voltooi het. 'n Verbetering in interpersoonlike verhoudings, meer professionele en persoonlike ondersteuning vir Verpleegkundestudente in samehang met 'n verbetering in die omgewing, word as teenvoeters vir uitvalle aanbeveel. Troskie (1993:56) bevind by 'n groep nuutgekwalfiseerde verpleegkundiges wat by 'n psigiatriese hospitaal werk, dat hulle groter ondersteuning veral in probleemoplossing ervaar het. Meer gekwalfiseerde personeel was hier beskikbaar om ondersteuning te bied. Dit bevestig die resultate van hierdie navorsing oor die spangees wat in sommige hospitale heers, waar 'n psigiatriese hospitaal uitgesonder word.

Rademeyer (2001:120) kom tot die gevolgtrekking dat Verpleegkundedosente bewus is van hul leidinggewende rol ten opsigte van die Verpleegkundedosent-studentverhouding, maar ten spyte van dié bewustheid, nie 'n professionele verhouding met hul studente kan implementeer nie. Hulle blyk huiwerig te wees om Verpleegkundestudente te help weens vrees vir oorbetrokkenheid in die verhouding, asook 'n gevoel van ontoereikendheid om in 'n kenverhouding betrokke te raak.

In 'n verdere verdiepende literatuurstudie word verwys na Rademeyer (2001:126,134) wat aandui dat daar van die Verpleegkundedosent verwag word om die dosent-studentverhouding binne 'n professionele konteks met duidelike grense in stand te hou, sodat betrokkenheid op sosiale gebied nie die professionele verhouding belemmer nie. Uit die bevindings van Rademeyer (2001:120) word ook aangedui dat Verpleegkundedosente 'n gevoel van ontoereikendheid ten opsigte van hantering van Verpleegkundestudente se emosies ervaar, aangesien die dosente self nie enige vorm van ondersteuning ontvang nie. Van der Colff (2001:150) bevind dat 'n groep voorgraadse Verpleegkundestudente aandui dat Verpleegkundedosente swak krisishantering toepas, ten spyte van die kundigheid waarvoor hulle beskik. Rademeyer (2001:126, 131) is insgelyks van mening dat ten spyte van die besef dat dit die plig van die Verpleegkundedosent is om die Verpleegkundestudente deur middel van berading te ondersteun, dié dosente nie oor vaardigheid en selfvertroue beskik nie, maar beklemtoon nieteenstaande dat die Verpleegkundedosente verantwoordelikheid moet aanvaar vir die rolmodel wat hulle aan Verpleegkundestudente voorhou. O'Neill (1996:6-11) wys daarop dat Verpleegkundedosente emosionele intelligensie moet toon deur om te gee en respekvolle interaksies met Verpleegkundestudente te ontwikkel. Cherniss (1998:26-28) is van mening dat Verpleegkundedosente in staat moet wees om verskillende verhoudings met verskillende persone te smee. Hulle moet as tussengangers en mentors kan optree deur onderhandelings en netwerkvermoëns aan die dag te lê. Hulle behoort selfvertroue te hê, in beheer van hul emosies te wees, ongewone oorredingsvermoë te toon, positiewe verhoudings kan kweek en voortdurend hul eie emosionele intelligensie ontwikkel. Hiervoor is goed ontwerpte opleidingsprogramme nodig. Elder (1997:40-41) spreek die mening uit dat Verpleegkundestudente se emosies gekoester moet word en dat die verhouding tussen die kognitiewe en affektiewe bewussyn van leerders begryp moet word ten einde positiewe reaksies tot die onderrigmateriaal te ontlok. Die atmosfeer wat ontwikkel wanneer Verpleegkundestudente vir die eerste keer ontmoet, beïnvloed volgens Gallia (1996:16-8) die leerklimate vir die hele semester, sodat vertroue tussen die groepe, die investering van verpleegkundestudente in die program sal fasiliteer.

Stelling 7:

Die vorderingsverslae vanaf die kliniese eenhede word ondoeltreffend gebruik, deurdat die inhoud nie met voorgraadse Verpleegkundestudente bespreek word nie en geen, of hoofsaaklik negatiewe, terugvoering van werksverwante prestasie gelever word.

Die inligting wat oor voorgraadse Verpleegkundestudente se kliniese prestasie na Verpleegkundedosente gestuur word, sluit hoofsaaklik negatiewe terugvoering in wat dié studente in hierdie navorsing demotiveer. Dié neiging dui op 'n swak begrip van die terugvoering wat voorgraadse Verpleegkundestudente benodig om gemotiveerd in die kliniese eenhede hul pligte te vervul en die leemtes te vul wat ten opsigte van hul professionele en persoonlike groei ervaar word. Die belewenisse van die meerderheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente dui op demotivering en ontmoediging vir diegene wat hul bes probeer in die kliniese eenhede.

Soortgelyke belewenisse van Verpleegkundestudente blyk ook by verpleegkolleges aan die orde van die dag te wees. Esterhuizen (1989:80) bevind dat in die eerste jaar meer as 66% van respondente aandui dat slegs hul positiewe punte uitgelig word, terwyl 'n derde van respondente daarop wys dat slegs die negatiewe punte uitgelig word. In die derde jaar dui meer as die helfte van respondente aan dat slegs die negatiewe aspekte in Algemene Verpleegkunde uitgelig word. Van der Colff (2001:148) bevind soortgelyke resultate, wat aandui dat Verpleegkundedosente slegs negatiewe terugvoering ten opsigte van wat voorgraadse Verpleegkundestudente verkeerd doen, aandui. Dit is die mening van Van der Colff (2001:149) dat die Verpleegkundesent se reaksies op 'n voorgraadse Verpleegkundestudent se sukses, asook die terugvoering oor haar prestasies, 'n sterk impak maak op dié studente se doelwit-oriëntasie en persepsies van eie doeltreffendheid. Paterson en Crawford (1994:169) spreek die aspekte van evalueerders-Verpleegkundestudentverhouding aan wat die uitvoering van omgeep praktyke belemmer. Daar word aanbeveel dat 'n paradigmaterskuiwing plaasvind vanaf 'n fokus op die gedrag of prestasie wat geëvalueer word, na 'n onderrigfokus op die leer wat plaasgevind het. Dit sou die aard van die Verpleegkundesent se funksie na dié van 'n eksploreerder wysig. Paterson en Crawford (1994:169) verwys egter terselfdertyd na verskeie situasies waar Verpleegkundesente omgeep praktyke soos voorspraak vir en hulp aan Verpleegkundestudente na werksure verleen het wat nie erkenning geniet nie en wat Verpleegkundesente se tegemoetkomingheid aandui.

Stelling 8:

Die Verpleegkundedosente kom ontmagtig voor, omdat hulle nie oor uitvoerende magte beskik waardeur onopgeloste probleme en herhaaldelike klagtes van voorgraadse Verpleegkundestudente aangespreek kan word nie.

Die onvermoë van Verpleegkundedosente om situasies binne 'n redelike tyd te wysig omdat hulle nie oor uitvoerende magte beskik nie, skep vir respondente in hierdie navorsing probleme. Dit beteken hul behoeftes geniet nie aandag nie, wat frustrasie by voorgraadse Verpleegkundestudente ontlok en herhaalde klagtes meebring. Die verlies aan voorbereiding van Verpleegkundedosente vir die rol van evalueerders en hul onvoldoende kennis om probleme soos aangeleerde hulpeloosheid en te min pogings reg te stel, word deur Paterson en Crawford (1994:169) uitgewys. Verpleegkundedosente beleef hulself ook as onmagtig om die hoogs onvoorspelbare gebeure in die kliniese eenhede te kontroleer, wat met die bevindings van die huidige navorsing ooreenstem.

Dié aspek kon nie verder in die literatuur bevestiging kry nie.

4.3.2 Belewenisse ten opsigte van die professionele aspekte in die kliniese milieu

Vanuit bogenoemde kategorieë word vier subkategorieë deduktief afgelei wat na die volgende fenomene verwys:

- 4.3.2.1 'n Disfunksionele organisatoriese milieu bestaan;
- 4.3.2.2 'n vyandige organisasieklimaat heers in die kliniese eenhede;
- 4.3.2.3 ontoereikende organisatoriese strukture bestaan; en
- 4.3.2.4 wisselende vlakke van begeleiding en ondersteuning manifesteer.

Vanuit die subkategorieë word vervolgens verdere kategorieë geïdentifiseer, waaruit stellings deduktief afgelei word.

Die belewenisse wat ten opsigte van die verdere kategorieë ervaar word, word in stellings omskryf en met bestaande literatuur vergelyk.

4.3.2.1 'N DISFUKSIONELE ORGANISATORIESE MILIEU BESTAAN

Ten opsigte van die belewenisse dat 'n disfunksionele organisatoriese milieu gevestig is, word vier verdere kategorieë geïdentifiseer:

4.3.2.1.1 Swak werksomstandighede heers;

4.3.2.1.2 inkonsekwente praktykbemagtiging kom voor;

4.3.2.1.3 die studentstatus van voorgraadse Verpleegkundestudente word deur die owerheid verontagsaam; en

4.3.2.1.4 onvoldoende menslike hulpbronne is beskikbaar.

Dié aspekte word vervolgens in stellings omskryf.

4.3.2.1.1 *Swak werksomstandighede heers*

Die volgende drie stellings dui op faktore wat werkverrigting strem.

Stelling 1:

Ten spyte van 'n tekort aan toerusting in die kliniese eenhede wat aan professionele eenheidsverpleegkundiges se swak toesig toegeskryf word, word van voorgraadse Verpleegkundestudente verwag om kwaliteitverpleging te verleen, as gevolg waarvan hulle toerusting by eenhede moet leen wat tot tydverkwisting en onvoltooide take bydra en terselfdertyd vernederings op die hals haal.

Stelling 2:

'n Toename in pasiëntgetalle, -afhanklikheid en morbiditeit word waargeneem omdat pasiënte baie sieker as voorheen is en in groter getalle toegelaat word, wat die moeilikheidsgraad van die verpleging en die werkskedules vererger.

Stelling 3:

Die tydsdruk en die realiteit in die kliniese eenhede verskraal praktykbeoefening sodat totaliteitsorg en die ideale werksmetodiek ingeboet word, wat tot gevoelens van skuld en magteloosheid by voorgraadse Verpleegkundestudente lei.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die volgende stellings word deur die literatuur bevestig.

Stelling 1:

Ten spyte van 'n tekort aan toerusting in die kliniese eenhede wat aan professionele eenheidsverpleegkundiges se swak toesig toegeskryf word, word van voorgraadse Verpleegkundestudente verwag om kwaliteitverpleging te verleen as gevolg waarvan hulle toerusting by eenhede moet leen wat tot tydverkwisting en onvoltooide take bydra en terselfdertyd vernederings op die hals haal.

Onbeskikbare toerusting en die deurlopende gesoek na voorraad wat tot tydverkwisting lei, word toegeskryf aan die onvermoë van die professionele eenheidsverpleegkundiges om toerusting te beheer. 'n Bevinding wat moontlik lig werp op hierdie verskynsel, word deur Troskie (1993:56) aangedui. Dit is naamlik dat personeel wat in hul veld van belangstelling werk en ondersteuning van senior personeel ontvang, veral in die bestel en behoud van voorraad belang stel.

Mulder en Viljoen (1992:33) vind dit egter vreemd dat in die lig van die ekonomiese klimaat daar slegs 28% van die respondente 'n gebrek aan toerusting en apparaat in die kliniese eenhede aandui. Die navorsers is dit egter eens dat van die redes wat kliniese evaluering beperk, aan die onbesikbaarheid van hulpmiddels, die gebrek aan toerusting in kliniese eenhede en aan apparaat vir die simulasielaboratoria toegeskryf kan word. Van der Colff (2001:151) se bevindings wys soortgelyk op die gebrek aan hulpmiddels in die kliniese afdelings as belemmerende faktore.

Stelling 2:

'n Toename in pasiëntgetalle, -afhanklikheid en morbiditeit word waargeneem, aangesien pasiënte baie sieker as voorheen is en in groter getalle toegelaat word, wat die moeilikheidsgraad van die verpleging en die werkskedules vererger.

Hoewel stelling 2 die werklikheid weergee, is nie veel navorsing oor spesifieke situasies gedoen nie en word slegs van werkdruk en uitbranding gepraat. Die stelling kon dus nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 3:

Die tydsdruk en die realiteit in die kliniese eenhede verskraal praktykbeoefening, deurdat totaliteitsorg en die ideale werksmetodiek ingeboet word, wat tot skuldgevoelens en magteloosheid by voorgraadse Verpleegkundestudente lei.

Bogenoemde ontstaan wanneer die realiteit in die kliniese situasie die ideale werksmetodiek en die lewering van kwaliteitsorg en taakvoltooiing benadeel. Van der Colff (2001:160) wys daarop dat voorgraadse Verpleegkundestudente die kliniese eenhede as onaantreklik ervaar. Die hoë eise wat aan hulle gestel word, het tot gevolg dat hulle nie meer kwaliteitverpleging lewer nie en slegs op die afhandeling van take fokus.

4.3.2.1.2 Inkonsekwente praktykbemagtiging kom voor

Die belewenisse dat onnodige beperkings op voorgraadse Verpleegkundestudente se kliniese praktyk geplaas word, spruit voort uit die neiging om hul kundigheidsvlakke te verontagsaam en min kreatiewe denke toe te laat, soos uit die volgende drie stellings blyk.

Stelling 1

Die kundigheidsvlakke waarvoor voorgraadse Verpleegkundestudente beskik, word verontagsaam, deurdat slegs laevlaktake aan hulle toegewys word en vaardighede situasioneel gebruik word.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente mag vanweë administratiewe en mediese beperkings nie krisissituasies hanteer waar hulle oor die nodige kundigheid beskik nie en pasiënte word dikwels benadeel wanneer reëls rigied sonder wysiging toegepas word ten einde hospitaalbestuur tevrede te stel.

Stelling 3:

Die personeeltekort veroorsaak dat gedwonge vroeë verantwoordelikheid en leierskaptake van voorgraadse Verpleegkundestudente vereis word, sodat hulle gedwing word om risiko's bokant hul kundigheidsvlakke te hanteer.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Vanuit die literatuurkontrolle word die volgende verifiëring van die stellings verkry.

Stelling 1:

Die kundigheidsvlakke waaroor voorgraadse Verpleegkundestudente beskik, word verontagsaam deurdat slegs laevlaktake aan hulle toegewys word en vaardighede situasioneel gebruik word.

Stelling 1 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente mag vanweë administratiewe en mediese beperkings nie krisissituasies hanteer waar hulle oor die nodige kundigheid beskik nie en pasiënte word dikwels benadeel wanneer reëls rigied sonder wysiging toegepas word ten einde hospitaalbestuur tevrede te stel.

Bucknall en Thomas (1997:235) bevestig dié stelling. Hulle verwys na voorvalle waar 'n verlies aan administratiewe ondersteuning en mediese toestemming dit selfs vir die vaardige, intensief-opgeleide verpleegkundige onmoontlik maak om besluite outonoom te neem en uit te voer. Dikwels is die mediese beampte aan diens minder vaardig as die professionele verpleegkundige wat die take kan uitvoer, wat tot frustrasie en konflik lei. Die verantwoordelikheid van geneeshere en verpleegkundiges is onuitgeklaar, wat die verwarring vererger. In hierdie navorsing word veral verwys na kundigheid ten opsigte van venepunktuur en die kateterisasie van manlike pasiënte wat voorgraadse Verpleegkundestudente nie mag doen nie. Dringende terapeutiese ingrepe word ten tye benodig om dié pasiënte te help wanneer geneeshere nie beskikbaar is nie en voorgraadse Verpleegkundestudente dan verhoed word om op te tree, wat volgens die respondente tot nadeel van pasiënte strek.

In 'n verdiepende literatuurstudie word aangedui dat hierdie take in die Verenigde Koninkryk deur die United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (2001:3) onder die verlengde rol van die verpleegkundige aangedui word en word volgens Cole en Shanley (1998:1172) aangehaal. Die genoemde vaardighede word nagraads bekom, is tegniekgerig en kan die geneesheer se rol verlig deurdat sommige take na die professionele verpleegkundiges afgewentel word. Daar is egter volgens Cole en Shanley (1998:1172) sterk kritiek teen die genoemde beheerliggaam se begrip van roluitbreiding. Die voorbehoud is dat professionele eenheidsverpleegkundiges veilig en bekwaam kan praktiseer en deur toepaslike professionele en wetlike steun promoveer word. Daar is ook kritiek dat professionele verpleegkundiges in die rol meer daarna streef om hul eie status te verhoog as om verpleging van pasiënte te verbeter. Die aanduidings is dat dié verpleegkundiges vergoed word vir mediese take, eerder as vir verpleegvaardighede, wat op 'n terugkeer na die ou mediese model dui. 'n Holistiese benadering, gekenmerk deur outonomie, professionalisme en 'n aktiewe vennootskap tussen pasiënt en verpleegkundige, word sterk beklemtoon (Cole & Shanley, 1998:1172).

Ten einde te begryp wat met outonomie geïmpliseer word, sal enkele standpunte in perspektief geplaas word vanuit die verdiepende literatuurstudie. Die dilemma kom voor omdat 'n groot mate van outonomie in die professionele verpleegkundige se rol geïmpliseer word. Hulle het ook 'n onafhanklike funksie om te vervul. Dit blyk egter dat weinig outonomie toegelaat word. Die Verpleegkundestudente van alle kategorieë word soortgelyk professioneel voorberei, sodat hulle as outonome praktisyns kan funksioneer. Die onderliggende beginsel is dat professionele outonomie die professionele verpleegkundige se waargenome gewilligheid om as 'n verantwoordelike professionele individu op te tree, beklemtoon. Die afhanklike en onafhanklike

funksies wat professionele verpleegkundiges ten opsigte van die verpleging van pasiënte het, met voorspraak vir pasiënte as die primêre verantwoordelikheid, word benadruk (Wade, 1999:313). Ten einde professionele outonomie ten opsigte van verpleeghandelings te verkry, behoort Verpleegkundestudente by die besluitneming op alle vlakke van die onderriginstansie betrokke te wees. Die Verpleegkundedosente behoort nie beskou te word as verspreiders van kennis nie, maar as individue wat teoretiese posisies en interpretasies vir eksplorering aandui. Wade (1999:316) beskou professionele outonomie as 'n komplekse multidimensionele begrip, wat die resultaat van lewenservaring, oortuigings en sosialisering mag wees.

Sosialisering van vroue en die professionele sosialisering van professionele verpleegkundiges word deur Wade (1999:316) as een van die moontlike faktore aangedui wat die ontwikkeling van professionele verpleegoutonomie mag inhibeer. Die onderrigprogram behoort weg te beweeg van 'n beklemtoning van verpleegopleiding na verpleegonderrig. Dit behoort te fokus op programinhoud wat outonome besluitneming beklemtoon, deur in stede van tegniek en ritualistiese denke, na insig en ondersoek te beweeg. Die gedrag wat met professionele outonomie vereenselwig word, behoort suksesvol in hul waardestelsel geïntegreer te word ten einde 'n belewenis te bevestig dat hulle in beheer van die werkomgewing en uiteindelik van hul professie is. Progamevaluering behoort dus kriteria te stel wat verwant is aan die ontwikkeling van houdings ten einde professionele verpleegoutonomie te weeg te bring. Die eienskappe van omgee, verantwoordbare, oordeelkundige besluitneming in samehang met kliënte, vergesel van kollegiale interafhanklikheid met lede van die gesondheidsorgdiensleweringspan, word bepleit. Insgelyks word pro-aktiewe voorspraak vir pasiënte en kliënte, wat 'n kombinasie van manlike en vroulike eienskappe is, benodig om onafhanklik van ander spanlede en terselfdertyd in samewerking te funksioneer.

Die Nasionale Gesondheidsplan vir Suid-Afrika (ANC, 1994:71) verwys na die wyses waarop die privaatsektor en onafhanklike praktisyns bydraes kan lewer ten opsigte van die bereiking van doelstellings om gesondheidsorgdienste aan almal te lewer. Die hoop word uitgespreek dat alle privaatpraktisyns van alle kategorieë gesondheidsorgdiensleweringpersoneel bereid sal wees om binne multidissiplinêre spanverband saam te werk ten einde 'n omvattende bydrae tot die primêre- gesondheidsorgstelsel te lewer. Dit impliseer ooreenkomstig outonomie van professionele verpleegkundiges. Aangesien daar in Suid-Afrika dus baie klem geplaas word op outonome optrede deur die primêre gesondheidsorgbenadering wat aanbeveel word, behoort die voorbereiding van die Verpleegkundestudente van alle kategorieë daarop te konsentreer om outonome praktykvoering by hulle te fasiliteer.

Keenan (1999:560) bevestig na aanleiding van 'n konsepontleding van outonomie dat die enigste duidelike gevolg wat hieruit voortvloei dié van verantwoordbaarheid is. Die konsepte strukturele en houdingsoutonomie waarna Keenan (1999:561) verwys, verskaf geen duidelike riglyne oor outonome optrede nie. Eersgenoemde kan bereik word deur middel van werkbeskrywings, wat die grense of beperkings vir oordeel en besluitneming aandui. Dit sal aandui of werksoutonomie asook die mate waarin dit bestaan, toegelaat word. Houdingsoutonomie meet die individuele persepsie van die persoon oor die mate van outonomie waaroor hulle beskik. Dit is hoogstens voorstelle en subjektiewe kriteria waarvolgens outonomie gemeet kan word. Hoewel die definisie van outonomie volgens Keenan (1999:561) daarop dui dat die uitoefening van oorweegde, onafhanklike besluitneming om 'n gewenste uitkoms te bereik toepaslik is, bestaan daar geen direkte metode om outonomie waar te neem nie. Vanuit die bogenoemde uiteensetting kan egter afgelei word dat werks- en houdingsoutonomie in verpleging verontagsaam word.

Dit is dus noodsaaklik om die begrip in die Suid-Afrikaanse konteks uit te klaar, sodat Verpleegkundestudente ooreenkomstig ingelig kan word ten opsigte van die optredes wat hulle toegelaat word. So kan geneeshere weet wat die spesifieke take is wat na Verpleegkundestudente afgewentel kan word.

Stelling 3:

Die personeeltekort veroorsaak dat gedwonge vroeë verantwoordelikheid en leierskaptake van voorgraadse Verpleegkundestudente vereis word, sodat hulle gedwing word om risiko's bokant hul kundigheidsvlakke te hanteer.

Voorgraadse Verpleegkundestudente word in hierdie navorsing gedwing om weens 'n personeeltekort vroeë verantwoordelikheid en risiko's wat bokant hul kundigheidsvlakke is, te hanteer. Reeds in 1988 bevraagteken Van Vuuren (1988:79) na aanleiding van navorsingsbevindings of die Verpleegkundestudente nie aan hul eie oordeel en genade oorgelaat word nie. Wanneer daar in ag geneem word dat in 'n gegewe situasie meer as 40% van begeleiers minder as vyf ure per week aan kliniese begeleiding bestee. Navorsing deur Bezuidenhout en Basson (1992b:13) dui aan dat 35% van die professionele eenheidsverpleegkundiges dié kommer oor Verpleegkundestudente deel. Dié kommer bestaan veral omdat die praktyk van hulle vereis om vinniger bevoeg te wees in gevorderde prosedures as wat die jaarvlak van programvordering aandui. Vanweë die werkslading word Verpleegkundestudente oorlaai met take waarvoor hulle nie opgewasse is nie. Met betrekking tot die verwagtings wat aan

Verpleegkundestudente gestel word, dui meer as 40% van die professionele eenheidsverpleegkundiges volgens Bezuidenhout en Basson (1992b:13), aan dat daar te veel en te vroeg verantwoordelikhede op die skouers van die jong Verpleegkundestudente geplaas word. Dit vind veral plaas met betrekking tot nagdiens waar hulle sonder die nodige begeleiding en ondersteuning werk. Die beperkings op hul praktyk sodat hulle nie krisissituasies mag hanteer nie, kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

In navorsing deur Troskie (1993:57) word bevind dat die nuutgegradueerde professionele eenheidsverpleegkundiges aan 'n posisie toegewys word waar hulle geleidelik groter verantwoordelikheid aanvaar. Daarteenoor bevind Van Wyk (1982:18) dat van Verpleegkundestudente verwag word om groot verantwoordelikheid te dra, ten spyte waarvan hulle dan as onvolwassenes behandel word en swak interpersoonlike verhoudings met hulle gehandhaaf word.

4.3.2.1.3 Die studentstatus van voorgraadse Verpleegkundestudente word deur die owerheid verontagsaam

Die owerheid se klaarblyklike onvermoë om aan professionele behoeftes te voldoen, blyk uit die volgende vyf stellings wat daarop dui dat die professionele status van die beroep benadeel word.

Stelling 1:

Disrespek teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente kom voor waar owerhede neerhalend na hulle as laevlak taakverrigters verwys, wat die professionaliteit van die beroep skaad.

Stelling 2:

Die onuitgeklarede status van voorgraadse Verpleegkundestudente veroorsaak dat hulle as werkers uitgebuit word, en dat ander kategorieë gesondheidsorgpersoneel take na hulle afwentel weens hul deurlopende teenwoordigheid by pasiënte.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente moet paramediese en ander personeel se nie-verpleegkundige take waarvoor hul kennis onvoldoende is verrig, as gevolg waarvan oorvleueling in werkbeskrywings voorkom met gevolglike verwarring en misnoegdheid weens die misverstande wat tussen die groepe voorkom.

Stelling 4:

Tweërlei beheer deur die Skool vir of departemente van Verpleegkunde en geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasies lei tot blaamverplasing tussen dié organisasies wanneer probleemsituasies opduik en probleme meestal onopgelos gelaat word.

Stelling 5:

Vyandigheid en min ondersteuning word aan voorgraadse Verpleegkundestudente gebied wat 'n gevoel van onveiligheid en verlies aan geborgenheid skep waardeur hul uitgebreide terapeutiese asook professionele en persoonlike ontwikkeling gestrem word.

Literatuurkontrolle van die bogenoemde stellings

Vanuit die literatuur word die volgende bevestiging gekry:

Stelling 1:

Disrespek teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente kom voor waar owerhede neerhalend na hulle as laevlaktaakverrigters verwys, wat die professionaliteit van die beroep skaad.

Hierdie belewenis dat die owerheid disrespekvol en vernederend teenoor B.Cur.-graadstudente optree, blyk 'n eenmalige gebeurtenis te wees en kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 2:

Die onuitgeklarede status van voorgraadse Verpleegkundestudente veroorsaak dat hulle as werkers uitgebuit word en dat ander kategorieë gesondheidsorgdiensleweringpersoneel take na hulle afwentel, weens hul deurlopende teenwoordigheid by pasiënte.

Vanweë bogenoemde probleem ontstaan rolverwarring aangaande die opleidingsbehoefte van voorgraadse Verpleegkundestudente. Bezuidenhout en Basson (1992b:13) bevind dat hoewel daar deur die geïntegreerde vierjarige program in Verpleegkunde gepoog word om groter studentstatus aan die Verpleegkundestudente te verleen, hulle steeds deur 64% van die professionele verpleegkundiges as 'n werkkrag gesien word. Dit is veral vanweë die feit dat daar nie voldoende ander kategorieë verpleegpersoneel beskikbaar is vir die verpleging van pasiënte nie.

Hierdie situasie ten opsigte van die Verpleegkundestudente se status ontstaan deurdat daar deur beide die destydse Suid-Afrikaanse Verpleegstersraad en -Vereniging in alle basiese verpleegprogramme wat gevolg word, aan die Verpleegkundestudente *de facto*- en *de jure*-studentstatus toegeken is tydens die onderhandelings met en die samewerkingsooreenkomste vir inskakeling van verpleegkolleges by universiteite (Searle, 1983:6-7). Die direkte implikasie is dat Verpleegkundestudente vir die volle duur van die program by die universiteite of kolleges

geregistreer word en dus deur die onderriginstansies beheer word. Die hospitaal aanvaar verantwoordelikheid vir die veilige verpleging van pasiënte, wat meebring dat 'n tweeledige verantwoordelikheid tussen die onderriginstansie en gesondheidsorgdienslewering-organisasies bestaan en 'n opvoedkundige skakeling tussen die twee instellings voorkom. Botallige studentstatus word nie aanvaar nie, wel 'n ratio van professionele verpleegkundiges teenoor die van Verpleegkundestudente sodat onderrig kan plaasvind. 'n Samewerkings-ooreenkoms is dus tussen die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en die onderriginstansies bereik ten einde die teoreties-kliniese integrasie te laat vlot. Die afleiding van die navorser is dat hierdie ooreenkoms klaarblyklik nie voldoende gerealiseer het nie.

Een van die redes vir die probleme om botallige status aan Verpleegkundestudente toe te ken, mag moontlik aan soortgelyke probleme wat in die Verenigde Koninkryk ervaar word, gekoppel word. Laasgenoemde blyk uit 'n verdere verdiepende literatuurstudie volgens die bevindings van Bentley (1996:135). Konflik tussen geneeshere en die bestuur van gesondheidsorgdiensleweringorganisasies wat die moontlike verswakking van verpleging verwag het wanneer verpleegkundiges minder pasiëntgerigte ervaring sou opdoen, moes opgeweeg word teen die verswakte werwing van toekomstige Verpleegkundestudente. Daar was ook die druk wat die mediese wetenskap uitoefen ten einde verpleegonderrig sodanig te ontwikkel dat dit verpleegkundiges wat daartoe in staat is, tot outonome denke kon rig. Beurse word hiervolgens aan verpleegkolleges betaal nadat 'n kontrak vir die aantal Verpleegkundestudente in 'n gegewe jaar afgehandel is. Verpleegkundestudente geniet botallige status vir 'n periode van agtien maande, in ruil waarvoor hulle 'n diensbydrae van 20% vir die 3 jaar van opleiding maak as teenprestasie vir botallige status vir die hele tydperk wat die program duur (Bentley, 1996:135). Volgens die benadering van die Projek-2000-diploma in Verpleging wat in die Verenigde Koninkryk gevolg word, beklee Verpleegkundestudente 'n botallige status vir die eerste 18 maande en word daarna voltyds op 'n diensrooster ingedeel (Holland, 1996:5).

Geen vordering is egter in Suid-Afrika gemaak nie en die probleem van onuitgeklarede studentstatus bestaan steeds. Dit het verskillende nadele vir Verpleegkundestudente wat noodgedwonge op die salarisstelsel staat maak en hulle dan vanweë 'n personeeltekort as werkkragte aangewend word. Ten opsigte van studentstatus is verskeie pogings deur verpleegopvoeders aangewend om 'n verbetering aan te bring. Ten spyte van probleme wat eiesoortig aan die meerderheid van die Suid-Afrikaanse Verpleegkundestudente se ekonomiese behoeftes is, is daar egter geen verdere vordering gemaak nie. In die Staatskoerant (RSA, 1997:59) word die nuwe beursskema vir toekomstige studente in die gesondheidswetenskappe bespreek, terwyl die bestaande beursverpligings en opleidingskemas van studente met die

dienste behou word. Professionele Verpleegkundestudente word uitgesluit van die beursskemas en die bestaande stelsel van 'n salaris vir diens gedurende hul opleiding word voortgesit.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente moet paramediese en ander personeel se nie-verpleegkundige take waarvoor hul kennis onvoldoende is, verrig as gevolg waarvan oorvleueling in werksbeskrywings voorkom en met gevolglike verwarring en misnoegdheid weens die misverstande wat tussen die groepe voorkom.

Hierdie probleem kon nie direk uit die literatuur bevestig word nie. Stelling 3 blyk dus uniek aan die navorsing te wees.

Stelling 4:

Tweërlei beheer deur die Skool vir of departemente van Verpleegkunde en geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasies lei tot blaamverplasing tussen dié organisasies wanneer problemsituasies opduik en probleme meestal onopgelos gelaat word.

Die gesagdraende liggaam impliseer die instelling wat oorhoofse beheer vir die onderrig van voorgraadse Verpleegkundestudente neem. Hoewel die onderriginstansies die oorhoofse beheer oor die verpleegonderrig volgens onderhandeling doen (sien stelling 2), word daar nie direkte beheer geneem wanneer die voorgraadse Verpleegkundestudente in die kliniese eenhede werksaam is nie. Besluite aangaande dissipline en teregwysing kom verskuil voor, wat dié studente verontreg laat voel wanneer niemand in die verband hulle ondersteun nie.

Stelling 4 kon nie deur die literatuurstudie bevestig word nie.

Stelling 5:

Vyandigheid en min ondersteuning word aan voorgraadse Verpleegkundestudente gebied wat 'n gevoel van onveiligheid en verlies aan geborgenheid skep, waardeur hul uitgebreide terapeutiese asook professionele en persoonlike ontwikkeling gestrem word.

Bevestiging vir stelling 5 word nie in die literatuur aangedui nie.

4.3.2.1.4 Onvoldoende menslike hulpbronne beskikbaar

Die redes vir en die tekort aan menslike hulpbronne word in die volgende twee stellings aangedui.

Stelling 1:

Vanweë 'n deurlopende personeeltekort word voorgraadse Verpleegkundestudente as werkkragte gebruik en moet hulle onrealistiese werkladings hanteer as gevolg waarvan laer kwaliteitverpleging en slegs fisieke versorging van pasiënte realiseer.

Stelling 2:

Foutiewe personeeltoewysingsmetodes word gebruik deurdat verpleegpersoneel nie volgens behoeftebepaling en aktiwiteite in die kliniese eenhede beraam word nie.

Stelling 1:

Vanweë 'n deurlopende personeeltekort word voorgraadse Verpleegkundestudente as werkkragte gebruik en moet hulle onrealistiese werkloadings hanteer as gevolg waarvan laer kwaliteitverpleging en slegs fisieke versorging van pasiënte realiseer.

Die feit dat voorgraadse Verpleegkundestudente hoofsaaklik as werkkragte gebruik word en die onderrigfunksie uit die oog verloor word, kan direk aan die personeeltekort gekoppel word. Van Velden *et al.* (1998:27) bevind dat professionele verpleegkundiges oor die algemeen waardevolle pasiëntkontaktyd verloor omdat hulle betrokke is by die lewering van nie-verpleegkundige take soos skoonmaakdienste en voedselvoorbereiding (49,8%). In 93% van die respondente se beraming vorm Verpleegkundestudente die uitsluitlike werkkrag in kliniese eenhede. 'n Bevinding van Lees *et al.* (1992:10) bevestig die feit dat enkele respondente die Verpleegkundestudente slegs as werkkragte beskou, terwyl 'n totaal van 26 respondente die mening handhaaf dat dit goed is as hulle op die moeilike en harde manier leer.

Reeds in 1982 noem Van Wyk (1982:18) dat Verpleegkundestudente as werkkragte gebruik word en dat die reg van dié Verpleegkundestudente ontken word. Dit is omdat hulle slegs moet werk en indien daar minder studente aangestel word, word dit onmiddellik as 'n bedreiging vir verpleegdienste geïnterpreteer. Hoe minder die aantal Verpleegkundestudente wat beskikbaar is, hoe erger word die druk om die klasyd te verminder. Hulle moet werk en leer is sekondêr, wat meebring dat die status en werksomstandighede van die Verpleegkundestudente daartoe bydra dat verpleging nie aan hul verwagtings voldoen nie.

Dit is die mening van Metzger (1991:53-64) dat die gesondheidsorgdiensleweringstelsel wat na hoë gesofistikeerde benaderings beweeg, 'n uitdaging aan bestuur rig om strukture in plek te kry sodat geleenthede vir werknemers geskep word waar hul inherente motivering om 'n bydrae te lewer, erken word. Probleme soos personeelvoorsiening, produktiwiteit en beloningstelsels moet aandag geniet en regverdige behandeling, asook die erkenning van hul waardes en behoeftes, moet deur samewerking en spanwerk verkry word. Die vereistes wat die verpleegonderriginstansies in vooruitsig gestel het, was tydens die inskakeling van

verpleegkolleges by die tersiêre onderwysstelsel aan universiteite en die aansprake wat die behoeftes van die gesondheidsorgdiensleweringstelsel noodsaak, dus duidelik in konflik met mekaar. 'n Ernstige vermaning word deur Troskie *et al.* (1998:45) aan professionele eenheidsverpleegkundiges gerig dat Verpleegkundestudente nie net in die eenhede geplaas word om te werk nie, maar daar is om te leer.

Anon (1990:5) verwys na 'n meningsopname onder die Verpleegkundestudente in die vierde jaar van hul opleiding aan 'n verpleegkollege rakende die invloed wat die personeeltekort op die hantering van die program uitoefen. Dit blyk dat die probleem in 50% van die Verpleegkundestudente tot verhoogde stresvlakke bygedra het. Daar het konflik met groepsgeenote by 15% van die respondente voorgekom, terwyl 70% van die respondente konflik met die professionele verpleegkundiges as gevolg van stres ervaar het. 'n Groep van 60% het psigiese en fisiese uitputting in so 'n mate beleef dat die helfte van die respondente ongemotiveerd geraak het. 'n Kleiner groep het dit as die rede vir swak akademiese prestasie aangedui. Van der Colff (2001:155) wys daarenteen na persepsies wat Verpleegkundes dosente handhaaf dat die deurlopende werkdruk selfs op die voorgraadse Verpleegkundestudente in die eerste jaar uitgeoefen word, sonder dat akademiese eise in ag geneem word.

Stelling 2:

Foutiewe personeeltoewysingsmetodes word gebruik, deurdat verpleegpersoneel nie volgens behoeftebepaling in die kliniese eenhede beraam word nie.

Stelling 2 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Daar word vervolgens 'n uiteensetting gegee van die tweede subkategorie, naamlik die vyandige organisasieklimaat.

4.3.2.2 'N VYANDIGE ORGANISASIEKLIMAAT HEERS IN DIE KLINIESE EENHEDE

Die bogenoemde subkategorie dui die volgende eienskappe aan:

- 4.3.2.2.1 Professionele onverskilligheid van professionele eenheidsverpleegkundiges word aangetref.
- 4.3.2.2.2 Die hospitaalpersoneel bevorder beroepskategorisering en -konflik.
- 4.3.2.2.3 Wisselende kontekste van interdisiplinêre samewerking manifesteer.
- 4.3.2.2.4 Destruktiewe dissipline en misbruik van mag kom voor.

4.3.2.2.5 Vooroordeel en diskriminasie teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente is aanwesig.

Die induktiewe ontleding van data en verdere deduktiewe afleidings gee aanleiding tot die volgende stellings.

4.3.2.2.1 *Professionele onverskilligheid van professionele eenheidsverpleegkundiges word aangetref*

Die volgende drie stellings dui die bevindings aan.

Stelling 1:

Pligsversuim van professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van die verpleging van pasiënte gaan gepaard gaan met swak toesig en verplasing van verantwoordelikheid vir kliniese aktiwiteite na voorgraadse Verpleegkundestudente, wat sonder begeleiding werk en hulle laat voel of hulle voortdurend in bevel is.

Stelling 2:

Die verouderde kundigheidsvlakke vanweë die lang tyd sedert programvoltooing bring 'n agterstand ten opsigte van resente vaardighede mee wat van professionele eenheidsverpleegkundiges swak rolmodelle ten opsigte van kundigheid en kennis maak.

Stelling 3:

Die permanente personeel openbaar 'n lae moreel, kom voor asof hulle nie regtig hul beroep wil beoefen nie en dat werksbevrediging ontbreek, wat op stagnering dui.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

'n Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde bevestig die volgende aspekte:

Stelling 1:

Pligsversuim van professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van die verpleging van pasiënte gaan gepaard gaan met swak toesig en verplasing van verantwoordelikheid vir kliniese aktiwiteite na voorgraadse Verpleegkundestudente, wat sonder begeleiding werk en hulle laat voel of hulle voortdurend in bevel is.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing beleef die professionele eenheidsverpleegkundiges as onwillig om aan verpleging van pasiënte deel te neem, wat vir hulle aan pligsversuim grens. Bevestiging vir hierdie bevindings word deur enkele navorsers aangedui.

Bezuidenhout en Basson (1992b:15) bevind dat meer as die helfte van Verpleegkundestudente daarop wys dat die professionele eenheidsverpleegkundiges soms of nooit tyd aan die persoonlike versorging van hul pasiënte afstaan nie. Lees *et al.* (1992:10) se bevindings dui daarop dat enkele professionele eenheidsverpleegkundiges selfs van mening is dat hulle nie direkte pasiëntsorg hoef te verleen nie. Die uitgebreidheid van hul verantwoordelikheid is dikwels in teenstelling met die beperkte outoriteit wat aan professionele verpleegkundiges verleen word. Reeds in 1982 spreek Van Wyk (1982:20) kommer uit dat die uitgebreide verantwoordelikhede van professionele eenheidsverpleegkundiges hulle van basiese verpleging ontnem. Volgens Van Wyk (1982:20) is die Verpleegkundestudente se persepsies dat dit professionele eenheidsverpleegkundiges reduseer tot kantoorwerkers en veroorsaak dit kliniese stagnering sodat hulle nie in staat is om Verpleegkundestudente te begelei nie. Die bevindings van hierdie navorsing stem met die voorafgaande persepsies ooreen. Ten opsigte van die waarde wat verpleegkundiges aan die behoeftes van pasiënte heg, bevind Fagermoen (1997:440) dat die omgee vir pasiënte en hul gesondheidsbehoefte tog voorrang geniet. Die voorsiening van fisieke versorging, individuele aandag en die skep van 'n geborge en vertrouensomgewing, is fundamenteel as hul verantwoordelikheid aangedui deur alle verpleegkundiges wat aan dié navorsing deelgeneem het.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing ervaar egter emosionele stres vanweë druk wat na hulle verplaas word om vroeë verantwoordelikheid vir situasies te aanvaar. Lindop (1999: 971) wys op die moontlikheid dat die derdejaarstudente meer stres ervaar vanweë die hoë mate van verantwoordelikheid wat aan hulle toegewys word, sonder dat voldoende toesig deur professionele eenheidsverpleegkundiges verleen word. Reeds in 1982 dui Fry *et al.* (1982:23) die redes aan waarom Verpleegkundestudente by 'n hospitaal in die destydse provinsie van Natal bedank het. Swak omstandighede in die kliniese afdelings, swak interpersoonlike verhoudings, die kritiese houdings van die kliniese personeel, aftakeling in die teenwoordigheid van pasiënte en stres wat hulle nie kan hanteer nie - soos kanker en dood – word by 40% van die uitvallers aangetoon. Die stres wat Verpleegkundestudente ervaar weens die hoë verantwoordelikhedsvlakke, blyk dus meer 'n probleem te wees as die begeleiding ten opsigte van kliniese vaardighede wat hulle benodig. Dié probleem blyk steeds onopgelos te wees.

Stelling 2:

Die verouderde kundighedsvlakke vanweë die lang tyd sedert programvoltooiing bring 'n agterstand ten opsigte van resente vaardighede mee wat van professionele eenheidsverpleegkundiges swak rolmodelle ten opsigte van kundigheid en kennis maak.

Die respondente ervaar die verouderde kundighedsvlakke van die professionele eenheidsverpleegkundiges as problematies. Dié tekortkomings noodsaak voortgesette onderrig en indiensopleiding ten einde op hoogte van nuwe ontwikkelings te kom en te bly. Bezuidenhout en Basson (1992b:15) is van mening dat die kliniese vaardighede van die professionele eenheidsverpleegkundige nie optimaal ontwikkel is nie, aangesien meer as die helfte aangedui het dat hulle nie as ten volle paraat beskou kan word met betrekking tot kliniese aangeleenthede in die eenhede nie. Dit bring mee dat professionele eenheidsverpleegkundiges nie op hoogte is van die psigomotoriese vaardighede waarvoor Verpleegkundestudente behoort te beskik nie. Die gevolg is dat hulle nie die korrekte evaluering kan doen nie. In ooreenstemming hiermee bevind Mulder en Viljoen (1992:34-35) dat die evalueerders 'n gebrek aan motiveringskennis en vaardigheid toon, gepaard met 'n onsekerheid oor die standaard wat tydens kliniese evaluering gehandhaaf moet word. Weerstand teen verandering blyk ook 'n probleem te wees.

Benewens die terapeutiese en onderrigvaardighede waaroor professionele eenheidsverpleegkundiges moet beskik, word 'n groot mate van outonomie in primêre gemeenskapgesondheidsorg verwag. Dit sluit in beraming- en diagnostiese vaardighede, waarvan sommige terapeutiese ingrepe benodig wat nie normaalweg in die hospitaal gedoen word nie. Williams en Sibald (1999:741) wys op die verandering in rolverwagtings wat die professionele verpleegkundige in 'n primêre gesondheidsorgsituasie in die gesig staar. Daarbenewens is daar dikwels ook vrees vir onverwagte gebeure, waardeur 'n gevoel van onbekwaamheid voorkom. In samehang hiermee bevind Bezuidenhout (1988:30) dat meer as 40% van die professionele eenheidsverpleegkundiges se paraatheid veral ten opsigte van krisishantering as onvoldoende beskou kan word.

Tydens 'n verdere literatuurstudie blyk dit dat dié probleem reeds lank bestaan en verskeie aanbevelings om die toestand reg te stel, blyk uit die literatuur. Wildman *et al.* (1999:246) is egter van mening dat voortgesette onderrig 'n positiewe impak op die kliniese praktykvoering van professionele eenheidsverpleegkundiges behoort uit te oefen. Dit blyk uit 'n onderhoud wat Williams en Sibald (1999:741) gedoen het. Daar word aangevoer dat verpleegonderriginstansies verantwoordelik gehou word dat hulle die professie faal omdat hulle nie die nodige leergeleentheid aanbied nie. Ook ontwikkel Verpleegkundestudente nie tot selfversekerde en vaardige professionele verpleegkundiges nie, word aangevoer. Na aanleiding van die navorsing na die waarde van ná-registrasie-onderrig bevind Wildman *et al.* (1999:252) dat voortgesette professionele onderrig 'n verbetering in kliniese praktykvoering teweegbring. Wetlike en etiese aspekte, navorsing en sosiale wetenskappe, word meer waardevol as die biologiese wetenskappe beskou, aangesien dit die denke van professionele verpleegkundiges rig om in die praktyk op te tree.

Dit is te betreur dat Suid-Afrikaanse professionele verpleegkundiges baie lae werkstevredenheid ervaar. Dit bring mee dat hoog opgeleide personeel die land verlaat, met ooreenkomstig minder toetredende skoolverlaters wat die beroep wil volg. Koorts en Marais (1990:29-31) het vasgestel dat professionele verpleegkundiges numeries die laagste werkstevredenheid van alle professies wat in die steekproef gebruik is, ervaar. Ontevredenheid kom veral by senior personeel voor weens die tekort aan verdere onderrig- en bevorderingsgeleentheid en 'n negatiewe houding oor die omstandighede waaronder hulle moet werk. Ten spyte van die beskuldiging dat daar nie onderriggeleentheid is nie, vind Lees *et al.* (1992:9) egter dat slegs 12% van die deelnemende respondente aandui dat hulle gereeld seminare bywoon. Sowat 42% skerp hul kennis op deur vakliteratuur op 'n ongereelde basis en slegs 64% van die respondente dui betrokkenheid by verenigings en genootskappe aan.

Hooker (1991:254) is van mening dat veranderings in die gesondheidsorgdiensleweringstelsels op 'n beter wyse bekend gestel moet word met geleenthede om die implikasies te bespreek. 'n Konsulterende eerder as 'n voorskriftelike beleidsdokument moet daargestel word ten einde professionele verpleegkundiges betrokke te kry. Die inter- en transkulturele aspekte en die veranderende situasie in die gesondheidsorgdienste ten einde rasse- en etniese groepe se kultuurverskille in ag te neem, behoort prioriteit te geniet. 'n Transkulturele gemeenskaplike kern vir verpleegkundiges se professionele identiteit word genoodsaak om die aktualisering van waardes, vaardighede, medemenslikheid en wederkerige vertrouwe te vestig. Daarbinne kan verpleging as 'n mensgerigte en morele, praktykgerigte beroep gevestig word sodat persoonlike sorg aan pasiënte verleen kan word (Fagermoen, 1997:434).

Na aanleiding van navorsing deur Buchnan (1999:824) in die Verenigde Koninkryk blyk dit dat een uit elke vyf professionele verpleegkundiges ouer as 50 jaar is. Dit is dus belangrik om die bydrae van die ouer verpleegkundiges te erken. Daar moet ook op beter werksomstandighede, loopbaanontwikkeling en gefasseerde aftrede en voordele gekonsentreer te word ten einde hulle te behou en bydraes te lewer sodat lewenslange leer kan plaasvind (Buchan, 1999:824).

Kotzé (1990:75) wys op die gevaar van die professionele verpleegkundige wat in die veiligheid van tradisionele denke vasval. 'n Basiese vereiste vir die waarborg van deurlopende groei is die strewe na toepaslikheid en doelmatigheid op uitvoerende vlak. 'n Behoud van 'n greep op die globale werklikheid wat op beleidbepalende vlak uitgeoefen word, word ook bepleit. Daar bestaan nie volgens Kotzé (1990:75) 'n volkome beroep of 'n volkome professionele persoon nie. Die persone in 'n leierskapsituasie behoort dus met inagneming van die eise van die situasie of posisie binne die rekonstruering van die gesondheidsorgdienste, tegnies, instrumenteel, menskundig en konseptueel bedrewe te wees ten einde professionele verpleegkundiges en verpleegdienste doeltreffend tot hul reg te laat kom. Volgens die respondente in hierdie navorsing behoort standarde vir die hernuwing van registrasie van professionele verpleegkundiges vasgestel en op 'n driejaarlikse grondslag in die Suid-Afrikaanse konteks evalueer te word.

Stelling 3:

Die permanente personeel openbaar 'n lae moreel en kom voor asof hulle nie regtig hul beroep wil beoefen nie en dat werksbevreëdiging ontbreek, wat op stagnering dui.

Die respondente beleef die permanente personeel as gedemotiveerd, wat deur swak werksverrigting en stagnering gekenmerk word. Dit lei veral daartoe dat verpleegkundiges nie werksbevreëding ervaar nie. Bevestiging vir dié bevindings word deur verskeie outeurs aangedui, asook dat dit nie 'n nuwe probleem is nie.

Dié faktore wat lae moreel aandui, is reeds in 1984 deur Searle (1984:6) geïdentifiseer. Dit is naamlik verwaarlosing van pasiënte deur onkundige en onverskillige praktyk, 'n slordige voorkoms op straat en in die kliniese eenhede, asook verskeie dissiplinêre aksies teenoor verpleegkundiges van alle kategorieë wat jaarliks toeneem. Ten spyte van die wetlike voorsiening in die Wet op Verpleging (Wet No. 50 van 1978) en die wette wat dié Wet voorafgegaan het, vind Searle (1984:6) dit 'n moeisame taak om professionele verpleegkundiges te laat insien dat hulle volledig verantwoordelik is vir hul eie handelings en versuime. Hulle behoort 'n gesamentlike verantwoordelikheid met die geneesheer vir pasiëntsorg te aanvaar.

Volgens Searle (1984:4) het die Medical Pharmacy Act No. 34 van 1891 reeds die wetlike status van die professionele verpleegkundige vasgestel. Daarvolgens kon Vroedvroue en professionele verpleegkundiges op dieselfde register as geneesheer geplaas word. Verpleegkundiges is afhanklik van die onderhoud van die Wet op Verpleging (Wet No. 50 van 1978 soos gewysig), om te praktiseer. Hulle is nie van die geneesheer se bevel afhanklik nie, met toerekenbaarheid inherent aan die verpleegpraktyk gekoppel, wat as riglyne vir praktyk moet dien. Die onafhanklike funksies sluit in waarneming, rekordhouding van reaksies en behandeling van pasiënte, toesig oor pasiënte en die omgewing, kollegas en ander werkers se dienste, persoonlike en omgewingshigiëne geassosieer met gesondheidsorg en voorligting aan en bystand met sosiale dienste. In Artikel 47 van dié Wet word aangedui dat individuele verpleegkundiges wat aan skandelige gedrag skuldig bevind word, se name van die register verwyder kan word. Die uitvoer van die geneesheer se bevel is noodsaaklik, mits dit binne die professionele verpleegkundige se bekwaamheidsfeer val. Dit mag nie teen haar geloof indruis nie en moet wetlik, duidelik en akkuraat wees. Dit mag ook nie teen die beleid van die owerheid wat 'n kontraktuele verhouding met die pasiënt het, wees nie ten einde die veiligheid van sy persoon te handhaaf (Searle, 1984:5).

Ten einde die lae moreel van professionele verpleegkundiges beter te begryp, word 'n verdere verdiepende literatuurstudie gedoen om die moontlike redes daarvoor vas te stel.

Benade (1990:17) wys daarop dat dit belangrik is om daarop te let dat 'n selfaktualiserende werker met oorgawe by sy werk betrokke raak, groei ervaar deur sy werk, vreugde uit nuwe uitdagings put en dat die persoon oor outonomie beskik en in sy werk belang stel. Dit is voorts

die mening van Benade (1990:17) dat daar 'n klimaat van onderlinge vertrouwe en respek geskep moet word waarin ondergeskiktes en kollegas die geleentheid kry om tot hul volle potensiaal te ontwikkel.

Verskeie redes mag benewens die persoonlikheidseienskappe van die individu tot lae moreel bydra. Een daarvan kan wees 'n swak passing tussen die persoon en die werksomgewing. Mansfield *et al.* (1989:502-507) beklemtoon dat 'n swak passing tussen die persoon en die werksomgewing tot werkstres en -ontevredenheid lei. Professionele verpleegkundiges behoort dus toegelaat te word om beter keuses te doen ten opsigte van die kliniese eenhede waar hulle werk, wat volgens hul voorkeure en sterk eienskappe beraam moet word. Dit sal tot werkstevredenheid bydra. Professionele eenheidsverpleegkundiges behoort deur die organisasiebestuur toegelaat te word om die reg en die verpligting vir eie verantwoordelikheid ten opsigte van hul beslissingsvermoë te gebruik. Dit is ook noodsaaklik dat deelnemende bestuur deel uitmaak van die administratiewe struktuur van die hospitaal. Voortdurende oriëntering van verpleegkundiges en pasiënte betreffende gesamentlike gesondheidsorgdienslewering aan alle bevolkingsgroepe is noodsaaklik (Poggenpoel *et al.*, 1996:61).

Bousfield (1997:245) bevind met betrekking tot die denke van kliniese verpleegspesialiste en hul ervaring van hul rol in die Verenigde Koninkryk volgens 'n literatuuroorsig vanaf 1943 tot die datum van navorsing die volgende. Dit is naamlik dat die aard van die leierskap wat gebied word, die kennis waaroor hulle beskik, die ondersteuning en tydsbestuur in samehang met verskeie rolverwagtings wat deur die organisasiebestuur, mediese personeel en hulself geskep word, intra- en interpersoonlike rolkonflik veroorsaak. Ontmagtiging, uitbranding weens stres, selfopgelegde aansprake en rolverwagtings met die beperkings en verwagtings wat dit meebring, isolasie en konflik, lei tot probleme wat roluitvoering kortwiek.

Volgens die Nasionale Gesondheidsplan van Suid-Afrika (ANC, 1994:80) se riglyne vir die grootte en samestelling van die spanne van werkers wat op primêre en sekondêre vlakke beoog word, word die klem volgens die aanbevelings eerder op kwaliteit van dienslewering as op rigiede personeelvoorsieningsnorme geplaas. 'n Kommissie van ondersoek wat die diens- en werksomstandighede van alle personeel wat gesondheidsorg in die openbare sektor lewer-salarisse ingesluit - sou behandel, word reeds in 1994 (ANC, 1994:80) as 'n prioriteit aangedui. Ten spyte van die bewustheid van die tekortkomings bly die moreel van professionele verpleegkundiges laag en verlaat hulle die land. Dit bewaarheid Koorts en Marais (1990:29) se voorspellings dat hoogs gekwalifiseerde verpleegkundiges die land weens lae werksbevrediging sal verlaat. Die Regering het voornemens om pogings deur alle sektore, organisasies en individue te koördineer ten einde sosio-ekonomiese ontwikkeling te onderhou en wenslik te

maak sodat 'n gesonde omgewingsbasis vir gesondheid geskep kan word. Dit benodig egter samewerkingspogings van alle betrokke rolspelers. Gesondheidsorgpersoneel het leierskap-, raadgewende, en ondersteuningfunksies om uit te voer, wat binne 'n multidissiplinêre konteks aandag moet geniet (ANC, 1994:24).

4.3.2.2.2 Die hospitaalbestuur bevorder beroepskategorisering en -konflik

Die afleidings word gemaak deur respondente vanweë die konflik wat voortdurend tussen verskillende kategorieë personeel waarneembaar is.

Stelling 1:

Statusverskille tussen groepe verpleegpersoneel, met vooropgesette idees oor elke groep en die kunsmatige skeiding deur kentekens, veroorsaak konflik, waarvoor die hospitaalbestuur verantwoordelik gehou word.

Stelling 2:

Die beleid van deurlopende personeelrotasie veroorsaak spanning en frustrasie deurdat permanente personeel oor ervaringskennis van die kliniese eenhede beskik en roterende personeel as "dom" beskou wanneer hulle nie met die roetine vertrou is nie.

Literatuurkontrolle van bogenoemde stellings

Die literatuurkontrolle kon slegs stelling 2 bevestig.

Stelling 1:

Statusverskille tussen groepe verpleegpersoneel, met vooropgesette idees oor elke groep en die kunsmatige skeiding deur kentekens, veroorsaak konflik, waarvoor die hospitaalbestuur verantwoordelik gehou word.

Stelling 1 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 2:

Die beleid van deurlopende personeelrotasie veroorsaak spanning en frustrasie deurdat permanente personeel oor ervaringskennis van die kliniese eenhede beskik en roterende personeel as "dom" beskou wanneer hulle nie met die roetine vertrou is nie.

Die beleid om verpleegpersoneel op 'n maandelikse basis deur die kliniese eenhede te roteer, dra by tot konflik tussen die permanente en roterende personeel. Behalwe navorsing wat reeds verouderd blyk te wees, is weinig literatuur oor die onderwerp beskikbaar. Van Vuuren (1988:78) bepleit in dié verband dat die professionele eenheidsverpleegkundiges wat in spesialisvelde van verpleging werk, deurlopend in dieselfde kliniese eenhede behoue bly. Dit is die mening van Potgieter (1980:21) dat die gedurige verskuiwing van personeel daartoe bydra dat professionele eenheidsverpleegkundiges wat hoogstens 'n paar maande in die eenhede bly, nie genoeg vakkennis opbou nie, wat tot frustrasie lei. Daar kan aangeneem word dat dieselfde frustrasie ook by voorgraadse Verpleegkundestudente aanwesig is, soos in hierdie navorsing aangedui word. Verpleegkundestudente kan egter as deel van hul onderrig gewys word op die voordeel om in verskeie kliniese eenhede te werk, sodat hulle 'n spesialisrigting kan kies (Mansfield *et al.*, 1989:502-507).

4.3.2.2.3 Wisselende kontekse van interdisiplinêre samewerking manifesteer

Die ervarings en belewenisse ten opsigte van interdisiplinêre samewerking wissel van positief tot uiters negatief.

Die positiewe ervarings dui op spanwerk en groepsgees by sommige hospitale, soos uit die volgende drie stellings blyk.

Stelling 1:

Spanwerk en groepsgees is by sommige gespesialiseerde hospitale aanwesig, waar die bydrae van alle rolspelers, ongeag die status wat hulle in die span beklee of die rol wat hulle vervul, erken word, wat tot spangees en beroepsvervulling aanleiding gee.

Stelling 2:

Die konflik tussen professionele spanlede is nie noodwendig persoonlik gerig nie en oënskynlik goeie verhoudings word met mekaar gehandhaaf.

Die negatiewe ervarings ten opsigte van die interdisiplinêre samewerking oorheers egter en word deur die volgende verdere vyf stellings aangedui.

Stelling 3:

Kampvegtery en dislojaliteit tussen multidisiplinêre spanlede kom algemeen by akademiese hospitale voor weens die intense mededinging en professionele afguns waar individuele prestasie bo spangees en pasiënte gestel word, sodat eie eer vir die genesing van pasiënte nagestreef word.

Stelling 4:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente voel uitgesluit uit die span, en veral die eerste jaar word deur vrees en min deelname aan die span gekenmerk deurdat spanlede as ontoeganklik ervaar word, wat tot 'n gevoel van nuttelosheid en verlies aan eiewaarde by voorgraadse Verpleegkundestudente bydra.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die volgende bevindings uit die literatuur bevestig die stellings.

Stelling 1:

Spanwerk en groepsgees is by sommige gespesialiseerde hospitale aanwesig, waar die bydrae van alle rolspelers, ongeag die status wat hulle in die span beklee of die rol wat hulle vervul, erken word, wat tot spangees en beroepsvervulling aanleiding gee.

Wanneer rolspelers se bydrae erken word en groepsamewerking plaasvind, word 'n atmosfeer van spanwerk en groepsgees ervaar wat tot positiewe belewenisse aanleiding gee. Hoewel daar verskillende hiërargiese strukture binne gesondheidsorgdiensleweringorganisasies voorkom wat impliseer dat interdisiplinêre samewerking baie breed geïnterpreteer mag word, bly dit steeds op mikrovlak van die uitertse belang dat samewerking tussen alle kategorieë verpleegpersoneel behou word. Bezuidenhout en Basson (1992a:29) bevestig die positiewe bydrae van spanwerk in die verskaffing van totale pasiëntsorg waarby studente en alle kategorieë personeel baat vind.

Verdere verdiepende navorsing dui aan dat 'n behoefte aan spanwerk bestaan en dat groot probleme weens die afwesigheid daarvan voorkom. Knight (1998:1289) verwys na die belewenisse van Verpleegkundestudente aan 'n verpleegkollege in Brittanje tydens die vroeë stadia van organisatoriese verandering en die implementering van die Projek-2000-diploma. Verpleegkundestudente het daartydens groot probleme weens 'n verlies aan spanwerk ervaar. Knight (1998:1289) beveel aan dat die behoefte aan spanbou en verbeterde werksverhoudings met kollegas en ander spanlede aandag moet geniet.

Ten opsigte van die samewerking tussen professionele verpleegkundiges en geneeshere bevind Bucknall en Thomas (1997:234-236) dat dié verhouding gekenmerk word deur konflik. Dit kom veral met die junior geneeshere voor wanneer laasgenoemde die oorhoofse beheer wil neem. Sodra daar egter spanwerk is sodat bespreking en rolerkenning sonder oorheersing aangemoedig word, verander die situasie en werk almal saam tot voordeel van die pasiënt. Hope *et al.* (1997:446) bevestig die bevinding dat verpleegkundiges hoë premies op werksverhoudings plaas en dat stres dikwels as gevolg van konflik tussen kollegas, toesighouers en bestuurders ontstaan.

Met betrekking tot die samewerking tussen die Verpleegkundedoseant, die kliniese personeel en professionele eenheidsverpleegkundiges, bevind Van Vuuren (1988:81) dat 96% van die respondente dit as uiters belangrik beskou. Du Plessis (1996:167) verwys na ontoereikende

skakeling tussen die organisasiebestuur wat by gesondheidsorgdienslewering betrokke is en die onderriginstansies. Die meegaande oneffektiewe interpersoonlike verhoudings kan moontlik 'n faktor kan wees of 'n rol speel in die Verpleegkundedosente se huiwering om groter direkte kontak met die professionele eenheidsverpleegkundiges as deskundiges in die kliniese milieu te maak en sodoende hulle eie kliniese praktykvoering uit te brei.

Stelling 2:

Die konflik tussen professionele spanlede is nie noodwendig persoonlik gerig nie en oënskynlik goeie verhoudings word met mekaar gehandhaaf.

Hierdie bevindings blyk uniek aan die navorsing te wees en stelling 2 kon nie bevestig word nie.

Stelling 3:

Kampvegtery en dislojaliteit tussen multidissiplinêre spanlede kom algemeen by akademiese hospitale voor weens die intense mededinging en professionele afguns waar individuele prestasie bo spangees en pasiënte gestel word, sodat eie eer vir die genesing van pasiënte nagestreef word.

Dié neiging tot kampvegtery en dislojaliteit tussen sommige spanlede vanweë intense mededinging en professionele jaloesie, sodat individuele prestasie voorkeur geniet bo spanwerk is uniek tot hierdie navorsingsbevindings.

Literatuur hieroor kon nie verkry word nie en stelling 3 kon dus nie geverifieer word nie.

Stelling 4:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente voel uitgesluit uit die span en veral die eerste jaar word deur vrees en min deelname aan die span gekenmerk deurdat die spanlede as ontoeganklik ervaar word, wat tot 'n gevoel van nutteloosheid en verlies aan eiewaarde by voorgraadse Verpleegkundestudente bydra.

Die gevoel dat hulle nie deel van die span is nie, laat voorgraadse Verpleegkundestudente in hulself twyfel en 'n verlies van eiewaarde ervaar. Die bevindings van Lindop (1999: 972) tydens navorsing by Projek 2000-diplomaverpleegkundestudente, bevestig dat laasgenoemde oorbodig voel en meer onbekwaam as wat deur navorsingsbevindings voor 1988 aangedui word. Die probleem ten opsigte van 'n bydrae tot die verpleegspanpogings word toegeskryf aan die feit dat die bepaalde Verpleegkundestudente vir korter periodes in die praktyk geplaas word as wat voorheen die situasie was. Dié bevindings is aanvanklik deur Bezuidenhout (1982:14) se vorige navorsing bevestig. Dit is uit 'n groep van 101 Verpleegkundestudente bevind dat 84% van mening was dat slegs enkele gevalle van spanwerk voorkom. Die res het 'n mindere of meerdere mate van spanwerk ondervind. Die bevindings word deur meer resente navorsing van Bezuidenhout en Basson (1992b:13) weerlê waar meer as 88% van die Verpleegkundestudente hulself as deel van die verpleegspan beleef het en as sodanig behandel is. Troskie (1993:58) se bevindings dui spesifiek op graadstudente wat voltooi het. Die versuim om hulle as lede van die multidissiplinêre span te beskou, het daarvolgens tot deurlopende frustrasie gelei weens die verlies aan geleentheid om 'n gelykwaardige rol met ander gesondheidsorgdiensleweringpersoneel te speel en die gesondheid van die pasiënt te beïnvloed. Troskie (1993:58) lei af dat dit goed sou wees om die nuut gekwalifiseerde professionele verpleegkundiges by besprekings met ander gesondheidsorgpersoneel te betrek.

Dit blyk dus dat ander faktore as bloot die tydperke wat Verpleegkundestudente in die kliniese eenhede werk, tot uitsluiting uit die multidissiplinêre span aanleiding gee. Dit hang ook moontlik af van die organisasie in die individuele kliniese eenhede om spanwerk tussen spanlede te vestig, vandaar die wisselvallige belewenisse. Die moontlikheid van interprofessionele onderrig in Suid-Afrika moet ondersoek word. Informele onderrig met formele geleentheid vir lede van twee of meer professies om met en van mekaar te leer met die doel om die effektiwiteit van sorgverlening en samewerkingpraktyk te vermeerder, word in die Verenigde Koninkryk in die vooruitsig gestel (UKCC,2001:3). Dit sou pasiënte, gesondheidsdiensverbruikers en maatskaplike werkers insluit. Volgens die beoogde doelstelling behoort interprofessionele onderrig die behoeftes van pasiënte en kliënte te weerspieël en 'n geïntegreerde benadering, gekomplementeer deur professione-spesifieke kennis te volg. Die hoofsaaklike fokus moet op die praktyk wees en ondersteun word deur interprofessionele programinhoud in spesifieke akademiese komponente van die programme. Die voorbehoud is dat 'n eie filosofie van omgee en professionele waardes en gelowe binne 'n interprofessionele werksomgewing behou word. Interprofessionele onderrig behoort op voorgraadse vlak begin te word ten einde praktisyns van verskillende professies in staat te stel om 'n gedeelde basis van kennis en vaardighede in

gesondheid en welsyndienslewering te ontwikkel. Laasgenoemde sal verbeterde sorg aan pasiënte voorsien (UKCC,2001:3).

4.3.2.2.4 Destruktiewe dissipline en misbruik van mag kom voor

Die belewenisse wat hierop dui, blyk uit die volgende twee stellings.

Stelling 1:

Ontoepaslike dissipline word toegepas met vernederende interaksies en aggressie voor pasiënte wanneer onrealistiese werkloadings nie afgehandel kan word nie, wat die vertrouensverhouding tussen spanlede versteur.

Stelling 2:

Wanneer voorgraadse Verpleegkundestudente nie die werkloading kan hanteer nie, word dit as leemtes op hul vorderingsverslae aangedui en as 'n tugmiddel aangewend, wat hulle blootgestel en bedreig laat voel en die inkonsekwente teregwysings en beslissings laat betreur.

Literatuurkontrolle van die bogenoemde stellings

'n Literatuurkontrolle dui verifiëring vir die volgende stellings aan.

Stelling 1:

Ontoepaslike dissipline word toegepas met vernederende interaksies en aggressie voor pasiënte wanneer onrealistiese werkloadings nie afgehandel kan word nie, wat die vertrouensverhouding tussen spanlede versteur.

Dissipline in die eenhede word somtyds gekenmerk deur vernederende interaksies en aggressie voor pasiënte, deurdat die selfhandhawende gedrag van voorgraadse Verpleegkundestudente as gesagontkenning beskou word. Dit blyk dat 'n outokratiese

bestuurstyl aan die orde van die dag is, soos reeds in 1982 deur die bevindings van Marson (1982:347) aangedui. Hieruit blyk dat 70% van professionele eenheidsverpleegkundiges slegs inligting deurgee en die groot meerderheid outokraties is deurdat hulle slegs vertel wat gedoen moet word en daar weinig vraagstelling is. Hierdie kommerwekkende situasie bevestig die bevindings van Morrisson en Burnard (1989:327) wat aandui dat ten spyte van die feit dat Verpleegkundestudente aangemoedig word om interpersoonlike vaardighede gedurende hul opleiding te ontwikkel, daar deur beide die Verpleegkundestudente en die professionele verpleegkundiges te kenne gegee word dat hulle dieselfde interpersoonlike tussentredes gebruik wat meer outoritêr van aard is en dat baie min fasiliteringstegnieke gebruik word. Troskie (1993:61) is van mening dat toesighouers moet beseft dat hul gedrag dié van ondergeskiktes beïnvloed. Toesighouers se opleiding moet aandag geniet, aangesien goeie interpersoonlike verhoudings en doeltreffende kommunikasie noodsaaklik is om voorgraadse Verpleegkundestudente te begelei.

Stelling 2:

Wanneer voorgraadse Verpleegkundestudente nie die werkslading kan hanteer nie, word dit as leemtes op hul vorderingsverslae aangedui en as 'n tugmiddel aangewend, wat hulle blootgestel en bedreig laat voel en die inkonsekwente tereg wysings en beslissings laat betreur.

Voorgraadse Verpleegkundestudente voel blootgestel en bedreig omdat vorderingsverslae dikwels intimiderend van aard is en as 'n tugmiddel, in stede van 'n hulpmiddel gebruik word waarmee professionele en persoonlike ontwikkeling vasgestel en probleme geremedieer kan word. Die literatuurbevindings het geen direkte bevestiging vir stelling 3 opgelewer nie, hoewel die bevindings van Marson (1982:348) aandui dat weinig konstruktiewe terugvoering oor Verpleegkundestudente se vordering gedurende die kliniese tydperk aangedui word. Bezuidenhout en Basson (1992b:13) se bevindings dui insgelyks daarop dat meer as 49% van Verpleegkundestudente ontevredenheid met die evaluering deur middel van vorderingsverslae ervaar. Slegs 36% dui aan dat hulle soms dié gevoel ervaar. Die res van die Verpleegkundestudente dui selfs aan dat hulle nooit 'n vorderingsverslag van die professionele eenheidsverpleegkundiges ontvang het nie.

4.3.2.2.5 Vooroordeel en diskriminasie teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente is aanwesig

Die volgende vier stellings dui op die belewenisse wat voorgraadse Verpleegkundestudente verbaliseer oor die verskillende situasies wat hulle as vooroordeel en 'n neiging om teen hulle te diskrimineer, beleef. Die probleem word veral met senior verpleegkundiges ervaar.

Stelling 1:

Onreg word teen voorgraadse Verpleegkundestudente gepleeg deurdat hulle vir die swak organisasie in kliniese eenhede verantwoordelik gehou word, wat frustrasie en verset tot gevolg het.

Stelling 2:

Stereotipering van prestasie kom voor, met vooropgesette idees oor wie presteerders is en wie nie wat mismoedigheid en verlies van prestasie motivering tot gevolg het.

Stelling 3:

Ongegronde kritiek teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente word geverbaliseer vanweë beweerde houdingsprobleme wat tot konflik tussen hulle en die diplomastudente aanleiding gee.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuurkontrolle dui die volgende aan.

Stelling 1:

Onreg word teen voorgraadse Verpleegkundestudente gepleeg, deurdat hulle vir die swak organisasie in kliniese eenhede verantwoordelik gehou word, wat frustrasie en verset tot gevolg het.

Stelling 1 kon nie direk uit die literatuur geverifieer word nie en word dus uniek aan hierdie navorsing beskou.

Troskie (1993:61) dui egter aan dat die Verpleegkundestudente 'n geleentheid gebied moet word om hul bestuursvaardighede tydens kliniese plasings te ontwikkel. Moontlik word die doelstellings waarom hulle die organisasie van die kliniese eenhede moet waarneem, ook nie aan hulle verduidelik nie en gaan dit nie met die korrekte begeleiding en ondersteuning gepaard nie.

Stelling 2:

Stereotipering van prestasie kom voor, met vooropgesette idees oor wie presteerders is en wie nie, wat mismoedigheid en verlies aan prestasie motivering tot gevolg het.

Die individualiteit van die voorgraadse Verpleegkundestudente word ontken vanweë vooropgesette idees oor hul prestasievermoëns.

Dié belewenis kon nie uit die literatuur bevestig word nie en stelling 2 word dus uniek aan dié navorsing beskou.

Stelling 3:

Ongegronde kritiek teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente word geverbaliseer vanweë beweerde houdingsprobleme wat tot konflik tussen hulle en die diplomastudente aanleiding gee .

In die huidige navorsing word deurlopend beleef dat veral die senior professionele verpleegkundiges melding maak van sogenaamde houdingsprobleme wat voorgraadse

Verpleegkundestudente openbaar. Beskuldigings word gerig dat hulle onbekwaam is, aangesien die aantal ure wat hulle in die kliniese afdelings werk, nie aan die vereistes van die Beroepsraad voldoen nie.

Geen resente literatuur is oor hierdie aspekte beskikbaar nie. Daar word egter tydens 'n verdiepende literatuurstudie bevind dat verskeie gegradueerdes in die navorsing na hul praktykbeoefening kommentaar gelewer het oor die persepsie wat senior professionele verpleegkundiges en bestuurders ten opsigte van die rol van die gegradueerde verpleegkundiges handhaaf. Dit noodsaak beter toeligting van aspekte rondom die funksies van graadstudente. Bircumshaw (1989a:68-71) stel ondersoek in hierna maar vind geen melding van die probleme in die literatuur nie. Tydens die navorsing word egter positief bevestig dat daar vanuit die perspektief van professionele eenheidsverpleegkundiges, duidelike belewenisse was dat graadstudente nie selfversekerde verpleegpraktisyne oplewer nie. Die belewenis is ook dat hulle langer as die Verpleegkundestudente wat die diploma in Verpleegkunde volg, neem om by die rol van stafverpleegkundige aan te pas. In samehang hiermee blyk die graadstudente verskillend te wees, aangesien hulle nie by die bestaande stelsel inpas nie, dat hulle akademies georiënteerd is, ander benaderings volg en dat hulle basiese take met meer insig en met 'n groter kennisvlak benader. Hierdie aannames behoort hulle volgens die respondente dus meer geskik vir bestuurs-, onderrig- en navorsingsposte te maak. Montague en Herbert (1982:369) bevind soortgelyk dat graadstudente in Verpleegkunde wel in navorsing en verpleegonderrig betrokke raak, eerder as om in hospitale te verpleeg. Dit is die bevinding van Troskie (1993:57) dat die graadstudente beter verpleegstandaarde en 'n oudit van verpleging kan doen. Dit dui daarop dat verpleeggraduandi en hul toesighouers die graadstudente se vlak van bekwaamheid as verskillend beleef. 'n Versoek word gerig dat verpleegonderriginstansies in samewerking met die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies realistiese standaarde en verwagtings aan graduandi moet stel. Daar is egter ook aanduidings dat verskille voorkom, afhangende van die onderriginstansie wat daarop dui dat graduandi nie slegs uit die kliniese verpleging tree om administratiewe poste te vul nie. Graadstudente word volgens Hayward (1982:375) voorberei om verpleging te doen, leierskapposies en toesigfunksies te vervul en onderrig te gee.

Bircumshaw (1989b:438-443) het 'n literatuurstudie gedoen om die eindprodukte van drie onderrigprogramme te ondersoek en sodoende graad- en nie-graadstudente te vergelyk. Die mees prominente bevindings dui daarop dat graadstudente meer psigososiale probleme herken en meer terapeutiese tussentredes doen, terwyl die geassosieerde graduandi meer tegniese verpleging verleen het, met 'n fokus op verpleegprobleme wat fisiologies gebaseer is. Tydens 'n studie wat selfevaluering van Verpleegkundestudente ten doel gestel het, was daar 'n

teenstrydigheid met die evaluering wat senior professionele verpleegpersoneel van dié studente handhaaf. Dit is naamlik dat die Verpleegkundestudente wat die diploma in Verpleegkunde volg hulself hoër evalueer as wat die graadstudente doen, terwyl die toesighouers die graadstudente hoër as die ander diplomastudente beoordeel het. Dit dui volgens Bircumshaw (1989b:440) moontlik op die selfvertroue waarmee elke groep hulself bejeën het.

4.3.2.3 ONTOEREIKENDE ORGANISATORIESE STRUKTURE BESTAAN

Ontoereikende organisatoriese strukture word deur die volgende eienskap gekenmerk, wat in 'n verdere kategorie verdeel word.

4.3.2.3.1. Swak kommunikasie word tussen die Skool vir en departemente van Verpleegkunde en geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasies aangetref

Die probleme wat dit oplewer, word kortliks aangedui.

4.3.2.3.1 Swak kommunikasie word tussen die Skool vir en departemente van Verpleegkunde en geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasies aangetref

Die probleem wat ontstaan vanweë swak professionele kommunikasie tussen bogenoemde instansies, dra by dat leemtes in die onderrig van respondente ontstaan. Die volgende drie stellings word vanuit die data afgelei.

Stelling 1:

Min of geen konsultasie oor professionele aspekte vind plaas tussen die betrokke instansies, sodat die swak kommunikasie en isolasie wat tussen die Skool vir en departemente van Verpleegkunde in samewerking met die geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasies aangetref word, leemtes in die kontinuïteit van onderrig veroorsaak.

Stelling 2:

Die versending van vorderingsverslae word agterweë gelaat en werksverwante prestasie en opleidingsbehoefte word verontagsaam wat bydra tot ontevredenheid by voorgraadse Verpleegkundestudente wat goeie verpleging lewer.

Stelling 3:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente voel ongeborge, aangesien die onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringsorganisasies vyandig beleef word vanweë wederkerige blaamverplasing tydens probleemsituasies waar hulle nie ondersteuning ervaar nie.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuurkontrolle dui die volgende bevindings aan.

Stelling 1:

Min of geen konsultasie oor professionele aspekte vind plaas tussen die betrokke instansies, sodat die swak kommunikasie en isolasie wat tussen die Skool vir en departemente van Verpleegkunde in samewerking met die geassosieerde gesondheidsorgdienslewinginstansies aangetref word, leemtes in die kontinuïteit van onderrig veroorsaak.

Dié versuim word veral aangetref ten opsigte van inligting wat na en van voorgraadse Verpleegkundestudente oorgedra moet word. Dié neiging om noodsaaklike inligting wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente vanaf die universiteite na die kliniese eenhede deurgegee moet word van hulle te weerhou, lei tot frustrasie en kan tot leemtes in die kontinuïteit van die opleidingsprogram aanleiding gee. Die bevindings word deur Mulder en Viljoen (1992:29-36) bevestig, wat bevind dat swak samewerking tussen die professionele eenheidsverpleegkundiges en die onderriginstansies voorkom. Die gebrek aan kontak tussen voorgraadse

Verpleegkundestudente en -dosente in die huidige navorsing belemmer die verhoudings tussen die twee groepe, aangesien dié dosente skynbaar onbewus is van die feit dat studente kliniese leerervarings gedurende die naweke en vakansietye moet voltooi. Kirkpatrick *et al.* (1991:105) verwys ook na die probleme wat ten opsigte van kliniese integrasie voorkom weens swak samewerking.

Anon (1990:4) bevind dat groot onsekerheid bestaan oor die kommunikasiestrukture by 'n verpleegkollege. 'n Belangrike voorstel word gemaak wat by hierdie navorsing aansluit, naamlik dat samesprekings tussen die Verpleegkundestudente, die onderriginstansie, die kliniese toesighouers en die Verpleegkundedosente moet plaasvind. Die verskillende groepe behoort hul kliniese ervarings te bespreek en voorstelle vir moontlike wysigings te doen wat die Verpleegkundestudente in staat sal stel om professioneel te groei en tot professionele selfontwikkeling van die begeleiers by te dra. Kirkpatrick *et al.* (191:105) is van mening dat wanneer die onderrig en diensopset verwyderd is, Verpleegkundestudente dit moeilik vind om die aansluiting tussen teorie en praktyk te sien wanneer rolmodelle ontbreek. Een van die redes waarom die dienste van die onderrigstelsel verwyder geraak het, mag volgens die bevindings van Lees *et al.* (1992:11) as gevolg van die daarstel van kliniese dosente in die praktyk wees, waardeur daar moontlik 'n rolverwarring aangaande Verpleegkundestudente se begeleiding ontwikkel het. Kontak met Verpleegkundedosente blyk ontoereikend te wees en gebrekkige skakeling tussen professionele eenheidsverpleegkundiges en onderriginstansies kom voor. Davies *et al.* (1996:25-26) bevind dat 'n verlies aan vertroue en wedersydse respek tussen Verpleegkundedosente en professionele eenheidsverpleegkundiges dié kommunikasie beïnvloed. Eersgenoemde dui aan dat professionele eenheidsverpleegkundiges nie oor die nodige vaardighede beskik nie, terwyl die professionele eenheidsverpleegkundiges die kliniese geloofwaardigheid van Verpleegkundedosente bevraagteken. Van der Colff (2001: 149) bevind soortgelyk dat volgens die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente swak kommunikasie ook tussen departementele bestuur van onderriginstansies en Verpleegkundedosente voorkom.

Kreps en Kunimoto (1994:abstract) verwys na spesifieke aspekte wat binne multikulturele verband vertolk moet word en wat aansprake maak op gesondheidsorgdienslewering en die rol van organisatoriese kommunikasie. Ten einde effektiewe multikulturele verhoudings in die moderne gesondheidsorgdiensleweringorganisasies te handhaaf, behoort die invloed van eksterne en interne kommunikasiekanale, formele en informele inligtingstelsels asook die organisasieklimaat, aandag te geniet. Leierskap behoort as die primêre eienskap beskou te word wat in samehang met rolmodelskap die korrekte wyse aandui waarop

gesondheidsorgdiensleweringpersoneel met die verskillende verbruikers behoort te kommunikeer. Du Plessis (1996:164) bevind baie duidelike verontagsaming van kollegialiteit in die kliniese eenhede deur die meerderheid van rolspelers. Die professionele eenheidsverpleegkundiges is diensgerig, teenoor die Verpleegkundedosente wat voorkeur aan onderrig verleen. So kom tweespalt in die spanbenadering voor.

Stelling 2:

Die versending van vorderingsverslae word agterweë gelaat en werksverwante prestasie en opleidingsbehoefte word verontagsaam wat bydra tot ontevredenheid by voorgraadse Verpleegkundestudente, wat goeie verpleging lewer.

Volgens die respondente se belewenisse vind daar feitlik geen deurvoering van inligting plaas vanaf Verpleegkundedosente na voorgraadse Verpleegkundestudente en andersom ten opsigte van vorderingsverslae wat hul kliniese prestasie aandui nie. Respondente beleef dit as 'n leemte, aangesien hulle belangrike insette in die verpleging van pasiënte lewer. Daar word van voorgraadse Verpleegkundestudente verwag om die stereotiperende verslae te teken en indien hulle weier, word hulle gedissiplineer. In die literatuuroorsig na die bevestiging vir hierdie bevindings bestaan daar nie eenstemmigheid oor die persepsies van professionele verpleegkundiges en die van voorgraadse Verpleegkundestudente oor die positiwiteit van die terugvoering wat ervaar word nie. Bezuidenhout en Basson (1992b:16) bevind dat 98% van die professionele eenheidsverpleegkundiges dit beleef dat hulle positiewe terugvoering aan hul ondergeskiktes gee wanneer hulle dit verdien, terwyl slegs 42% van die Verpleegkundestudente aandui dat hulle positiewe terugvoering ontvang het. In samehang hiermee dui Verpleegkundestudente aan dat slegs 39% van respondente in sommige gevalle en 10% nooit 'n vorderingsverslag van die professionele eenheidsverpleegkundiges ontvang het nie. Reeds in 1961 wys Lyman (1961:75) op dié leemte. Dié outeur is van mening dat Verpleegkundestudente 'n kans moet kry om self hul eie prestasie deurlopend te evalueer en daaropvolgend konstruktiewe voorstelle te doen. Dit blyk dat die probleem steeds nie aandag geniet nie.

Die leemte wat bestaan deur die verontagsaming van die opleidingsbehoefte van Verpleegkundestudente dra moontlik by tot die swak terugvoering wat ontvang word. Die rede is blykbaar dat professionele eenheidsverpleegkundiges nie deur Verpleegkundedosente bewus gemaak word van die programverwagtings en -eise en die vaardighede waarvoor Verpleegkundestudente moet beskik nie. Du Plessis (1996:155) bevestig dat professionele eenheidsverpleegkundiges

nie weet wat Verpleegkundedosente van hulle verwag met betrekking tot kliniese begeleiding nie. Die twee groepe begeleiers se verwagtings ten opsigte van die Verpleegkundestudente se vaardighede verskil verder ook. Die bevindings van Watson (1999:259) stem hiermee ooreen, deurdat die mentors skynbaar onbewus voorkom van hul beplanningsfunksie, terwyl die Verpleegkundestudente dié funksie as baie belangrik beskou. Die oorhoofse indruk van die Verpleegkundestudente was dat mentors nie die rol verstaan nie, somtyds behulpsaam is, maar oor die algemeen nie vir die rol opgewasse is nie en ook nie die ondersteuning van die bestuur geniet nie.

Stelling 3:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente voel ongeborge, aangesien die onderrig- en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies as vyandig beleef word, vanweë die wederkerige blaamverplasing tydens probeemsituasies waar hulle nie ondersteuning ervaar nie.

Stelling 3 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

4.3.2.4 WISSELENDE VLAKE VAN BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING MANIFESTEER

Vanuit die data word deduktief afgelei dat die volgende aspekte van begeleiding en ondersteuning aandag moet geniet. Die volgende verdere vyf kategorieë word geïdentifiseer.

- 4.3.3.4.1 Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar Verpleegkundestudente word as van kardinale belang beskou;
- 4.3.3.4.2 ontoereikende begeleiding en ondersteuning deur professionele eenheidsverpleegkundiges kom voor;
- 4.3.3.4.3 wisselende ondersteuning word deur die multidissiplinêre span gelewer;
- 4.3.3.4.4 misplaaste ondersteuning word deur ouers gebied; en
- 4.3.3.4.5 effektiewe ondersteuning word deur portuurgroepe verleen.

Vanuit die verdere kategorieë wat begeleiding en ondersteuning as van kardinale belang beskou, blyk die volgende stellings die essensie van die kategorie aan te raak, wat op positiewe belewenisse dui.

4.3.2.4.1 *Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar Verpleegkundestudente word as van kardinale belang beskou*

Die volgende twee stellings wat inductief vanuit die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente afgelei is, beskou die belang van begeleiding en ondersteuning van eerstejaar Verpleegkundestudente as van groot belang.

Stelling 1:

Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente word veral beklemtoon, aangesien hulle rolmodelle met kennis wil volg wat die korrekte werksmetodiek en optredes sal aandui.

Stelling 2:

Aangesien ambisie om te presteer en beroepsvervulling te ervaar reeds by die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente teenwoordig is, benodig hulle erkenning en stimulering om entoesiasme oor die beroep te behou.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuurkontrole wat op bogenoemde stellings dui, het die volgende opgelewer.

Stelling 1:

Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente word veral beklemtoon, aangesien hulle rolmodelle met kennis wil volg wat die korrekte werksmetodiek en optredes sal aandui.

Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente word veral beklemtoon. Dié stelling word indirek bevestig deur die voorgraadse Verpleegkundestudente se behoefte aan rolmodelskap en word volledig bespreek. Daar word egter nie spesifiek aangedui dat hulle slegs die kennis en werksmetodiek van die professionele eenheidsverpleegkundiges wil navolg nie, aangesien dit slegs twee van die aspekte van rolmodelskap aandui.

Stelling 2:

Aangesien 'n ambisie om te presteer en beroepsvervulling te ervaar reeds by die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente teenwoordig is, benodig hulle erkenning en stimulering om entoesiasme oor die beroep te behou.

Hierdie drang om te presteer, is reeds by die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente vanaf die aanvang van hul opleiding aanwesig. Hulle benodig begeleiding en ondersteuning om tot professionele en persoonlike ontwikkeling en aktualisering te vorder, sodat entoesiasme oor hul beroep behou kan word. Esterhuizen (1989: 90) vind dit opvallend dat meer as 40% van die eerstejaar Verpleegkundestudente 'n behoefte aan die waardeskatting van hul vermoëns toon, terwyl Van der Colff (2001:130) bevind dat voorgraadse Verpleegkundestudente opgewonde en gemotiveerd is en dat dit 'n belewenis is wat uniek aan die eerste jaar is. Daar is egter reeds in die eerste semester van die eerste jaar 'n afname in hulle entoesiasme te bespeur, wanneer aanvanklike idealisme deur realisme gedemp word (Van der Colff, 2001:96). Volgens Van der Colff (2001:96) tree dié eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente tot die beroep toe met idealisme, wat egter nie standhou teen die moeilikheidsgraad van die praktyk nie. Die diskrepansie tussen hoe die werksomgewing voorgestel is en hoe die werklikheid daar uitsien, lei tot ontnugtering wat hulle entoesiasme en motivering demp. Die begeleiding en ondersteuning van die eerstejaar Verpleegkundestudente in enige program is noodsaaklik vir alle studente volgens Watson (1999:261). Dit hou nie alleen implikasies in ten opsigte van die behoud van die Verpleegkundestudente in die program nie, maar beïnvloed ook hul praktyk ná registrasie. Dit is dus noodsaaklik dat oorweging verleen word aan die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente gedurende hierdie tydperk, sodat die nodige begeleiding en ondersteuning hiervolgens beplan kan word.

4.3.2.4.2 *Ontoereikende begeleiding en ondersteuning deur professionele eenheidsverpleegkundiges kom voor*

Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word gekenmerk deur die volgende eienskappe wat deur professionele eenheidsverpleegkundiges geopenbaar word. Hulle skep die indruk dat hulle onwillig en onbeskikbaar is. Hulle verontagsaam en geringskat insgelyks die voorgraadse Verpleegkundestudente se onderrigbehoefte en skep sodoende 'n leermta aan rolmodelle in die kliniese milieu. Positiewe omgee vir pasiënte en kollegas ontbreek deurdad hulle behoeftes om as eenheidswesens behandel te word, oor die hoof gesien word. Hierdie eienskappe word vervolgens as stellings aangedui.

(I) Professionele eenheidsverpleegkundiges kom onwillig en onbeskikbaar vir begeleiding en ondersteuning voor.

Dié belewenis van die voorgraadse Verpleegkundestudente word soos volg deduktief vanuit die data afgelei.

Stelling 1:

Professionele eenheidsverpleegkundiges skep die indruk dat hulle onwillig en onbeskikbaar is om begeleiding en ondersteuning te verskaf, aangesien hulle nie vrywillig hulp aan voorgraadse Verpleegkundestudente aanbied nie en indien dit gevra word, realiseer dit nie.

Die bevindings wat dié stelling bevestig, word vervolgens aangedui.

Literatuurkontrola ten opsigte van bogenoemde stelling

Stelling 1:

Professionele eenheidsverpleegkundiges skep die indruk dat hulle onwillig en onbeskikbaar is om begeleiding en ondersteuning te verskaf, aangesien hulle nie vrywillig hulp aan voorgraadse Verpleegkundestudente aanbied nie en indien dit gevra word, realiseer dit nie.

Die begeleiding en ondersteuning wat deur professionele eenheidsverpleegkundiges aangebied word, is oor die algemeen teleurstellend, met enkele rolmodelle wat uitgesonder word. Ter bevestiging van die navorsingsbevindings word die bevindings van verskeie ander navorsers aangedui. Die mate waarin professionele eenheidsverpleegkundiges hulle met hul onderrigverantwoordelikheid ten opsigte van Verpleegkundestudente vereenselwig, word deur Bezuidenhout en Basson (1992b:13-14) ondersoek. Volgens dié navorsing aanvaar alle professionele eenheidsverpleegkundiges onderrig as deel van hul taak. Sowat 98% stem saam dat onderrig 'n noodsaaklike deel van hul taak is. Uit 'n groep van 88 professionele verpleegkundiges het 'n beslissende 73% van die respondente die professionele eenheidsverpleegkundige as die belangrikste persoon beskou om onderrig in die kliniese eenhede te gee. Sowat 36% het die Verpleegkundedosent daarvoor verantwoordelik gehou. Die bevindings dui daarop dat 84% van die professionele eenheidsverpleegkundiges bevestig dat daar tyd is vir kliniese onderrig, van wie 69% erken dat hulle doelbewus by kliniese onderrig betrokke is. Ten spyte van die aanvaarding van onderrig as deel van hul rol en die belewenis dat hulle wel by onderrig betrokke behoort te raak, blyk veranderlikes daartoe by te dra dat die toepassing van die onderrigfunksie volgens die huidige navorsingsbevindings nie in die kliniese eenhede realiseer nie. Volgens Bezuidenhout en Basson (1992b:13-14) dui 87% van die Verpleegkundestudente aan dat geen spesifieke professionele eenheidsverpleegkundiges vir begeleiding en ondersteuning beskikbaar was nie. Hulle is dikwels weggewys, het min of geen hulp of belangstelling van die professionele eenheidsverpleegkundiges gekry nie en geen onderrig het plaasgevind wanneer die kliniese dosent nie in die eenhede teenwoordig was nie.

Daar bestaan teenstrydigheid tussen die persepsie van professionele eenheidsverpleegkundiges oor hul onderrigrol en die persepsies van die voorgraadse Verpleegkundestudente wat die begeleiding en ondersteuning ervaar. Met betrekking tot leergeleentheidsbenutting bevind Bezuidenhout en Basson (1992b:14) dat meer as die helfte van die professionele eenheidsverpleegkundiges volgens hul eie persepsie, Verpleegkundestudente na hul leerbehoefte gevra het. Meer as 80% het saam met hulle gewerk en so hoog as 90% het leergeleenthede met Verpleegkundestudente benut. In direkte teenstelling hiermee toon die response van die Verpleegkundestudente in dieselfde navorsing dat slegs 49% benutting van leergeleenthede kon onthou, terwyl meer as die helfte beweer het die professionele eenheidsverpleegkundiges benut soms of nooit die leergeleenthede nie. Uit bevindings (Bezuidenhout & Basson, 1992b:15) blyk dit verder dat die siening van professionele eenheidsverpleegkundiges deurgaans verskil van dié van die Verpleegkundestudente. Dit is naamlik dat 74% van laasgenoemde respondente aandui dat daar geen onderrigprogram in die

saal voorgekom het nie en dat daar nie in hul onderrigbehoefte voorsien is nie (Bezuidenhout & Basson, 1992:15). Die genoemde bevindings word deur Lees *et al.* (1992:10) bevestig, naamlik dat hoewel die professionele eenheidsverpleegkundiges entoesiasies teenoor hul onderrigfunksie voorkom, die werklikheid die teendeel weerspieël. 'n Meningspeiling dui aan dat 64% van professionele eenheidsverpleegkundiges aanvaar dat opleiding outomaties plaasvind en dat hulle leergeleenthede nie hoef te beplan nie. Lees *et al.* (1992:10-11) vind dit verontrustend dat enkele professionele eenheidsverpleegkundiges selfs van mening is dat toesig geen onderrigwaarde het nie. Lees *et al.* (1992:10-11) vind dit tog positief dat hulle Verpleegkundestudente aan pasiënte toewys ten einde leergeleenthede te benut. Die meerderheid van professionele eenheidsverpleegkundiges toon egter nie belangstelling of insig in die ontwikkeling van kritiese denke by die Verpleegkundestudente nie. Van der Colff (2001:151) se bevindings by voorgraadse Verpleegkundestudente dui op 'n groot mate van negatiewe wat progressiewe agteruitgang in die situasie weerspieël. Dit kom voor as gevolg van die gebrek aan belangstelling en die negatiewe houdings wat die professionele verpleegkundiges inneem deur geen belangstelling te toon om leergeleenthede te benut in die opleiding van die Verpleegkundestudente nie. Dit vorm skynbaar nie deel van hul pligte nie en hulle kom ongeërg teenoor B.Cur.-graadstudente voor. Die bevindings van Du Plessis (1996:146) bevestig dié belewenisse dat die meer ervare professionele eenheidsverpleegkundiges veral onwillig is om by kliniese begeleiding van Verpleegkundestudente betrokke te raak. Ter bevestiging hiervan dui 'n ondersoek deur Van Velden *et al.* (1998:25) aan dat ten spyte van die positiewe persepsies van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van faktore in die algemene kliniese eenhede wat leer sal fasiliteer, daar ook remming voorkom. Faktore soos die personeeltekort en veral die swak motivering en onbetrokkenheid wat die professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van pasiëntsorg aan die dag lê, lei ooreenkomstig tot swak kwaliteitsorg wat die begeleiding en ondersteuning benadeel. Dié neiging word veral met negatiewe in hierdie navorsing bejeën, aangesien hulle onwillig voorkom om begeleiding en ondersteuning aan voorgraadse Verpleegkundestudente te verleen. Veral die senior professionele eenheidsverpleegkundiges word uitgesonder.

In navorsing na die persepsie van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die faktore wat in die algemene kliniese milieu voorkom, bevind van Velden *et al.* (1998:27) dat daar tog positiewe ervarings ten opsigte van die volgende aangedui word. Dit is naamlik 'n onderrigatmosfeer wat in meer as 67% van Verpleegkundestudente se leerbehoefte voorsien, 'n verskeidenheid leergeleenthede wat bestaan en 'n goeie leeromgewing wat deur 75% ervaar word. Daar is ook die goeie voorbeeld ten opsigte van pasiëntsorg wat vir 90% van respondente

gestel word, asook die vrymoedigheid om vrae te vra, wat deur 98% van die respondente geverbaliseer word. Die negatiewe ervarings dui hoofsaaklik op die swak voorbeeld wat die professionele verpleegkundiges vir meer as 60% van Verpleegkundestudente stel en die verlies aan waardevolle kontaktye met pasiënte wat verlore gaan.

Verdere verdiepende navorsing oor die moontlike oorsake van negatiewe ervarings ten opsigte van begeleiding en ondersteuning in die kliniese eenhede lewer verskeie bevindings op. Dit blyk dat onderrigstrategieë en leergeleenthede nie na wense gebruik word nie en die inname van leierskapposities nie hoë prioriteit by die professionele eenheidsverpleegkundiges geniet nie. Laasgenoemde is weens remmende faktore soos die personeeltekort en voorkeur wat aan aktiewe verpleging gegee word. Dit blyk dat die realiteit van die kliniese milieu belemmerend op die deelname van professionele eenheidsverpleegkundiges aan onderrig meewerk. Bezuidenhout en Basson (1992b:13) bevind dat die kliniese professionele eenheidsverpleegkundiges vanweë pasiëntbetrokkenheid slegs 25% van hul tyd aan onderrig kan bestee. Daar is in dieselfde navorsing bevind dat slegs 15% van die professionele eenheidsverpleegkundiges persoonlik betrokke is by die oriëntering van die personeel, terwyl 41% van die Verpleegkundestudente aangedui het dat hulle nie voldoende oriëntering by die aanvang van hul kliniese plasing in die eenhede gehad het nie.

Hierdie probleem is reeds in 1982 deur Van Wyk (1982:19) geïdentifiseer, naamlik dat die tekort aan poste en bekleërs van die poste, Verpleegkundestudente van die noodsaaklike begeleiding en ondersteuning ontnem. Die professionele eenheidsverpleegkundige word as 'n oorwerkte persoon met swak verhoudings en geen sosiale lewe beskou nie (Van Wyk, 1982:20). Dit blyk dus dat die professionele eenheidsverpleegkundiges hul rol verstaan, dit aanvaar, die nodige leerklimate voorsien, maar dat intrinsieke faktore soos motivering ontbreek en ekstrasieke probleme soos die personeeltekort en nie-verpleegkundige take die onderrig belemmer. Die veelvuldigheid van die professionele eenheidsverpleegkundige se rol word reeds deur Bruwer (1980:12) uitgewys. Hulle moet as koördineerders optree wat bloot vanweë hul beskikbaarheid en teenwoordigheid as prosesseringsagente vir die ander lede van die multidissiplinêre span se periodieke en gespesialiseerde funksies moet optree. Dit moet in samehang met pasiëntorg plaasvind. Hulle beskik oor geen formele verantwoordelikheid en gesag nie en word nie alleen vir die verpleging van pasiënte nie, maar ook vir medekollegas en vir funksies wat aan ander departemente toegewys word, verantwoordelik gehou. Laasgenoemde kompliseer die beskikbaarheid van dié professionele eenheidsverpleegkundige. Dié eenheidsverpleegkundiges staan ook in 'n groot mate onafhanklik van kliniese besluitneming en toesighouding, wat die funksie van die professionele eenheidsverpleegkundiges verder bemoeilik.

Die rol van die professionele eenheidsverpleegkundiges by begeleiding en ondersteuning word as een van die belangrikste faktore vir suksesvolle kliniese onderrig aan die Verpleegkundestudente in hierdie navorsing beskou. Daar word deurlopend van die veronderstelling uitgegaan dat die professionele eenheidsverpleegkundige by die onderrig van die voorgraadse Verpleegkundestudente betrokke moet wees. Potgieter (1980:19) wys reeds daarop dat dit by uitstek die taak van die professionele eenheidsverpleegkundiges bly om onderrig in die kliniese eenheid te gee, deur van onderrigmoontlikhede bewus te wees en haar kennis op te knap. Searle (1980a:5) wys insgelyks op die professionele verantwoordelikhede van die eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van hul onderrigrol as een van die primêre funksies wat hulle moet vervul. Daar word kontraktueel van alle professionele verpleegkundiges verwag om onderrig te gee, toesig oor die kliniese eenhede te hou, verantwoordelikheid vir versuime te aanvaar deur redelike sorg te dra dat pligte aan onderskiktes toegewys word en terselfdertyd hul vaardighede en kennis vas te stel. Spouse (1996:32-35) wys soortgelyk op die belang van die invloed van kliniese mentors, wat by die meeste instansies in die Verenigde Koninkryk die professionele eenheidsverpleegkundige impliseer. Spouse (1996:23-35) wys ook op die aard van die verhouding tussen mentors en Verpleegkundestudente, wat sentraal tot die kennisontwikkeling van dié studente staan. Bousfield (1997:245) beskou die kliniese verpleegspesialis as 'n onvervangbare kliniese leier wat deur onafhanklike bestek van praktyk as vaardige en outonome praktisyn die leeromgewing sodanig beïnvloed dat dit tot effektiewe kliniese praktykvoering bydra en tot voordeel van pasiënte strek.

Dit is ook die bevinding van Van der Colff (2001:133) dat voorgraadse Verpleegkundestudente die kliniese milieu dikwels as lewensverrykend beleef. Dit beïnvloed die aanleer van nuwe vaardighede en hul akademiese prestasie positief. Dit volg dus dat die voorgraadse Verpleegkundestudent se ervaring van die praktyk 'n invloed op haar motivering uitoefen, sodat positiewe ervarings die toewyding aan die akademie versterk. Professionele eenheidsverpleegkundiges verhoog motivering deur respek aan Verpleegkundestudente te betoon.

Marson (1982:347) ondersoek die gedragseienskappe van professionele eenheidsverpleegkundiges wat bekend is vir hul bevoegdheid om onderrig te gee. Die persepsies en houdings van Verpleegkundedosente en -studente is hiertydens ten opsigte van onderrig en leer vasgestel. Die bevindings dui kollektief daarop dat ervaringsleer, wat die werklike kliniese milieu as onderrig-leersituasie benut, probleemoplossing, beplanning, implementering en besluitneming aanmoedig. Ervaringsleer sal ook die deurlopende kommunikasie tussen

professionele eenheidsverpleegkundiges en Verpleegkundestudente oor die noodsaaklike doelstellings, standarde en vordering wat beoog word, fasiliteer.

Die mening van Coetzee *et al.* (1985:30-32) mag antwoorde verskaf op die dilemma van kliniese onderrig as 'n funksie van die professionele eenheidsverpleegkundige. Die algemene kliniese milieu voorsien leergeleenthede soos saalrondes, rekordhouding, evaluering van pasiënte ten opsigte van behoeftes, probleme en klagtes, wat die daaglikse werk omsluit en waarvoor antwoorde verskaf moet word. Hierdie aspekte wat in die algemene toepassing van kennis verkry word, versterk die toepassing van die teorie in die kliniese eenhede en behoort benut te word. 'n Voorstel van Mulder en Viljoen (1992:35) dat slegs die basiese beginsels van die kliniese praktyk onderrig moet word, beskikbare geriewe optimaal benut word en probleem- en pasiëntgeoriënteerde onderrig verskaf word, kan daartoe bydra dat die professionele eenheidsverpleegkundiges met selfvertroue in hul eie veld van bekwaamheid onderrig gee. Daarmee saam word aktiewe betrokkenheid van die Verpleegkundestudent as 'n vereiste gestel.

Die verandering wat geleidelik in verpleegonderrig plaasvind waar die klem op akademiese aspekte geplaas word met verminderde voorbereiding vir die kliniese aspekte van verpleging, mag volgens Björk (1995:6) aanleiding gee tot die konflik tussen die twee komponente in verpleging. Tlakula en Uys (1993:29-31) bevind egter positiewe aspekte tydens navorsing wat die negatiewe aspekte oorheers. Afgesien van die verminderde klem wat op kliniese onderrig geplaas word met die fokus op psigomotoriese vaardighede, word die positiewe bevindings ten opsigte van kliniese begeleiding met bemoediging waargeneem. Elcock (1998:1092-1098) maak melding van dosentpraktisyns wat in die VSA aangestel word en wat as botallig tot die kliniese personeel beskou word, ten einde die teorie-praktykgaping te verminder om dié probleem te ondervang.

Die haalbaarheid van die verwagtings wat aan die professionele eenheidsverpleegkundige gestel word en die ondersteuning ten opsigte van die uitvoering van hul rol, benodig egter uitklaring. Die faktore wat tot swak begeleiding en ondersteuning aanleiding gee, kan moontlik aan hul diverse werkslading gekoppel word. Sheahan (1980:14-18) toon insig in die diverse rol wat professionele eenheidsverpleegkundiges as funksionele bestuurders moet vervul en die gesamentlike druk van ander rolle en funksies wat onderrig laat vervaag. Sosiale onderrig deur rolmodellering benodig egter volgens Sheahan (1980:14-18) weinig doelbewuste pogings, behalwe die teenwoordigheid van professionele eenheidsverpleegkundiges wat as rolmodelle optree. Potgieter (1980:18-21) benadruk ook die persoonlike voorbeeld in samehang met situasie-onderrig, pasiëntstudies, individuele onderrig, terwyl formele lesings weens tyd en die

onbesikbaarheid van verpleegkundestudente as struikelblokke ervaar word. Hierdie en ander probleme wat die rol van die professionele eenheidsverpleegkundige in die snel veranderende gesondheidsorgdiensleweringstelsel bemoeilik, mag moontlik tot onbesikbaarheid vir onderrig lei.

Die waarde van kommunikasie met nuutgekwalifiseerde verpleegkundiges word deur Troskie (1993:57) beklemtoon. Die vermoë van senior personeel om standarde vir pasiëntsorg daar te stel, te evalueer of dit bereik is, die rapportering wanneer hulle aan diens kom om take te deleger, asook wanneer hulle van diens gaan om voltooiing van take te rapporteer, dra by tot goeie interpersoonlike verhoudings. White *et al.* (1998:185) beskou egter die rol van die kliniese toesighouer as 'n strategie om kliniese praktykvoering deur middel van reflektiewe tegnieke te verbeter. Dié navorser bevind geen definitiewe positiewe of negatiewe aspekte wat as bewys kan dien dat daar 'n kousale verhouding tussen kliniese toesig, beter verpleegsorg en verbeterde pasiëntuitkomst bestaan nie. In 'n vraag na die beskikbaarheid van die professionele eenheidsverpleegkundiges vir kliniese onderrig, argumenteer Van Niekerk (1989:16-18) dat daar tog met effektiewe beplanning, diensroosters, intensionele delegasie, gekombineerd met begeleiding en toesig, 'n moontlikheid bestaan om leerervarings vir Verpleegkundestudente te skep, wat meer werd sal wees as formele kliniese lesings.

(ii) Verontagsaming en geringskatting van voorgraadse Verpleegkundestudente se onderrig- en gevorderde verpleegvaardighede vind plaas

'n Negatiewe belewenis van dié eienskap van professionele eenheidsverpleegkundiges blyk uit die volgende twee stellings wat daarop dui dat dié eenheidsverpleegkundiges hulle eie beroep gering skat.

Stelling 1:

Verontagsaming van die gevorderde verpleegvaardighede wat voorgraadse Verpleegkundestudente benodig, blyk uit die neiging om hulle as werkkragte aan te wend en hul opleidingsbehoefte te ignoreer sodat hulle nie tot vaardige praktisyns kan ontwikkel nie.

Stelling 2:

'n Gevoel van hartseer word ervaar dat professionele eenheidsverpleegkundiges die rol en funksies van voorgraadse Verpleegkundestudente sodanig reduseer dat voorkeur aan fisio- en arbeidsterapeute se behoeftes verleen word en hul eie beroep gering geskat word.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Stelling 1:

Verontagsaming van die gevorderde verpleegvaardighede wat voorgraadse Verpleegkundestudente benodig, blyk uit die neiging om hulle as werkkragte aan te wend en hul opleidingsbehoefte te ignoreer sodat hulle nie tot vaardige kliniese praktisyns kan ontwikkel nie.

Die verontagsaming van die gevorderde verpleegvaardighede en die wanbegrip van die rol en funksies van voorgraadse Verpleegkundestudente, kom algemeen by die professionele eenheidsverpleegkundiges en multidissiplinêre spanlede voor. Hierdie stelling kon nie direk deur die literatuur bevestig word nie. Greeff (1995:1) wys op die professionele eenheidsverpleegkundige se verantwoordelikheid om nie net na haar eie professionele en persoonlike groei om te sien nie, maar ook by die onderrig van die Verpleegkundestudent betrokke te raak. Die persepsie van Verpleegkundedosente dat Verpleegkundestudente nie vir begeleiding beskikbaar is nie, mag moontlik ook bewys lewer vir die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente dat hulle slegs as werkkragte gebruik word en dat hul onderrigbehoefte oor die hoof gesien word. Van Vuuren (1988:61) se bevindings rakende die onbesikbaarheid van die Verpleegkundestudente vir kliniese begeleiding ten einde in hul onderrigbehoefte te voorsien, is deur meer as 70% van Verpleegkundedosente bevestig. Laasgenoemde voer aan dat Verpleegkundestudente vanweë die betrokkenheid by die verpleging van pasiënte nie vir kliniese begeleiding beskikbaar is nie. Sowat 21% is te besig met nie-verpleegkundige take en 10% het weggeskram van die Verpleegkundedosent.

Stelling 2:

'n Gevoel van hartseer word ervaar dat professionele eenheidsverpleegkundiges die rol en funksies van voorgraadse Verpleegkundestudente sodanig reduseer dat voorkeur aan fisio- en arbeidsterapeute se behoeftes verleen word en hul eie beroep gering geskat word.

Stelling 2 kon nie uit die literatuur bevestig word nie en blyk uniek aan hierdie navorsing te wees.

(iii) Professionele eenheidsverpleegkundiges ontbreek as ware rolmodelle in die kliniese eenhede

Die behoefte aan rolmodelskap word ge verbaliseer deur die meerderheid van die Verpleegkundestudente, vanweë redes wat uit die volgende twee stellings blyk.

Stelling 1:

Rolmodelskap beïnvloed die professionele en persoonlike groei en sosialisering wat die voorgraadse Verpleegkundestudent sal ondergaan, sodat hulle ooreenkomstig óf 'n negatiewe óf 'n positiewe gesindheid tot die beroep ontwikkel.

Stelling 2:

Rolmodelle se kundigheid en vaardighede is ontoereikend en word gekenmerk deur verwarrende werksmetodiek wat tussen eenhede verskil en swak betrokkenheid by die verpleging van pasiënte, sodat min werklike begeleiding en ondersteuning verleen word en hul voorbeelde nie navolgenswaardig is nie.

Stelling 1:

Rolmodelskap beïnvloed die professionele en persoonlike groei en sosialisering wat die voorgraadse Verpleegkundestudente sal ondergaan, sodat hulle ooreenkomstig óf 'n negatiewe óf 'n positiewe gesindheid tot die beroep ontwikkel.

Die afwesigheid van rolmodelle word deur die respondente betreur, aangesien hulle die vakken-nis moet oordra en ook as positiewe beelddraers van die beroep behoort op te tree. Indien daar egter sulke rolmodelle bestaan, weet almal van hulle en wil veral die eerstejaar Verpleegkundestudente hul voorbeeld navolg. Dit is egter belangrik om vas te stel watter persepsies Verpleegkundestudente ten opsigte van kliniese professionele eenheids-verpleegkundiges as rolmodelle gehandhaaf het waar hulle voor 1986 hul opleiding voltooi het. Die samewerkingsooreenkoms van verpleegkolleges met universiteite het in dié tydperk tot stand gekom. Die verskille tussen die onderrigprogramme wat die rolmodelle voor 1986 gevolg het en die wat voorgraadse Verpleegkundestudente tans volg, beïnvloed die kennisbasis waarvandaan rolmodelle funksioneer.

Ter bevestiging van bogenoemde stelling bevind Van Vuuren (1988:76) dat die uitwerking van positiewe rolmodelskap in die kliniese eenhede op die jong Verpleegkundestudente as van groot waarde beskou word. Dit word gestaaf deur die bevindings dat meer as 89% van die respondente die invloed van 'n rolmodel as belangrik beskou. Esterhuizen (1989:83) is van mening dat die Verpleegkundestudente iemand nodig het met wie hulle in die verpleegberoep kan identifiseer ten opsigte van vakkundige kennis, persoonlike optrede, voorkoms en voorbeeld. Professionele rolmodelle dra daartoe by dat Verpleegkundestudente 'n gesonde lewensbeskouing ontwikkel en leer om 'n balans tussen hul loopbaan en persoonlike lewe te tref. Navorsing deur Esterhuizen (1989:76) dui daarop dat meer as 88% eerstejaar- en 71% van die derdejaar Verpleegkundestudente aantoon dat die Verpleegkundedosente in die kliniese eenhede 'n goeie voorbeeld stel. Daarteenoor het slegs 11% eerstejaar- en meer as 28% derdejaar Verpleegkundestudente hul dosente as 'n swak rolmodel beleef.

Volgens die literatuurstudie na die essensie van rolmodelskap, blyk dit die vaardighede waaroor hulle beskik, asook die eienskappe van die rolmodelle te wees wat van belang geag word. Dit blyk dat rolmodelle voor 1980 ten opsigte van vaardighede en bekwaamheid geëvalueer is, wat op die persoonlike voorbeeld gefokus het. Volgens Potgieter (1980:19) is dit 'n kragtige onderrighulpmiddel wat in samehang met saalrondes, formele onderrig, besprekings en pasiënt-studies in situasie-onderrig gebruik kan word. Eienskappe wat Marson (1982:349) in 'n goeie professionele eenheidsverpleegkundige soek, dui op vier velde van bekwaamheid, naamlik professionele standaarde, bestuursvermoë, persoonlike eienskappe soos empatieke houdings en onderrigvermoëns wat by die rol en funksie van die professionele eenheidsverpleegkundige inpas. Rolmodelle as kliniese fasiliteerders is volgens Marson (1982:353) bekwaam, vaardig, gee om, is sensitief vir die leerder se behoeftes, doen moeite om hulself te motiveer en verkry betrokkenheid en terugvoering oor die vordering wat hulle toon. Hulle is vaardige kommunikeerders en werk vanuit 'n persoonlike waardestelsel waar omgee en inagneming van ander belangrik is. Tlakula en Uys (1993:31) bevind 'n positiewe verband tussen persoonlike groei en positiewe ervarings in die kliniese eenhede en noem dat dit meer impak op die Verpleegkundestudente het as wat negatiewe ervarings het.

Namate die begrip van omgee en intra- en interpersoonlike vaardighede by die programinhoud geïnkorporeer en by verpleegkundiges geïnternaliseer word, blyk die fokus op eienskappe van rolmodelle te val. Lynn (1995:93-108) bevind dat respondente met 'n hoë professionele telling, eienskappe soos positiewe omgee, bekwaamheid, selfhandhawende leierskap en professionele voorspraak as belangrik by rolmodelle beskou. Volgens Bezuidenhout en Basson (1992b:16) besef die professionele eenheidsverpleegkundiges nie altyd hul beïnvloedingskrag as rolmodelle nie. Sowat 56% van die Verpleegkundestudente sien die professionele eenheidsverpleegkundige as die ideaal wat hulle sou wou navolg, weens die eienskappe van selfvertroue, in beheer wees, vriendelikheid, simpatieke optrede, regverdigheid en kliniese paraatheid wat hulle uitstraal. Die ondersteuning aan die Verpleegkundestudente, 'n goeie voorbeeld, nederigheid en betroubaarheid word insgelyks as baie belangrik beskou (Bezuidenhout & Basson, 1992b:16). Respondente beskou ook die waarde van 'n positiewe rolmodel daarin dat sy 'n beter beeld van die beroep gee, die opleidingsgehalte verhoog en 'n positiewe uitwerking op pasiëntsorg en interpersoonlike verhoudings sou uitoefen. Van der Colff (2001:152) bevind egter by voorgraadse Verpleegkundestudente dat ten spyte van die voordele van en die behoefte aan rolmodelle, die afwesigheid van rolmodelle steeds 'n probleem blyk te wees.

Dit blyk dus dat sekere vaardighede en eienskappe van belang is, wat daarop dui dat die Verpleegkundestudente iemand met kennis sowel as 'n toeganklike houding wat deur omgee gekenmerk word, wil navolg.

Stelling 2:

Rolmodelle se kundigheid en vaardighede is ontoereikend en word gekenmerk deur verwarrende werksmetodiek en swak betrokkenheid by die verpleging van pasiënte, sodat min werklike begeleiding verleen word en hul voorbeelde nie navolgenswaardig is nie.

Ter bevestiging van bogenoemde bevindings, dui Bezuidenhout (1988:30-31) aan dat 75 respondente uit 'n steekproef van Verpleegkundestudente wat by 'n verpleegkollege studeer, nie die professionele eenheidsverpleegkundige as rolmodel beleef het nie, teenoor 29 wat haar wel as navolgenswaardig beskou het. In teenstelling met die gewenste rolmodelskap wat een groep Verpleegkundestudente by die spesifieke groep professionele eenheidsverpleegkundiges sou wou navolg, bevind Bezuidenhout en Basson (1992:16) by 44% van die Verpleegkundestudente dat hulle nie professionele eenheidsverpleegkundiges as waardige rolmodelle beleef nie. Dit is naamlik weens hul onprofessionele optrede en ook die feit dat dié verpleegkundiges geen belangstelling in verpleging van pasiënte getoon het nie. Die oorgrote meerderheid van respondente was van mening dat 'n positiewe rolmodel hul professionele toekomsbeplanning positief sou beïnvloed, terwyl 'n beduidende kleiner groep noem dat dit hulle nie sou beïnvloed nie. Laasgenoemde bemoedigende bevinding word deur Parathion en Taylor (1993:806) bevestig, naamlik dat Verpleegkundestudente nie outomaties swak rolmodelle navolg nie. Met die voorbehoud dat hulle vertel word waarvoor om in goeie rolmodelle te soek, kan negatiewe instansies selfs goeie praktyk versterk.

Die hoofeienskappe wat as ontoereikende rolmodelskap aangedui word, is die swak voorbeeld wat gestel word, onvriendelikheid, onnetheid, swak medemenslikheid en die traak-my-nie-agtigheid wat professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van studentonderrig en toesighouding toon. Bevindings dui ook swak deelname aan pasiëntsorg, swak dissipline en 'n verlies aan organisasievermoë aan. Kotzè (1982:9) beskou professioneel-gevormde persone as beskikkend oor 'n onmiskenbare self-, lewens- en mensbeskouing, wat 'n fyn balans tussen hul privaatlewe en loopbaan handhaaf. Dit is noodsaaklik dat professionele verpleegkundiges bewus sal wees van die kragtige invloed wat hulle op die vorming of misvorming van die jong Verpleegkundestudente kan uitoefen. Hulle behoort daarom hul professionele optrede en

uitsprake onder die vergrootglas te plaas om as vakkundige, pligsgetroue en professionele rolmodelle die beeld van die professionele verpleegkundige en gevormde persoon uit te leef.

Verpleegkundiges is by etiese besluitneming betrokke. Sellman (1996:47) beklemtoon die noodsaaklikheid dat elke verpleegkundige tot 'n eie morele besluitneming moet kom binne 'n morele raamwerk waarin hulle moet werk.

(iv) Positiewe omgee vir pasiënte en kollegas se behoeftes om as eenheidswesens behandel te word, ontbreek

Die positiwiteit wat in werklike omgee vir kollegas deur professionele eenheidsverpleegkundiges geleë is, word deur die volgende stelling aangedui.

Stelling 1:

Rolmodelle bepaal die klimaat wat in die kliniese eenhede heers, deurdat hulle vir kollegas en pasiënte omgee.

Negatiewe belewenisse sentreer rondom die volgende eienskappe wat professionele verpleegkundiges openbaar.

Stelling 2:

Behoeftes van pasiënte en voorgraadse Verpleegkundestudente om as eenheidswesens behandel te word, word verontagsaam, met swak sosialisering ten opsigte van verpleging tot gevolg.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuurkontrole dui die volgende bevestigings aan.

Stelling 1:

Rolmodelle bepaal die klimaat wat in die kliniese eenhede heers, deurdat hulle vir kollegas en pasiënte omgee.

Die positiewe omgee vir pasiënte, die verpleegkorps en ander personeel ontbreek, wat gepaard met 'n spanningsvolle atmosfeer in die eenhede, tot 'n belewenis van ontmoediging by die voorgaande Verpleegkundestudente in hierdie navorsing aanleiding gee.

Bevestiging vir bogenoemde stelling word deur die literatuur aangedui. Reeds in 1980 spreek Human (1980:30) die mening uit dat 'n terapeutiese omgewing wat aan vereistes voldoen en waarvolgens 'n behoorlik funksionele hospitaal met dissipline wat 'n hoë standaard van verpleging handhaaf, die hele hospitaalpersoneel vanaf die geneesheer tot die skoonmaker betrek. Die grootste verantwoordelikheid word egter deur die verpleegkundiges gedra, omdat hulle 24 uur per dag na pasiënte omsien. Die interpersoonlike vaardighede van professionele verpleegkundiges is deur Bezuidenhout en Basson (1992b:16-17) nagevors ten einde die atmosfeer in die kliniese eenhede te bepaal. Hiervolgens dui slegs 30% van Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges aan dat die kliniese eenhede soms gespanne is weens werksdrukte, swak kliniese vaardighede van Verpleegkundestudente, onvoldoende personeel en persoonlikheidsbotsings tussen die professionele verpleegkundiges en medekollegas wat swak werkverrigting aan die dag lê. Daar word egter in teenstelling hiermee deur 70% van respondente bevestig dat 'n aangename ontspanne atmosfeer in die kliniese eenhede heers, wat die response van enkele respondente in hierdie navorsing bevestig. In samehang hiermee noem 90% van die professionele eenheidsverpleegkundiges dat hulle die kliniese milieu kan beïnvloed en 98% dui 'n bewustheid aan van die invloed wat die kliniese eenhede op die Verpleegkundestudente se leerervarings uitoefen. Lees *et al.* (1992:10) bevind daarenteen dat slegs 56% van die professionele eenheidsverpleegkundiges glo dat hulle die kliniese atmosfeer of leerklimaat, die Verpleegkundestudent se onderrig en leer in die kliniese eenhede kan beïnvloed.

Soos die bevindings van Smith (1991:75) aandui, word die professionele eenheidsverpleegkundige as die persoon geïdentifiseer wat herhaaldelik as die sleutelfiguur betreffende sosiale verhoudings en die atmosfeer wat geskep word in kliniese eenhede, optree. Die volgende respons van een van die respondente naamlik: *"if I know she cares then I don't feel I have to take the caring attitude of the whole ward on my shoulders"*, plaas dié siening in perspektief.

Terblanche (1995:150) bevind insgelyks dat senior en hoofverpleegkundiges die psigologiese welstand of siekteverloop van pasiënte kan beïnvloed, onderbreek of verander, deur wat hulle met en aan pasiënte doen, asook wat met hul response bewoord word. Nelms *et al.* (1993:18-23) bevestig dat omgee deur rolmodellering van die onderriginstansie aangeleer kan word, sowel as deur die gesondheidsorgdiensleweringpersoneel wat betrokke is. Dit blyk dat verpleegkundiges bewus is van die invloed wat hulle uitoefen en tog probeer om die klimaat aangenaam te hou.

Du Plessis (1996:165) bevind terselfdertyd dat die onderrigleerklimaat die houding van die professionele eenheidsverpleegkundige beïnvloed, sodat 'n meer positiewe atmosfeer die waarskynlikheid vir samehorigheid tussen professionele eenheidsverpleegkundiges en Verpleegkundedosente verhoog. Om die kliniese leerervaring positief te beleef, behoort dinamiese leerbenaderings ondersteun te word ten einde die immer veranderende behoeftes van die Verpleegkundestudente, die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en die onderriginstansie te versoen. Dit is dus noodsaaklik dat motiveringstrategieë om die belangstelling van die Verpleegkundestudente te behou, kritiese denkvaardighede en kwaliteitbestuur, inbou (Massarweh, 1999:44-47).

Die sentrale paradigma wat verpleging onderlê, omsluit volgens Spitzer (1998:169) die omgee vir ander as die kern van verpleging en onderlê die definisie van verpleging, die navorsingsmetodologie en ontwikkeling van die dissipline wat daarvolgens plaasvind. Die verpleegproses as denk- en besluitnemingsproses is hoofsaaklik ontwikkel om die uniekheid van die professie van die mediese model te onderskei, en terselfdertyd kliniese en kritiese denkvaardighede te ontwikkel.

Stelling 2:

Behoeftes van pasiënte en voorgaande Verpleegkundestudente om as eenheidswesens behandel te word, word verontagsaam, met swak sosialisering ten opsigte van verpleging tot gevolg.

Met die geïntegreerde program wat lei tot registrasie as Verpleegkundige (Algemene, Psigiatriese en Gemeenskaps-) en Vroedvrou, (SARV, 1985b) wat op diploma- en graadvlak aangebied word, word intra- en interpersoonlike vaardighede, wat in verband gebring word met die begrip omgee en wat die kern van verpleging vorm, in samehang met akademiese inhoud aangebied ten einde 'n bekwame verpleegpraktisyn te ontwikkel.

Bezuidenhout en Basson (1992b:12-13) wat navorsing na die opleidingsfunksie van die professionele verpleegkundige doen, dui aan dat die ondersteuning aan medekollegas en empatie met hul probleme baie swak is. Ten spyte van dié leemtes word die houding van die professionele eenheidsverpleegkundiges egter deur 80% van respondente as vriendelik, toeganklik en bemoedigend aangedui. Hierteenoor bevind Lees *et al.* (1992:10) dat 52% van Verpleegkundestudente wat aan die navorsing deelgeneem het, die leeromgewing as onbevredigend ervaar het. Hulle dui aan dat daar geen onderrigprogram was nie, te hoë werkloadings voorgekom het, verwagtings te veel was en te min begeleiding met min of geen belangstelling van die verpleegkundige afkomstig nie, ongeag die werkload wat in die kliniese eenhede voorgekom het. Die professionele verpleegkundiges was nie bereid om betrokke te raak nie en hul optrede het ander personeel van menswaardigheid ontnem omdat hulle soos kinders behandel is. Dit is ook die bevinding van Jacono (1993:194) dat verpleegkundiges van die begrip omgee wegstrem en dat hulle nie toegeneentheid wys nie. Jacono (1993:194) noem dat die tyd egter ryp is dat hierdie komponente weer in die onderrigprogram in werking gestel word. Die gevoel bestaan dat beter interpersoonlike verhoudings en 'n groter belangstelling in personeel as 'n vereiste gestel behoort te word (Bezuidenhout & Basson, 1992b:16-17).

Uit die verdiepende literatuurstudie blyk dit dat 'n rolverskuiwing behoort plaas te vind vanaf 'n uitsluitlik tegniese rol, wat hoofsaaklik interpersoonlik van aard is, na die klem op dinamiese interaksie met ander waarin daar intra- en interpersoonlike eise aan die professionele verpleegkundige gestel word. Die intrapersoonlike ervaring in die self, waarde-inhoude, gevoelens en behoeftes is dus ter sprake (Terblanche, 1995:150). Reeds so vroeg as 1986 spreek Styrbicki (1986:91) die mening uit dat verpleegkundiges, ongeag die dissipline van verpleging waar hulle diens verrig en ongeag hul kwalifikasies, 'n program vir die ontwikkeling van interpersoonlike vaardighede behoort te volg. 'n Begeleidingsmodel behoort beplan te word waarin aandag aan die verpleegkundige se professionele en persoonlike aspekte gegee word, sodat hulle volgens die model begelei kan word ten einde interpersoonlike probleme te hanteer. Dit is insgelyks die mening van Rademeyer (2001:151) dat persoonlike vaardigheidsprogramme in 'n ondersteuningsprogram die Verpleegkundestudente se selfkennis en interpersoonlike vaardighede behoort te ontwikkel. Selfbegrip asook begrip vir ander in verskeie situasies behoort te ontwikkel, waardeur hulle self bemagtig word om eie gedrag tydens pynlike situasies te verstaan en te hanteer. Daar behoort dus ondersteuningsprogramme ontwikkel te word wat aan Verpleegkundestudente bekend gestel word. Die bekendstelling van die behoefte aan die professionele verpleegkundige se hulpverleningsrol behoort sterker aan hulle gekommunikeer

te word, sodat hulle kennis daarvan kan neem, wat introspeksie sal aanmoedig (Terblanche, 1995:151). 'n Eie bewuswording van die professionele verpleegkundige ten opsigte van hul eie vlak van psigiese energie is nodig om uitbranding te voorkom.

Vanuit bogenoemde argument word slegs die verskillende sienswyses van die verpleegkundiges se intra- en interpersoonlike vaardighede ten opsigte van medekollegas en ander personeel bevestig.

Daar word vervolgens 'n indiepte-literatuurstudie gedoen na die werklike redes wat die verontagsaming van behoeftes en min omgee vir pasiënte onderlê. Een van die interpersoonlike probleme wat ervaar word, dui op swak kommunikasie wat plaasvind. Die kommunikasieproses tussen verpleegkundiges en pasiënte veroorsaak dikwels stresvolle situasies, veral by terminale pasiënte. Bedrywige kliniese eenhede en tydsdruk word as redes aangevoer waarom daar nie met pasiënte gekommunikeer word nie. Navorsing dui egter daarop dat stil tye ook nie benut word om met pasiënte te kommunikeer nie. Die kommunikasie neem grotendeels die vorm van verduideliking en die deurgee van inligting aan, terwyl vrees vir die dood en angs om die pasiënt te ontstel en dit te hanteer, lae kommunikasie ontlok. So word empatieke omgang dus nie geredelik verleen nie (Jarrett & Payne, 1995:73-74).

Die klemverskuiwing ten gunste van emosionele ondersteuning van pasiënte met die klem op omgee vir behoeftes, word deur Björk (1995:6) veroordeel. Dit word gegrond op 'n literatuurstudie wat die tydperk 1950 tot 1991 insluit en gaan oor die verskille tussen pasiënte en verpleegkundiges se siening van wat as goeie verpleging beskou word en as gevolg waarvan professionele verpleegkundiges se kliniese vaardighede as goed beskou word, teenoor die siening wat pasiënte hiervan handhaaf (Björk, 1995:6). Volgens dié navorser was die konflik tussen onderriginstansies en die verpleegdienste ongekend toe opleiding van verpleegkundiges in die hospitaal aangebied is en die proses van leer rondom die werksituasie gesentreer het. Veranderinge in onderrigbeleid, professionalisering en akademiese ambisies en die verskuiwing van verpleegonderrig na kollegas en universiteite het 'n verandering in die programinhoud en teoreties-kliniese verhouding meegebring. Die geïsoleerde teoretisering en verwetenskapliking van die verpleegpraktyk met die fokus op konsepte, het kurrikulumontwikkeling ten doel gehad. Die gevolg was gapings tussen dié doelstellings en die verpleegprosedures wat werklik benodig word. Die tegniese aspekte van verpleging word gevolglik met 'n verlies aan status vereenselwig en die instrumentele aksies word na stafverpleegkundiges afgewentel. Professionele Verpleegkundiges bestee hul tyd dus aan die omgee wat verpleging onderlê, naamlik aan die pasiënte se emosionele en kognitiewe vaardighede. Dit is juis in die omgee dat die konflik tussen verpleegonderrig en pasiënte vir Björk (1995:6) ontstaan. Pasiënte se siening van die

belangrikste verpleegaksies het tydens drie opeenvolgende studies aangetoon dat goeie verpleging deur die praktiese, tegniese en die werklike vaardighede wat goeie fisieke versorging moontlik maak, gekenmerk word. Daarteenoor handhaaf professionele verpleegkundiges 'n stabiele oriëntering dat die psigososiale ondersteuning van pasiënte deur interpersoonlike verhoudings die belangrikste is. Die toenemende swak voorbereiding vir die kliniese situasie word duidelik uit die klem wat op programinhoud geplaas word, wat op die psigososiale aspekte van verpleging fokus en die tegniese aspekte verontagsaam. In direkte verband hiermee is die riglyne van die United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) (1999:6-7) wat maan dat indien die noodsaaklike sorg of omgeepraktjke vir pasiënte of kliënte in gebreke bly, verwydering van die professionele register genoodsaak word. Die aspekte wat genoem word, sluit in: swak kommunikasie en die weerhouding van voedsel, vloeistof, klere, mediese hulp, bystand en toerusting, asook psigologiese, fisiese, emosionele, verbale, seksuele en materiële misbruik. Hierdie aspekte word in die Suid-Afrikaanse konteks deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as opsetlike of nalatige versuim om handeling te omsigte van diagnoseering, behandeling, versorging voorskryf, samewerking, verwysing, koördinerings en pasiëntvoorspraak as die bestek van die verpleegkundige se praktjke aangespreek in Regulasie 387 van 1985 soos gewysig in 1987 (SAVR, 1984a).

Oldnall (1996:138-144) waarsku verder teen dat die beklemtoning van die psigososiale aspekte van die mens ten koste van die spirituele behoeftes waaraan die pasiënte 'n behoefte toon. McSherry en Draper (1998:683-91) wys op die komplekse en diverse aard van spiritualiteit, met geen aanvaarde definisie wat breed genoeg is om die uniekheid van alle individue te omsluit nie. 'n Uitdaging word aan die verpleegprofessie gerig om 'n definisie van spiritualiteit te ontwikkel om aan hierdie behoefte te voldoen. Ross (1997:710-715) verwys na literatuur wat daarop dui dat spirituele hulp aan pasiënte as deel van die verpleegkundige se rolle vereis word. Ross (1997:710-5) bevind in 'n groep ouer persone dat dié behoeftes die vorm aanneem van religie, betekenis gee, liefde, die behoefte om aan iemand te behoort, moraliteit, die dood en die sterwensproses waar begeleiding nodig is. Riglyne vir verpleegonderrig benadruk die spirituele onderrig aan Verpleegkundestudente hoewel dit nie duidelik is hoe die onderwerp onderrig moet word nie. Verdere navorsing is hier nodig (Ross, 1996:43). Resente navorsing deur Chidrawi (2001:145-149) ten einde die paraatheid van verpleegkundiges vir die verwerkliking van spiritueel-sensitiewe verpleging te fasiliteer, bevind dat interaktiewe spiritueel-sensitiewe verpleging tussen 'n pasiënt met 'n behoefte daaraan en 'n spiritueel-sensitiewe parate verpleegkundige moet plaasvind. Die verpleegkundiges behoort eers blootgestel te word aan spiritueel-sensitiewe interaktiwiteit van ander voor hulle 'n eie spirituele sensitiwiteit kan

ontwikkel. Die konstrakte van spiritualiteit omsluit 'n verhoudingsverbondenheid met die self, andere en God. As gevolg van die genoemde interaktiwiteit sal transformasie plaasvind met verandering in die groei en selfkennis wat na vore kom, wat ook in die pasiënt gefasiliteer word. Transendensie, hoop en 'n soeke na sin en betekenis as konstrakte van spiritualiteit, mag daartoe bydra dat verpleegkundiges wat daaraan blootgestel word, minder vrees vir die onbekende ervaar en haar eie spiritualiteit verryk en ook in die pasiënte konkretiseer. Maeve (1998:1136-1147) doen navorsing na die wyse waarop verpleegkundiges met lyding en die dood saamleef. Die verhouding wat verpleegkundiges met hul pasiënt betree, word dikwels as traumaties beleef. Hulle deel pyn sowel as vreugdes, wat meebring dat die versorging en omgee vir pasiënte 'n integrale deel vorm van wie hulle as heel mense is. Hierdie omgeesituasie vir diegene wat ly, versterk die verpleegkundiges met bedagsaamheid en word gebruik om eie dilemmas te hanteer. Reëls vir versorging vervaag volgens Maeve (1998:1141), wat bevind dat verpleegkundiges hul pasiënte se lyding en sterfte toelaat om dimensie aan hul eie lewens te gee en op 'n werklike manier hierdie pasiënte te eer.

Die navorser is van mening dat benewens die verskillende dimensies waarin verpleegkundiges hul pasiënte en kollegas moet bystaan, die komponente van die begrip omgee ook uitklaring benodig ten einde leemtes te bepaal in die proses van omgee en hoe dit gedoen behoort te word. 'n Verdere verdiepende literatuurstudie na die begrip omgee word nodig geag, ten einde die essensie van begeleiding en ondersteuning te ondersoek. Moontlike swakhede in die filosofie, struktuur en inhoud van die Verpleegkundestudente se program behoort ondersoek te word. Die klem behoort te verskuif na die psigososiale, spirituele, fisieke en tegniese aspekte as gelykwaardige komponente. Raatikainen (1997:1115) is van mening dat 'n diep begeerte verpleging as roeping onderlê, wat die totale menswees van die pasiënt in oënskou neem en aan die verlangde behoeftes wil voldoen. Verpleegkundiges funksioneer goed binne spanverband, spreek alle dimensies - fisiek, psigies en geestelik - aan en beskik insgelyks oor 'n diep insig oor die hele proses van verpleging, wat nie in konflik met professionele kennis en beginsels kom nie.

Positiewe omgee soos dit vir die doel van hierdie navorsing vertolk word, lê aan die kern van Verpleegkunde. Dit vorm die grondslag waarop die fisieke en psigososiale aspekte van verpleegtussentredes soos reeds bespreek, gebaseer word. Spitzer (1998:169) verwys na die vyf dimensies van tussentrede, naamlik: "knowledge, being with, doing for, enabling and maintaining belief". Wilkinson (1998:2) in 'n poging om die begrip versorging of positiewe omgee te verklaar, argumenteer dat omgee as begrip in die verpleegkonteks, altyd die insluiting van ander persone vir wie se welsyn die verpleegkundige verantwoordelik is, behels. Dit dui op

morele konnotasies en die etiek van omgee. Dit impliseer intrinsieke medelye met ander se behoeftes, teenoor die tradisionele reëlbeheerde etiek wat slegs op die herkenning van verpligtings teenoor ander dui. In 'n poging om die begrip empatie te verklaar, kom Brink (1991:28) tot die gevolgtrekking dat dit kunsmatig sou wees, aangesien dit slegs een komponent in die ontwikkeling van omgeeverhoudings is. Dit is belangriker om op die fasilitering van empatie deur rolmodelle en ander lede van die gesondheidspan te fokus. Onderrig in die klas sou nie moontlik wees indien 'n voorbeeld nie in die klas gestel word nie. Dit is dus nodig om 'n kort oorsig te gee van die betekenis van die begrip "positiewe omgee".

Wilkinson (1998:2) noem dat omgee vir ander die toepaslike begeertes en oortuigings insluit van dit waaroor daar omgee word. Dit impliseer dus 'n begeerte vir die welstand van die persoon vir wie die verpleegkundige omgee. Omgee omsluit dus 'n morele sentiment wat 'n gevoelskomponent noodsaak en behoort volgens morele beginsels teenwoordig te wees wanneer ander se welsyn die verpleegkundige se verantwoordelikheid word. Die etiek van omgee word volgens Allmark (1998:466) gekoppel aan feminisme en vanuit 'n gegewene dat verpleging 'n vroulik-oorheerste beroep is. Omgee staan dus sentraal in die beroep. Die verwarring wat voorkom wanneer omgee slegs as "goed" beskou word, word deur Allmark (1998:446) bevraagteken in die sin dat alle negatiewe en goeie aksies uit omgee voortspruit. Van der Wal (1999:63) as teenpool teen die siening van Allmark en Bevis (1981:49) is oortuig dat omgee vanweë die aard en definisie daarvan ten alle tye as positief beskou behoort te word. Alle ander menslike gevoelens bevat volgens Van der Wal (1999:63) potensieel negatiewe sowel as positiewe elemente. Van der Wal (1999:63) sê egter hieroor dat ten einde omgee te internaliseer, moet 'n totale milieu voorsien word. Daar moet sodanig geleef word dat 'n holistiese verpleegpraktyk gevolg word waar kultureelkongruente omgeepraktyke in die program ingesluit word. Persoonlike betrokkenheid in gevallestudies moet ingebou word en aspekte van omgee in die self geïdentifiseer word. Korrekte omgee omsluit volgens Allmark (1998:468-469) ook deugszaamheid wat individue in staat stel om hul funksie goed te vervul. Indien dit op die Verpleegkunde van toepassing gemaak word, kom dit daarop neer dat hulle die regte dinge op die regte manier doen. Die onderskeid wat dus ter sprake kom is, dat vanuit die etiek van omgee (care), daar gefokus word op die implikasie dat dit goed is om om te gee. Vanuit 'n standpunt van die etiek van verdraagsaamheid (virtue), is die fokus egter op die aard van die sorg en hoe dit tot uitdrukking kom. Daar behoort dus klem gelê te word op die kweek van simpatie, die verwerping van onregverdigheid en empatie met die wat ly en siek is. Deugsame persone sal dus die regte keuses doen, omdat hulle die regte begeertes het wat voortspruit uit omgee vir die regte dinge en wat op die regte wyse vergestalt (Allmark, 1998:468-469).

Wilkes en Wallis (1998:582-9) doen navorsing na die konstruk van omgee by voorregis-
trasieprogramme aan twee universiteite in Nieu-Suid-Wallis. Volgens die belewenisse van dié
Verpleegkundestudente, word medelye as die kern van omgee aangedui. Die aktualisering van
medelye in die verpleging van pasiënte vind plaas deur kommunikasie, die voorsiening van
gemak, deur bekwaam en toegewyd te wees, selfvertroue te hê, moed aan die dag te lê en 'n
gewete te hê. Kommunikasie as komponent van omgee word gebruik as medium om
uitdrukking te gee aan tussentredes wat op omgee dui. Wilkinson (1998:7) argumenteer dat in
'n omgeesituasie daar relasievorming plaasvind, sodat daar insig in die behoeftes van die ander
behoort te wees ten einde toepaslik te reageer. Hy verwys na Meyeroff (1971:1) wat die mening
uitspreek dat omgee nie met die behoud van gemak, belangstelling of 'n behoefte om te
versorg, verwar moet word nie. Dit impliseer ook nie net 'n toegeneentheid teenoor die persoon
nie. Dit versterk Wilkinson (1998:7) se argument dat omgee 'n proses is waardeur daar gepoog
word om 'n ander individu te help om te groei en hulself te aktualiseer. Dit sluit ontwikkeling in
op dieselfde wyse as by 'n vriendskap, waar 'n gemeenskaplike vertroue tot 'n verdiepende en
kwalitatiewe transformasie van die verhouding lei. Wilkinson (1998:7) noem voorts dat
aangesien die ander persoon se welsyn saak maak, die persoon wat omgee en die sorg lewer,
deel uitmaak van die omgeeverhouding. 'n Impak word dus op die welsyn van die versorger
gemaak, wat emosionele en morele groei by laasgenoemde meebring. Dit volg dan dat hoewel
daar nie vanuit die standpunt uitgegaan moet word dat omgee selfgesentreerd verleen moet
word of om die self te aktualiseer nie, daar deur om te gee, betekenis aan die lewe verleen
word. Afhangende van waardes en begeertes, kan dit aangeleer word. Volgens Wilkinson
(1998:7) behoort omgee geïnternaliseer te word en vorm dit uiteindelik deel van 'n gevoel wat
die sorgverlener oor hulself handhaaf.

In 'n konsepontleding van omgee bevestig Paterson en Crawford (1994:164) die opvatting dat
omgee 'n integrale deel van die verhouding met pasiënte, families en gemeenskappe vorm en
dat dieselfde omgee ook die Verpleegkundedosent en -studentverhouding kenmerk. Die
verwagting van wederkerigheid en wedersydse verwagtings in die omgeeverhouding behoort in
verpleegonderrig geïnkorporeer en as 'n begrip analogies aan omgee in die verpleegpraktyk
beskou te word. Dit bring mee dat die Verpleegkundedosent moreel verplig is om vir
Verpleegkundestudente om te gee en dat die begrip dus in die wese van verpleegonderrig
begrand moet wees. Volgens Paterson en Crawford (1994:165) bestaan verskeie argumente
teen of vir die aanname dat omgee as 'n houding by Verpleegkundestudente geëvalueer kan
word. Die onderrig van manlike verpleegkundiges verskil egter van die van vroulike
verpleegkundiges, wat weens geslagsverskille na vore kom. Daar is tot op datum ook geen

navorsing gedoen oor die feit of die persepsie van omgee deur Verpleegkundedosente enige leerimpak op Verpleegkundestudente gemaak het nie. Verpleegkundedosente wat tydens terapeutiese tussentredes gepoog het om omgee vir dié pasiënte te demonstreer, het nie daarin geslaag om die boodskap aan die Verpleegkundestudente oor te dra nie. Kennis rakende die oordrag van professionele omgee aan Verpleegkundestudente en die strategieë wat gebruik behoort te word om individue en groepe van Verpleegkundestudente te leer en in staat stel om as professionele verpleegkundiges omgee te modelleer, blyk onuitgeklaar te wees.

Daar behoort egter 'n duidelike onderskeid getref te word tussen omgee en ko-afhanklikheid. Ko-afhanklikheid is volgens Van der Wal (1996:41) 'n voortvloeiende uit 'n persoonlike behoefte om benodig te voel en is 'n vorm van oorverbondenheid en verpligting in die geval van verpleegkundiges om sorg ten koste van hulself te verleen. Die kern van die etiologie van ko-afhanklikheid word aan 'n lae selfbeeld verbind. Hierdie neiging blyk in die gesondheidsorgdiensleweringstelsel redelik algemeen teenwoordig te wees. Van der Wal (1996:42) handhaaf die mening dat verpleegonderrig en die daaropvolgende sosialisering ko-afhanklikheid kan kweek, aangesien verpleging as 'n hoofsaaklik vroulike beroep met die fokus op versorging, vele geleenthede bied om ko-afhanklikheid onder die mantel van omgee te beoefen. Hierdie ko-afhanklikheid word as 'n verslawende afhanklikheid tussen professionele persone in die hulpprofessies beskou. Verdere navorsing teen dié neiging as 'n rede vir beroepsmatheid word vereis. Daar word verwys na Meyerhoff (1971:1) se siening van die hoefeenskap van omgee. Dit is naamlik dat groei in beide die ontvanger en die hulpverlener geïmpliseer word. Ko-afhanklikheid word deur Mancuso (1998:55-60) gedefinieer as 'n gedragpatroon wat die individu se vermoë strem om met ander op 'n volwasse wyse om te gaan. Dit ontwikkel moontlik in disfunksionele families wat in kompulsiewe gedrag manifesteer en wat die lewe pynlik en werkverrigting volgens Mancuso (1998:55-60) emosioneel moeilik maak weens die lae selfbeeld wat hulle openbaar. Verpleegopvoeders behoort deur eie selfbewussyn introspeksie te doen en kennis van die eienskappe van ko-afhanklikheid te bekom ten einde meer doeltreffende kommunikasie en gesonde interaksies en verhoudings tussen verpleegkundiges en pasiënte daar te stel.

Audet (1995:21-8) dui op die angsprouerende aspekte wat die kliniese situasie meebring en die bedreiging wat dit vir die Verpleegkundestudent se sukses in die program meebring. Wanneer gedrag wat gekenmerk word deur omgee deur kliniese instruktors getoon word, behoort die student 'n gevoel van veiligheid en geborgenheid te ervaar. Dit sal vrees en angst verminder en hulle in staat stel om 'n program suksesvol te voltooi. Daar word aanbeveel (RSA, 1997:64) dat 'n kultuur van omgee in die gesondheidsorgdienste gevestig moet word deur 'n

veldtog te loods waarvoor senior personeel en ministeriële vlak betrokkenheid moet toon. Etiek behoort prominent in die opleidingsprogramme te vergestalt en kliniese eksamens vir alle studente wat die gesondheidsorgdiensleweringstelsel betrokke is, behoort krediete vir omgee en meegevoel in te sluit. Groepdruk deur medekollegas word aanbeveel om omgee en empatieke houdings by gesondheidsorgdiensleweringpersoneel te ontwikkel. Daar word ook aangedui dat dié studente vir sodanige gedrag beloon behoort te word. Die regte van gesondheidsorgdiensleweringpersoneel behoort gedefinieer en gerespekteer te word sodat 'n etos van omgee gevestig word. 'n Kommissie van ondersoek behoort na die werksomstandighede van alle personeel in die gesondheidsorgdiensleweringstelsel ingestel te word (RSA, 1997:64).

Verdere navorsing oor wat positiewe omgee impliseer, die wyse waarop dit geïnternaliseer behoort te word en hoe die probleem van nie-omgee aandag sal geniet, verdien volgens die navorser onverwyld aandag. Die rede hiervoor is dat voorgraadse Verpleegkundestudente pro-aktief voorberei behoort te word oor die korrekte wyse waarop omgee as 'n proses geïnternaliseer moet word. Positiewe omgee as 'n hoofsaaklik vroulike eienskap bring implikasies vir die sosialisering van die Verpleegkundestudent mee. Binne die multidissiplinêre spanverband, veral ten opsigte van die samewerking met geneeshere en die verkryging van professionele status wat op die kernbegrip van omgee gebaseer is, mag dit vir haar rol teenstrydige resultate meebring. Die etiese aspekte van besluitneming in die kliniese praktyk benodig uitklaring deur professionele liggeme wat wetlike en politieke riglyne behoort te stel. Dit behoort egter nie slegs morele riglyne en 'n lys van aanvaarbare gedrag te wees nie. Vaardighede in filosofiese ontleding word benodig ten einde debatvoering rondom probleme aan te moedig om bekwame en doeltreffende professionele verpleegkundiges te ontwikkel. Daar moet nagedink word oor die aktiwiteite en vaardighede wat verwag word ten einde professionele verpleegkundiges te bemagtig om regverdige besluite te doen en etiese aspekte wat uit die kliniese eenhede voortspruit, te hanteer. Die strewe na 'n eie kennisbasis vir verpleging as teenpool vir die mediese model, gaan skynbaar gepaard met 'n magstryd. Die uiteindelijke negatiewe implikasie is dat verpleging ondergeskik aan die mediese professie beskou word. Dit is 'n hoofsaaklik vroueberoep wat die aanname versterk dat omgee outomaties volg, terwyl die magstryd met geneeshere aan die wese van feminisme raak.

4.3.2.4.3 *Wisselende ondersteuning word deur die multidissiplinêre span gelewer*

Die belewenisse van die ondersteuning wat die multidissiplinêre span lewer, wissel volgens die verskillende spanlede wat betrokke is en word in die volgende stellings vervat. Daar bestaan die

egter die opvatting dat geneeshere volgens die deduktief-afgeleide stellings, ambivalente begeleiding en ondersteuning lewer. Die predikante en sielkundiges word as voorwaardelik beskikbaar, terwyl die paramediese personeel as uitsluitend en antagonisties beleef word. Hierdie belewenisse word in stellings vervat

(i) *Ambivalente ondersteuning word deur geneeshere gebied*

Die volgende stellings plaas die begeleiding en ondersteuning deur geneeshere in perspektief

Stelling 1:

Die ambivalente begeleiding en ondersteuning wat geneeshere bied, word gekenmerk deur enersyds onverskillige optredes, met laevlaktaaktoewysing aan voorgraadse Verpleegkundestudente indien die geneeshere nie met die program bekend is nie en indien hulle wel met die program bekend is, word daar empatieke begrip en goeie samewerking ervaar.

Stelling 2:

'n Geleidelike verset teen die rolmiskening wat hulle beleef, lei tot konflik tussen mediese studente, geneeshere, paramediese personeel en die voorgraadse Verpleegkundestudente wat 'n bereidheid tot selfhandhawing toon, sodat hulle nie alle take gereedelik aanvaar nie en hul eie werksverpligtings sodoende benadeel nie.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

'n Kontrole van die literatuur om die belewenisse van Verpleegkundestudente te bevestig, dui die volgende bevindings aan.

Stelling 1:

Die ambivalente begeleiding en ondersteuning wat geneeshere bied, word gekenmerk deur enersyds onverskillige optrede, met laevlaktaaktoewysing aan Verpleegkundestudente indien die geneeshere nie met die program bekend is nie en indien hulle wel met die program bekend is, word daar empatieke begrip en goeie samewerking ervaar.

Die begeleiding en ondersteuning deur enkele geneeshere wat met die B.Cur.-graad bekend is, word as redelik positief beleef. Hoofsaaklik onverskillige gedrag kom egter voor ten opsigte van die take wat hulle aan voorgraadse Verpleegkundestudente deleger en in die mate wat hulle bereid is om met hulle te kommunikeer. Dit kom voor of daar 'n magstryd tussen die twee groepe is.

Hoewel geen direkte bevestiging vir bogenoemde stelling gevind word nie, kan die onderliggende redes waarom geneeshere take aan verpleegkundiges toewys, moontlik verklaar word.

Smith (1991:74) is van mening dat die konseptuele kompleksiteit wat die begrip omgee (caring) onderlê en die verwantskap wat dit met die geslagsverskille het tussen dokters wat hoofsaaklik manlik en verpleegkundiges wat hoofsaaklik vroulik is, bydra tot die magsverskille tussen die twee groepe. Die algemene aanvaarding dat die psigologiese en sosiale rolle gebaseer is op die aanname dat vroue ander bedien en dit geniet, dra daartoe by dat enige diensaspek of versorging vanselfsprekend aan verpleegkundiges toegewys word. Ryan en Mackenna (1994:114) wys op die verskillende wyses waarop mediese studente en Verpleegkundestudente hul vrees hanteer. Die outeurs verwys na Stein (1967) wat bevind dat mediese studente 'n houding van alwetendheid inneem en na Kalisch en Kalisch (1977) wat meen dat Verpleegkundestudente gesosialiseer word om afhanklik, gehoorsaam en onderdanig te wees. Laasgenoemde is meer versorgend-georiënteerd, terwyl mediese studente meer op die kuratiewe aspek fokus. Mediese studente hiervolgens plaas minder klem op die emosionele steun aan pasiënte as Verpleegkundestudente, hoewel meer as 73% van laasgenoemde groep tegniese vaardighede waarmee hulle die vertroue van pasiënte wou wen, as belangrik beskou het.

Mallik (1997:135) sê verpleegkundiges word steeds as die handlangers van die geneesheer gesien. Laasgenoemde is lojaal teenoor die hospitaal en word as 'n plaasvervanger vir die oerfiguur beleef. Die lae outonomie wat professionele verpleegkundiges geniet, dra ook by tot

die beperkings wat hul marginale posisie in die gesondheidsplan bepaal. Vanuit hierdie verwysingsraamwerk ontstaan die beslissing van verpleegkundiges om kontrole oor hul eie professie te neem en dit weg van geneeshere - wat hoofsaaklik manlik is - in die verpleegmodel te inkorporeer (Chapman, 1998:459).

Voorgraadse Verpleegkundestudente in die huidige navorsing plaas 'n hoë premie op onafhanklike funksies wat hulle ten alle koste wil vervul. Die is hoofsaaklik vanweë die verandering van verpleegonderrig wat na tersiêre instansies verskuif het waar bevragekening en ontleding aangemoedig word. Mediese studente stem saam dat Verpleegkundiges mediese praktyk mag bevrageken, maar toon in 'n mindere mate instemming dat hulle die geneesheer se bevel mag weier indien dit na hul mening nie in die pasiënt se belang is nie. Searle (1984:5) verklaar egter onomwonde dat alle verpleegkundiges wat in die Republiek van Suid-Afrika praktiseer, praktisyns in eie reg is. Die verpleegkundige praktiseer binne haar professie, binne die omvang van statutêre wette en regulasies van die gemene reg en die ongeskrewe kode van die professie. Die lae outonomie en ontneming van die onafhanklike funksies van verpleegkundiges is volgens Searle (1984:5) die uitvloeisel van die Suid-Afrikaanse Oorlog van 1899-1901. Die toename van Britse verpleegkundiges wat na die oorlog in die gesondheidsdienste as matrones aangeby het, het tot dié toedrag aanleiding gegee. Die Britse owerhede het ten tye nie oor wetgewing beskik om verpleegpraktyk te reguleer nie, met die gevolg dat die begrip van outonome praktisyn verval het en die Britse wyse van die verpleegkundige as uitvoerder van die geneesheer se bevel in plek gekom het. Die gepaardgaande resessie, vrees vir werkloosheid en die burokratiese masjinerie, het insgelyks die onafhanklike professionele praktyk onderdruk. Die neiging van burokratiese gesondheidsorgdiensleweringorganisasies om steeds beperkings op professionele verpleegkundiges te plaas eerder as bemagtiging tot onafhanklike praktisyns aan te moedig, word eerder as 'n diens aan die burokrasie self beskou, aldus Searle (1984:5).

Smith (1991:75) wys op die professionele retoriek oor omgee gesien teenoor die empiriese realiteit waarin dit moet plaasvind. Omgee se verwantskap met vroulike eienskappe in samehang met die geslagsverskille en magsverhoudings tussen dokters wat hoofsaaklik manlik en verpleegkundiges wat hoofsaaklik vroue is, dra by dat die status van versorging laer as tegniese kennis geag word. Hulle word beskou dit "as om in diens van ander" te wees.

Harden (1996:32-37) stel dit onomwonde dat professionele verpleegkundiges 'n onderdrukte groep is, sonder outonomie, toerekenbaarheid en kontrole oor hul eie professie. So word dié magteloosheid voortgesit, ten spyte daarvan dat hulle die grootste groep binne die sfeer van die gesondheidsorgdiens vorm. Die oorheersing van geneeshere en die burokratiese instellings wat beide professionele verpleegkundiges benodig, baat by die situasie, terwyl laasgenoemde

se gedrag deur onderdanigheid, min inisiatief en 'n lae selfbegrip gekenmerk word. Harden (1996:32-37) verwys na die onderdanigheid-aggressiesindroom wat Carmichael en Hamilton (1983) hieraan toeskryf en wat ontstaan weens die aggressie teen die onderdrukkers. Dit lei tot baie klagtes tussen groeplede, selfhaat en 'n lae selfbegrip en onderdanigheid wanneer magsfigure konfronteer word. Die aggressie word dan in stede van téén die magsprofiele, horisontaal gebruik met konflik wat tussen nag- en dagpersoneel, onderrig- en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en professionele eenheidsverpleegkundiges, ontstaan. Hoewel die onderwerp deur verpleegkundiges óf vermy, ontken óf neutraal teengestaan word, is dit die mening van Harden (1996:34) dat verpleegonderrig waardeoordele, asook sekere politieke en etiese aspekte, insluit. Daar moet krities mee omgegaan word sodat die onderbou van die professionaliseringproses in konteks geplaas kan word aldus Harden (1996:34).

Stelling 2:

'n Geleidelike verset teen die rolmiskening wat hulle beleef, lei tot konflik tussen mediese studente, geneeshere, paramediese personeel en Verpleegkundestudente wat 'n bereidheid tot selfhandhawing toon, sodat hulle nie alle take geredelik ervaar nie en hul eie werksverpligtings sodoende benadeel nie.

Stelling 2 word soos volg uit die literatuur bevestig.

Dit blyk dat sommige voorgraadse Verpleegkundestudente hulself handhaaf ten spyte van die konflik en nie alle opdragte geredelik aanvaar wat geneeshere aan hulle toewys nie. Ryan en Mckenna (1994:121) se navorsing by voorgraadse Verpleegkundestudente bevind dat hulle grootste konflik ervaar word oor die stereotipe wat die professionele verpleegkundige as die handlanger van die geneesheer sien. Dit dra moontlik daartoe by dat 'n beter verhouding met die junior as die senior geneeshere bestaan. Meer as 'n derde van die respondente voel dat hulle self daarvoor verantwoordelik is, aangesien hulle dit toegelaat het. Die respondente is hoofsaaklik vierdejaar-gradstudente wat rebelleer teen die mediese studente se disrespek vir hul kennisvlakke. Dit hou moontlik verband met die veranderinge wat in die status van die vrou en in die gesondheidsorgdiensleweringstelsel plaasvind. Die verpleegberoep se strewe na professionele status dra moontlik ook daartoe by dat die tradisionele dominant-ondergeskikte status bedreig word. In die meeste Westerse lande hou mediese praktisyns 'n monopolie oor die sentrale diagnose en terapeutiese optredes. Professionele Verpleegkundiges ervaar

ongemak ten opsigte van die groot magdispariteit, sodat outonomie verkry word deur die verpleegdiagnose van die domein van die geneesheer te onderskei en verantwoordelikheid daarvoor te aanvaar (Bucknall & Thomas, 1997:229). Die neiging om verpleging as 'n praktiese dissipline te beskou wat deur die mediese professie oorheers word en waar gepoog word om dit as 'n onafhanklike dissipline wat handhawing nastreef, aanvaar te kry deur navorsing en die ontwikkeling van teorieë na te streef, word deur Björk (1995:9) veroordeel. Die teorieë word nie gebruik om praktiese begeleiding te verbeter nie, eerder om die status van professionele verpleegkundiges te verbeter.

Dawson (1994:12) vermeld dat ten spyte van pogings deur verpleegonderriginstansies om professionaliteit te bevorder, die lae selfhandhawing, lae selfbeeld, afhanklike gedrag en lae sin vir verantwoordelikheid deurlopend die kliniese praktyk van professionele verpleegkundiges kenmerk. Dit word voortgesit deur die tradisionele spel van die geneesheer-verpleegkundige interaksie. 'n Eksterne lokus van kontrole-beheerde professionele verpleegkundige met die begeerte om aanvaarding van die outoriteitsfiguur van die geneesheer te kry of verwerping en woede van die magfiguur te voorkom, is die volgens Dawson (1994:12) die resultaat van Verpleegkundestudente wat nie bemaagtig word nie. Hierdie magspel is blykbaar steeds aan die gang, met toenemende konflik om die outonomie van professionele verpleegkundiges uit die beperkende arena van die burokrasie en oorheersing deur die geneesheer te verwyder.

Die onderliggende meganika van die oorheersing van professionele verpleegkundiges deur geneeskundiges word na aanleiding van 'n verdere verdiepende literatuurstudie aan verskeie faktore toegeskryf. Die klem val veral op die sosialisering van die twee groepe. Volgens Ryan en McKenna (1994:115) is die hoofverskille geleë in die sosialisering van die twee groepe in die onderrig wat hulle ontvang. Die hoër opvoedingskwalifikasies van die geneesheer oorheers diegene met laer kwalifikasies en lei tot 'n onvermoë om saam te werk, te kommunikeer en hou 'n voortsetting van swak prestasie in stand. In samehang word veelvuldige faktore soos individuele, interpersoonlike en institusionele veranderlikes genoem, wat die mediese student/Verpleegkundestudent-verhoudings beïnvloed. Swak werkverhoudings word aangedui, hoewel 26% van respondente in die spesifieke navorsing aanvoer dat dit makliker is om met junior geneesheer oor die weg te kom as die senior geneesheer saam met wie hulle werk (Ryan & MacKenna, 1994:115).

Verpleegverantwoordelikheid word in noue samehang met die uitvoer van mediese opdragte verbind as opdragte wat deur die geneesheer gedelegeer word. 'n Verhoging in die outonomie van professionele verpleegkundiges mag tot verhoogde konflik tussen die twee groepe bydra. Bucknall en Thomas (1997:229) wys egter daarop dat ten spyte van die konflik, die aspekte

rondom werksbevrediging in ag geneem moet word. Die verband tussen besluitnemings- outonomie en werksbevrediging word gekoppel aan die uitdaging wat werksoutonomie, verantwoordelikheid, kontrole en kompleksiteit bied. Redelike vlakke van uitdaging lei tot hoë werkstevredenheid, terwyl te veel of te min uitdaging in lae werkstevredenheid ontaard. Die langdurige konflik tussen geneeshere en professionele verpleegkundiges word gekoppel aan lae moreel, uitbranding en 'n verpleegtekort volgens Bucknall en Thomas (1997:230). Die professionalisering van verpleegkundiges en die wyse waarop hulle kennisbasis van dié van geneeshere se kennisbasis verskil, lei tot verskeie konfliktsituasies wat deur die jare indirek teen die oorheersing van die geneesheer se groter wetenskaplike kennisbasis gerig is. McKloskey (1981:46) is van mening dat die wegbeweeg vanaf sogenaamde ontoelaatbare gedrag onder die dekmantel van onetiese en onprofessionele gedrag, professionele verpleegkundiges van onderhandeling vir beter werksomstandighede weerhou het. Die mening is ook dat die beweging na primêre gesondheidsorg daartoe bydra dat professionele verpleegkundiges van die primêr geneesheer-oorheersde gesondheidsorgdienste na 'n bemaagtigde posisie van universiteitsopleiding en 'n nuwe outonomieit beweeg (McKloskey, 1981:46). Dit geskied ten einde verpleging volgens die omgee- en versorgingsmodel eerder as die kuratiewe benadering te organiseer. Hierdie neiging, in samehang met die opkoms van feminisme, kollektiewe onderhandelings, politieke handhawing, die verandering in wetgewing ten opsigte van lisensiëring en vermeerderde spesialisasie, dra daartoe by dat samewerking tussen professionele verpleegkundiges en die pasiënt plaasvind wat 'n verandering in die professionalisering van verpleging meebring.

Ryan en McKenna (1994:122) noem dat die probleem deels opgelos behoort te word deur die leiers van die bepaalde groepe sodat albei groepe baat vind. Dit is die verpligting van elke verpleegdiensbestuurder om toe te sien dat professionele verpleegkundiges as ware praktisyns ontwikkel. Hulle moet bevry word van oormatige burokratiese beperkings wat hul diensoutomate in stede van toerekenbare praktisyns maak. Ryan en McKenna (1994:122) is egter van mening dat indien professionele verpleegkundiges as konsultante wil optree en as kollegas wil funksioneer, multivlaktussentredes ten opsigte van sosiale, institusionele, interpersoonlike en persoonlike vaardighede benodig word. Die objektiewe insig in die wyse waarop professionele verpleegkundiges beleef word, mag tot eerlike interaksies lei en die grondwerk vir positiewe veranderings in die geneesheer-verpleegkundige verhouding lê. Larson (1995:180-185) is soortgelyk van mening dat ten einde interdisiplinêre samewerking tussen geneeshere en professionele verpleegkundes te verbeter, die professionele onderrigstelsels wat jong professionele werkers in die gesondheidsorgdienste sosialiseer, ooreenkomstig hervorm moet

word. Professionele verpleegkundiges sal kan reageer op die gesondheidsorgbehoefte van die gemeenskappe indien hul onderskeidelike rolle behoorlik ondersoek word. In dié verband rapporteer Slack en Ewen (1993:251-257) positief op 'n interdisciplinêre gemeenskapsbaseerde program waar aptekers, professionele verpleegkundiges, maatskaplike werkers, medici en gesondheidsadministrateurs opdragte vir spanbou uitgevoer het. Die resultate het positief aangedui dat gesondheidsprobleme in gemeenskappe wel opgelos kan word.

Ten spyte van die beweging om die professionele status van verpleegkundiges te verhoog, word daar reeds in 1981 deur McCloskie (1981:40) veranderinge bespeur. Hoewel die status van vroue een van die belangrikste veranderlikes is wat 'n invloed op die professie uitoefen en die invloed van universiteitsopleiding veranderde professionalisering meebring, baie professionele verpleegkundiges nie meer omgee om professionele status te verkry nie. Die hoofdoelstelling wat nagestreef word, is volgens McCloskie (1981:40) om verandering in die gesondheidsorgdiensleweringstelsel te verkry en te verseker dat sorg en omgee (care) vir pasiënte, kliënte en kollegas dieselfde klem as gesondmaking (cure) geniet. Dit plaas die professionele verpleegkundige terug by die pasiënt se verpleging. Dit is paslik om die gevoel van Fabricius (1996:75-77) aan te haal, wat tereg die vraag stel of verpleging sy siel verloor het. Die argument rondom akademiese akkreditering in die proses om professionele status te bekom as teenvoeter vir die oorheersing van geneeshere en die daaropvolgende Aspoestertjierol van Verpleegkundegedoseerde en -studente in die akademie, noodsaak dat professionele verpleegkundiges opnuut na die werklike essensie van hul roldefiniëring moet soek. Die terugskouing wat dit noodsaak, sluit die respekvolle samewerkingstrukture tussen geneeshere en professionele verpleegkundiges binne hul eie kundigheidsfeer in. Dit staan teenoor die desperate intrinsieke strewe na akademiese uitmuntendheid wat ten koste van die pasiënt en die bystand wat laasgenoemde benodig, plaasvind en wat ook in hierdie navorsing na vore kom. Die debat duur voort.

(i) *Predikante en sielkundiges is voorwaardelik beskikbaar*

Die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente dui daarop dat die afspraakstelsel by dié groep ondersteuners 'n wagtyd noodsaak wat meebring dat hulle nie as ondersteuners benut word nie. Die volgende stellings dui probleme hiermee aan.

Stelling 1:

Die voorwaardelike toegang tot predikante en sielkundiges weens die afspraakstelsel lei daartoe dat hulle nie as begeleiers benut word nie, aangesien voorgraadse Verpleegkundestudente geredelike en soms onmiddellike toegang tot ondersteuningsessies benodig.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stelling

Stelling 1:

Die voorwaardelike toegang tot predikante en sielkundiges weens die afspraakstelsel lei daartoe dat hulle nie as begeleiers benut word nie, aangesien voorgraadse Verpleegkundestudente geredelike en dikwels onmiddellike toegang tot ondersteuningsessies benodig.

Die voorwaardelike toegang wat predikante en sielkundiges bied, blyk uniek tot hierdie navorsing te wees. Stelling 1 kon dus nie geverifieer word nie.

(iii) *Paramediese personeel word as antagonisties en uitsluitend ervaar*

'n Wanbegrip oor die B.Cur.-graad bestaan wat in die probleme kulmineer, soos die volgende stellings aandui.

Stelling 1:

Die omvang en diversiteit van die B.Cur.-graad is onbekend, sodat dié Verpleegkundestudente antagonisme ervaar en daarvan beskuldig word dat hulle op lede van ander dissiplines wat gesondheidsorg lewer, se terrein oortree en sodoende nie weet waar om die grens tussen beroepe te trek nie.

Stelling 2:

Teenkanting en onwilligheid om voorgraadse Verpleegkundestudente as spanlede te betrek, gee aanleiding tot die belewenis dat hulle uit die span uitgesluit word.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Daar word weinig bevestiging vir die neiging in die literatuur gevind en stellings 1 en 2 blyk uniek aan die navorsing te wees.

Stelling 1:

Die omvang en diversiteit van die B.Cur.-graad is onbekend, sodat dié Verpleegkundestudente antagonisme ervaar en daarvan beskuldig word dat hulle op lede van die ander dissiplines wat gesondheidsorg lewer se terrein oortree en sodoende nie weet waar om die grens tussen beroepe te trek nie.

Stelling 1 word nie deur die literatuur geverifieer nie en is uitsluitlik tot hierdie navorsing beperk.

Stelling 2:

Teenkanting en onwilligheid van die multidissiplinêre span om voorgraadse Verpleegkundestudente as spanlede te betrek, gee aanleiding tot die belewenis dat hulle uit die span uitgesluit word.

Geen literatuurbevestiging kon vir stelling 2 gevind word nie.

4.3.2.4.4 Ontoepaslike ondersteuning word deur ouers en vriende gebied

Die ondersteuning wat deur ouers gebied word, word as misplaas beskou terwyl vriende sporadiese ondersteuning lewer. Die volgende twee stellings dui op dié belewenisse.

(i) Misplaaste ondersteuning deur ouers verleen

Oneffektiewe ondersteuning deur ouers word geformaliseer en word in die volgende stellings aangedui.

Stelling 1:

Voorgraadse Verpleegkundestudente weerhou die werklike omvang van hul spanning van hul ouers, sodat hulle die gevoel ervaar dat hulle altyd aan diens is en ouers weer hul kinders probeer beskerm teen enige probleme wat hulle self ervaar.

Stelling 2:

Ouers toon 'n onvermoë tot werklike begrip en hoor nie regtig wat hulle kinders sê nie, wat tot ongevraagde raadgewing en misverstande lei.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

Stelling 1:

Voorgraadse Verpleegkundestudente weerhou die werklike omvang van hul spanning van hul ouers, sodat hulle die gevoel ervaar dat hulle altyd aan diens is en ouers weer hul kinders probeer beskerm teen enige probleme wat hulle self ervaar.

Van der Colff (2001:132) bevind die teendeel dat die ouers van die voorgraadse Verpleegkundestudente laasgenoemde positief beïnvloed het en dat diegene wat by ouers inwoon, sterker en meer positief is. Daar is egter ook die mening dat familie gebrekkige ondersteuning bied (Van der Colff, 2001:137), wat met stelling 1 ooreenstem.

Stelling 2:

Ouers toon 'n onvermoë tot werklike begrip en hoor nie regtig wat hulle kinders sê nie, wat tot ongevraagde raadgeving en misverstande lei.

Hierdie stelling kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

(ii) Sporadiese ondersteuning deur vriende en kennisse verleen

Sporadiese ondersteuning deur mansvriende blyk veral uit die twee stellings wat afgelei word. 'n Positiewe belewenis word in stelling 1 aangedui, terwyl stelling 2 op 'n negatiewe belewenis dui.

Stelling 1:

Daar is groot waardering vir mansvriende wat die omvang van die rol en funksies van die voorgraadse Verpleegkundestudente verstaan en empaties optree.

Stelling 2:

'n Wanindruk oor die programverwagtings en -eise van die B.Cur-graad en die werklike moeilikheidsgraad daarvan, kom veral by mansvriende voor, sodat vriendekringe verskraal tot medekollegas wat wel die eise verstaan.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings**Stelling 1:**

Daar is groot waardering vir mansvriende wat die omvang van die rol en funksies van die voorgraadse Verpleegkundestudente verstaan en empaties optree.

Geen spesifieke bevestigings kon vir stelling 1 verkry word nie.

Stelling 2:

'n Wanindruk oor die programverwagtings en -eise van die B.Cur.-graad en die werklike moeilikheidsgraad daarvan kom veral by mansvriende voor, sodat vriendekringe verskraal tot medekollegas wat die eise wel verstaan.

Hoewel Van der Colff (2002:131,137) bevind dat ander studente B.Cur.-graadstudente as spesiaal beleef en waardering vir hul werk toon, beleef hulle terselfdertyd dat ander studente hulle as "dom" beskou.

4.3.2.4.5 Effektiewe ondersteuning word deur portuurgroepe verleen

Hoofsaaklik positiewe belewenisse word ten opsigte van die portuurgroepe se ondersteuning ge verbaliseer. Die volgende stellings dui daarop.

Stelling 1:

Inherente kennis van die beroep en empatieke optrede maak portuurgroepe goeie ondersteuners wat meebring dat spesifieke kontaktye waartydens hulle die probleemoplossingsvaardighede van portuurgroepe kan benut, met waardering ervaar word.

Stelling 2:

Aangesien portuurgroepe mekaar respekteer, konsidererend is om nie inbreuk op mekaar se tyd te maak nie en oor goeie interpersoonlike vaardighede beskik, ontstaan vriendekringe wat mekaar op 'n positiewe of negatiewe wyse mag beïnvloed.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stelling

'n Literatuurkontrolle bevestig bogenoemde stelling.

Stelling 1:

Inherente kennis van die beroep en empatieke optrede maak portuurgroepe goeie ondersteuners, wat meebring dat kontaktye waartydens hulle die probleemoplossingsvaardighede van portuurgroepe kan benut, met waardering ervaar word.

Bevestiging vir die bevindings word deur verskeie navorsers aangedui. Botes (1989:45-47) bevind reeds positiewe bydraes van portuurgroepbegeleiding omdat realistiese leergeleenthede in werklike situasies ervaar word en ook op persoonlike vlak in die begeleidingsverhouding aangespreek word. Watson (1999:259) bevind na aanleiding van navorsing by Projek 2000-diplomaverpleegkundestudente dat derdejaarstudente en stafverpleegkundiges wat vir minder as ses maande gekwalifiseer is, die rol van mentor met groter sukses vervul het. Dit skyn ook vir hulle 'n baie positiewe ervaring te wees, terwyl die ondersteuning wat van die professionele eenheidsverpleegkundiges ontvang is, negatief beleef word.

Met betrekking tot die benutting van portuurgroepe vir evaluering, verwys Patterson (1996:49-55) na portuurgroepevaluering wat onderskeidelik vanuit die positivistiese, die interpreterende en die kritieke paradigma gedoen is. Vanuit eersgenoemde perspektief is die portuurgroep-evaluering tegnies van aard, sodat voorspelling en kontrole van resultate 'n belangrik oorweging behoort te wees. Vanuit die interpreterende perspektief, is die fokus op die praktiese aard van evaluering en word daar oorwegend gekonsentreer op die verheldering wat dit vir die Verpleegkundestudent meebring. Vanuit die kritiek-paradigma word kritiese denke en kreatiwiteit sowel as 'n sin vir outonomie in verpleegkundestudente gefasiliteer. Dit is dus belangrik dat die gebruik van portuurgroepevaluering by die onderliggende filosofie van verpleegonderrig moet aanpas, asook dat die ideologie van die regulerende liggame die gemeenskap en die onderriginstansie moet huisves.

Die insig wat portuurgroepe in die programverwagtings en -eise en die probleme wat eiesoortig aan die program is toon, dra daartoe by dat hulle empaties is en mekaar beter bemoedig. Dit is die bevindings van Hope *et al.* (1998:438) dat Verpleegkundestudente persoonlike hanteringsmeganismes gebruik soos om te huil, meer te eet en om probleme met 'n vriende, familie en gesin te bespreek. Daarteenoor maak professionele verpleegkundiges van professionele hulp asook persoonlike hanteringsmeganismes gebruik. Rademeyer (2001:148-149) is van mening dat suksesvolle senior voorgraadse Verpleegkundestudente vir formele akademiese ondersteuning aan dié studente wat probleme ervaar, deur dosente toegewys kan word. Groepmaats het insig, luister na mekaar en verstaan die probleme. Dana en Gwele (1998:63)

se bevindings dui ook daarop dat voorgraadse Verpleegkundestudente 'n bron van ondersteuning vir mekaar is en emosionele onderskraging aan mekaar bied.

Die persepsie van junior graadstudente rakende portuurgroepleierskap word deur Bos (1998:189) beskryf. Dit dui aan dat portuurleierskap tot spanwerk lei vir diegene wat betrokke is sodat hulle tot die besef kom dat beslissings nie altyd deur die Verpleegkundedosente geneem behoort te word nie, maar dat verpleegkundestudente ook antwoorde kan verskaf. Die vrese van die Verpleegkundestudente is verlig, aangesien hulle gevoelens kon verbaliseer en beter ondersteuning kon plaasvind. Ten opsigte van bestuursvermoëns is 'n bewustheid by portuurleiers gekweek om baasspelerigheid te vermy en toesig te hou sonder om klaerig te klink. Portuurgroepleierskap het volgens Bos (1998:191) direk tot 'n intrinsieke leeromgewing en kognitiewe buigzaamheid gelei. Dit mag alternatiewe leergeleenthede skep waardeur professionele verpleegvaardighede bekom kan word deur portuurgroepoonderrig asook nie-formele toesig aan te wend. Van der Colff (2001:132) se bevindings by voorgraadse Verpleegkundestudente toon soortgelyk aan dat portuurgroepe en groepmaats insig toon, na mekaar luister en mekaar verstaan. Glass en Walter (2000:155-60) bevind dat portuurgroepmentors in 'n beduidende verhouding met persoonlike groei vir alle deelnemers bestaan. Gedeelde leer, omgee, wederkerigheid, toewyding aan mekaar se persoonlike en professionele groei en vriendskap word gevorm tydens portuurgroepmentorinteraksie.

Stelling 2:

Aangesien portuurgroepe mekaar respekteer, konsiderend is om nie inbreuk op mekaar se tyd te maak nie en oor goeie interpersoonlike vaardighede beskik, ontstaan vriendekringe wat mekaar op 'n positiewe of negatiewe wyse mag beïnvloed.

Portuurgroepe is vanweë hul beskikbaarheid vir mekaar meer geneig om vriendekringe te vorm en behoort as ondersteuningstelsels benut te word. Die gevaar bestaan daarin dat portuurgroepe mekaar kan beïnvloed om negatiewe en groepdenke te ontwikkel soos uit hierdie navorsingsbevindings blyk. Hierdie bevinding word deur Van der Colff (2001:140) gestaaf wat bevind dat 'n groep voorgraadse Verpleegkundestudente mekaar dikwels negatief beïnvloed het.

'n Sterk sosiale netwerk behoort dus ontwikkel te word wat verhoed dat portuurgroepe 'n negatiewe gerigtheid vorm en groepdenke ontwikkel. Hierdie aspekte behoort deur begeleiding en ondersteuning aandag te geniet.

4.3.3 Belewensse wat met begeleiding en ondersteuning van persoonlike aspekte verband hou

Die hoofkategorie wat met belewensse ten opsigte van persoonlike groei verband hou, word in twee kategorieë verdeel, naamlik die belewensse ten opsigte van die ondersteuningservarings wat die voorgraadse Verpleegkundestudente beleef en die wisselende vlakke van persoonlike lewensvaardighede wat manifesteer. Laasgenoemde beïnvloed weer hul hantering van die programverwagtings en -eise. Die belewensse is hoofsaaklik negatief van aard en beklemtoon die ontoereikende begeleiding en ondersteuning wat oor die algemeen ervaar word. Bogenoemde word bespreek onder die volgende hoofde:

4.3.3.1 Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word ervaar.

4.3.3.2 Wisselende vlakke van persoonlike lewensvaardighede manifesteer.

Die ontoereikende begeleiding en ondersteuning wat ervaar word en die leemtes wat spesifiek hieronder aangedui word, kom eerste aan die beurt.

4.3.3.1 ONTOEREIKENDE BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING WORD ERVAAR

Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word ge verbaliseer, veral ten opsigte van die belewensse wat met die volgende aspekte verband hou:

4.3.3.1.1 Onvoldoende beraadvoering word tydens emosioneelbelade situasies verleen; en

4.3.3.1.2 Gebrekkige lewensbegeleiding en krisisondersteuning vind plaas.

Die volgende stellings dui op die aspekte wat aanleiding gee tot die belewensse van onvoldoende beraadvoering wat tydens emosioneelbelade situasies verleen word.

4.3.3.1.1 *Onvoldoende beraadvoering word tydens emosioneelbelade situasies verleen*

Die voorgraadse Verpleegkundestudente verbaliseer dat die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise gesamentlik aanleiding gee tot emosionele stres en 'n gevoel dat

die realiteit hulle in situasies van skokvolwassenheid en geforseerde vroeë volwassenheid forseer:

Die volgende stellings dui die redes aan waarom dié eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente skokvolwassenheid en geforseerde vroeë volwassenheid beleef.

Stelling 1:

Die onmiddellike kennismaking met die dood word met skok en trauma beleef wanneer die onkundige eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente met min lewensvaardighede by die verpleging van sterwendes betrek word en hulle skuldgevoelens ontwikkel asook persoonlike verantwoordelikheid aanvaar indien pasiënte sou sterf.

Stelling 2:

Die vroeë volwassenheid wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, dra moontlik daartoe by dat die helfte van die klas reeds getroud is en dat hulle vele rolle volstaan, bo verwagting daarin slaag en verbasing verbaliseer dat hulle dit regkry.

Stelling 3:

Vorgraadse Verpleegkundestudente verwys halfhartig na die program as 'n goeie leerskool en ervaar hartseer oor die impak van die program, wat negatiwiteit en 'n swak sin vir humor tot gevolg het, gepaard met sinisme en lewensmoegheid wat op 21-jarige leeftyd ervaar word.

Literatuurkontrole ten opsigte van bogenoemde stellings

Die volgende bevindings blyk uit die literatuur:

Stelling 1:

Die onmiddellike kennismaking met die dood word met skok en trauma beleef wanneer die onkundige eerstejaar voorgaadse Verpleegkundestudente met min lewensvaardighede by die verpleging van sterwendes betrek word en skuldgevoelens ontwikkel asook persoonlike verantwoordelikheid aanvaar indien pasiënte sou sterf.

Van der Colff (2001:135) bevestig bogenoemde stelling deur te bevind dat verpleging tot versnelde volwassenheid by voorgaadse Verpleegkundestudente aanleiding gee en dat traumatiese ervarings soos sterwensbegeleiding die proses versnel. Emosionele trauma met afsterwe van pasiënte word as baie erg ervaar. Voorgaadse Verpleegkundestudente vind dit onmoontlik om pasiënte tydens die sterwensproses by te staan en dan weer normaalweg met hul studie dieselfde aandag voort te gaan (Van der Colff, 2001:135). Jenkinson (1997:58) vestig die aandag op die stadium in hul lewens en die biologiese en psigiese veranderinge in die jong persoon. Terwyl sommige 'n goeie selfbegrip ontwikkel het, verkeer ander in 'n stadium van storm en drang en ervaar daarmee saam stres. Hierdie jong individue wat ook die voorgaadse Verpleegkundestudent insluit, behoort ondersteun en begelei te word deur die potensieel traumatiese tyd sodat hulle 'n identiteit en 'n doel kan ontwikkel wat hulle in staat sal stel om met hul beroep aan te gaan en terselfdertyd denkende professionele verpleegkundiges te word.

Dana en Gwele (1998:59-63) ondersoek die gemeenskap as 'n kliniese leeromgewing en vind 'n positiewe ooreenstemming met vorige navorsing, wat aandui dat persoonlike en akademiese ontwikkeling sodoende gefasiliteer word. Die weerhouding van jong Verpleegkundestudente uit die kliniese eenhede tydens die eerste twee jaar, wat onmiddellike blootstelling aan traumatiese situasies uitkakel, word positief beleef. Aangesien daar hoofsaaklik met gesonde persone onderhandel word, blyk dit een van die versterkings te wees waardeur verpleging meer positief beskou word en persoonlike en akademiese ontwikkeling bevorder word.

Ter ondersteuning van die bevindings dat die vermoë om sterwensbegeleiding te verleen 'n vooraf leerproses benodig en dat die onkundige Verpleegkundestudente trauma as gevolg hiervan ervaar, dui 'n verdere literatuurstudie die volgende aan. MacKay (1991:1) beweer dat dit noodsaaklik is dat gesondheidsorgdiensleweringpersoneel bewus sal wees van hul eie benadering tot die dood en die implikasies wat dit vir hul beroepsbeoefening mag inhou. Dit wissel van ontkenning, intellektualisering met 'n fokus op professionele kennis tot oormatige

identifikasie en veralgemening wat veroorsaak dat by elke teken van siekte dan 'n ernstige respons ontlok word. Hulle behoort begelei te word om unieke geleenthede vir toenemende groei tydens die bystand aan sterwende persone te ervaar. MacKay (1991:3) beskou emosionele bereiking (emotional arrival) as 'n gevoel van vryheid wat gesondheidsorgpersoneel ervaar wanneer aftakelende vrees en verdedigingsmeganismes vir toepaslike emosionele vaardighede plek inruim en daar verhoogde sensitiviteit aan die dag gelê word. Daar word verwys na 'n vorige navorsing van MacKay (1990) wat daarop dui dat die lewensbelangrike vrae en kragtige emosies tydens sterwensbegeleiding as dreinerend en uitputtend aangedui word. Kennis van die stressor en die hanteringsmeganismes lewer egter 'n bydrae om stres by professionele gesondheidsorgdiensleweringpersoneel te verminder. Dit is belangrik om deurlopende versterking en individuele berading en ondersteuning te voorsien (McKay,1991:4).

Miller (1995:19) verwys na die stres en uitbranding wat gesondheidsorgdiensleweringpersoneel as gevolg van die MIV/VIGS-pandemie ervaar. Die lesse wat hieruit geleer kan word as gevolg van die morbiditeit van pasiënte, is dat die tirannie van professionele onkwetsbaarheid vervang behoort te word deur 'n aanvaarding en erkenning dat slegs deur kwetsbaarheid te erken, die kans op 'n gebalanseerde werksmag en 'n wedersydse ondersteunende werkskrag kan realiseer. Om die onvermydelike stres en krisis te hanteer, behoort maatreëls in plek te wees. Dit sluit in programme om stres van verskeie oorspronge, emosioneel en werkverwant, te verlig (Farrell, 1998:712).

Die bevestiging dat voorgraadse Verpleegkundestudente hulself as meer volwasse as ander studente beleef, word in die literatuur aangedui.

STELLING 2:

Die vroeë volwassenheid wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, dra moontlik daartoe by dat die helfte van die klas reeds getroud is en dat hulle vele rolle volstaan, bo verwagting daarin slaag en verbasing verbaliseer dat hulle dit regkry.

Die bevindings deur Van der Colff (2001:138) dui groot verskille tussen voorgraadse Verpleegkundestudente en ander studente aan. Dit belemmer interaksie tussen hulle en word gekenmerk deur frustrasie met die kinderagtigheid waarmee ander studente hulle besig hou.

Die feit dat die helfte van die klas reeds getroud is, mag reeds so vroeg as 1973 deur Frerichs (1973:350-352) verklaar word wat verwys na 'n studie van Donvan en Adelson (1966:101-118) dat meisies blykbaar nie hul identiteit integreer en ontwikkel alvorens die huwelik dit bevestig nie. Die studie het 22 gemeenskapskollegeprogramme en 1435 Verpleegkundestudente wat die graadprogramme gevolg het as studiepopulasie geneem en aan 'n selfbeeldopname-instrument onderwerp. Selfbeeld het met interne lokus van kontrole, egosterkte en persoonlike doeltreffendheid te make. Hieruit word afgelei dat aangesien getroude Verpleegkundestudente meer interne lokus van kontrole en beduidende hoër selfbeeldtellings behaal het as die ongetroude Verpleegkundestudente, daar 'n verband met hul huwelikstatus bestaan. Dit blyk volgens Frerichs(1973:352) redelik te wees om aan te neem dat vir menige vroue akademiese sukses en 'n beter sosiale aanpassing makliker bereikbaar is ná hulle getroud is. Dit blyk ook hieruit dat die getroude Verpleegkundestudente eienskappe en houdings openbaar wat die verpleeg-professie komplimenteer en versterk.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente verwys halfhartig na die program as 'n goeie leerskool en ervaar hartseer oor die impak van die program, wat negatiewelikt en 'n swak sin vir humor tot gevolg het, gepaard met sinisme en lewensmoegheid wat op 21-jarige leeftyd ervaar word.

Stelling 2 kon nie direk uit die literatuur bevestig word nie.

4.3.3.1.2 Gebrekkige lewensbegeleiding en krisisondersteuning vind plaas.

Die lewensbegeleiding en meegaande krisisondersteuning wat deur die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar is, laat by hulle 'n gevoel dat geen hulp verskaf word nie. Die begeleiers en ondersteuners was nie betrokke selfs in tye wat hulle die ergste emosionele stres moes hanteer nie. Daar was 'n neiging om die emosionele behoeftes van voorgraadse Verpleegkundestudente te ignoreer. Die Verpleegkundestudente insgelyks ruim nie tyd in om hulle gevoelens te verbaliseer nie. Die gevolge van hierdie swak begeleiding en ondersteuning ten einde reflektoring moontlik te maak, lei tot uitbarstings waardeur voorgraadse Verpleegkundestudente hulle opgekropte gevoelens deur aggressie ontlaai.

Die impak van die emosionele stres blyk uit die volgende twee stellings wat verenging van die leefruimte van die voorgraadse Verpleegkundestudente aandui.

Stelling 1:

Die emosionele impak van die stres is so erg dat dit die leefruimte van voorgraadse Verpleegkundestudente deurdring en hulle dit beleef dat hul wêreld verklein.

Stelling 2:

Die stres word veral in die eerste drie jaar as baie erg beleef, sodat hulle dit as emosionele verstarring beleef en voel dat niemand hulle verstaan nie sodat hulle dikwels oorweeg om die program te staak.

Die ongewenste situasies wat weens min reflektoring ontstaan, word in stelling 3 aangedui.

Stelling 3:

Vanweë die feit dat voorgraadse Verpleegkundestudente hul gevoelens opkrop en min tyd vir reflektoring gelaat word, kom onvoorsiene uitbarstings tydens onbewaakte oomblikke voor en haal hulle hul frustrasie verkeerdelik op pasiënte uit.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuur bevind soortgelyk.

Aangesien stres as een van die grootste probleme in beide die akademiese en kliniese eenhede blyk te wees, wat in so 'n mate ongemak vir voorgraadse Verpleegkundestudente noodsaak dat dit herhaaldelik aangedui word, is dit noodsaaklik om hierdie aspek in 'n groter konteks te beskou. So kan die moontlik verskuilde, hoewel reeds bekende oorsake wat hulle dus nie self identifiseer nie, uitgelig word. Die volgende bevindings uit die literatuur bevestig enersyds die resultate en dui ook moontlike redes aan waarom die erge stresvlakke voorkom. Die wyse waarop stres gehanteer word en die uiteindelijke resultaat van die ervaring word terselfdertyd in perspektief geplaas.

Stelling 1:

Die emosionele impak van die stres is so erg dat dit die leefruimte van die voorgraadse Verpleegkundestudente deurdring, en hulle dit beleef dat hul wêreld verklein.

Dit blyk dat emosionele stres by verpleegkundiges van alle kategorieë deur uitgebreide navorsingsbevindings bevestig word. Geen spesifieke stressors kon uitgesonder word nie, hoewel 'n personeel- en toerustingtekort, terminaal siek pasiënte, interpersoonlike konflik tussen personeel en veranderingprosesse wat demografies en inter- sowel as intrakultureel van aard is, hiertoe bydra. Die bevindings ten opsigte van stres blyk van groot belang te wees. Dit sluit van die belangrikste bevindings in hierdie navorsing in, sodat daar in diepte op die veranderlikes wat 'n rol speel, gelet sal word. Daar word eerstens ondersoek ingestel na die oorsake van stres in verpleging ten einde die data te bevestig.

Hope, *et al.* (1998:439) identifiseer die kliniese milieu as die plek waar professionele verpleegkundiges die meeste stres ervaar met die werkslading en die tekort aan hulpbronne as die faktore wat vir 75% van die respondente baie hoë stresvlakke meegebring het. Vir die gemeenskapsverpleegkundiges in die groep het dit 'n verlies aan 'n verwysingsraamwerk en vir die professionele eenheidsverpleegkundiges 'n tekort aan personeel in potensiële risikosituasies onderskeidelik verteenwoordig. Dewe (1989:311) se navorsing na die faktore wat tot spanning en moegheid bydra, dui werkoorslading, probleme wat met ander personeellede ervaar word, die versorging van die terminaal siekes en bekommernis oor die behandeling wat die siek pasiënte ontvang, as stressors aan. Farrell (1998:707) bevestig die verhoudings tussen kollegas as bydraend tot werkstres. Die rol van die individu in dié organisasie, die gepaardgaande loopbaanbeplanning, die organisatoriese struktuur en klimaat word as faktore aangedui wat tot stres aanleiding sal gee.

In die huidige navorsing word stres veral in die verloskunde-afdeling ervaar. Dit stem ooreen met die bevindings van Troskie (1993:57) wat daarop dui dat meer ondersteuning en begeleiding in dié eenhede benodig word, aangesien vir twee lewens verantwoordelikheid aanvaar moet word. Die probleem mag veroorsaak dat van die Verpleegkundestudente wat die onderrigprogram by 'n verpleegkollege voltooi het, slegs 10% beweer dat hulle bevoeg is in die beoefening van Verloskunde en Gemeenskapsverpleegkunde en dat geeneen van hulle verloskunde wil beoefen na voltooiing van hul program nie (Anon,1990:7). Samevattend beskou Tyler en Ellison (1994:469) die hoë werkslading, die hantering van die dood en sterwende

pasiënte, swak kommunikasie met kollegas, skofte, onvoldoende emosionele ondersteuning, konflik met geneeshere, politieke aspekte, burokrasie en finansiële probleme as stressore. Brown (1996:5-21) se bevindings beklemtoon die progressiewe toename in werkstres wat by die tweede- en derdejaar Verpleegkundestudente voorkom, wat soortgelyk aan dié van professionele verpleegkundiges is. Ten spyte van die tydsdruk en min hulpbronne moet hulle poog om spertye te bereik, min betrokkenheid by besluitneming en terugvoering word toegelaat, deurlopende sterftes moet gehanteer word, wat uiteindelik tot uitbranding lei. Marais, Oxtoby en Schomer (1990:5) bevind dat in verhouding met eerstejaar paramediese studente meer angs by Verpleegkundestudente waargeneem word, aangesien hulle meer geneig is om te rook, minder oefening kry, dwelms meer algemeen gebruik en minder gesonde leefstyle handhaaf.

Daar word vervolgens 'n in-diepte literatuuroorsig na die veranderlikes wat tot stresvolle belewenisse aanleiding gee, ondersoek ingestel. Daar word ook spesifiek verwys na die rol wat die voortdurende verandering in die gesondheidsorgdienste ten opsigte van die belewenis van stres speel. Die aspek van voortdurende organisatoriese veranderings waaraan verpleegkundiges blootgestel word, verg veral aandag. Hooker (1991:253-254) dui dit aan as een van die groot oorsake van stres by verpleegkundiges. Die aansprake wat op individue gemaak word, nuwe praktyke, beleid en die emosionele belegging wat nodig is, noodsaak dat verpleegkundiges sekere teenstrategieë moet ontwikkel om professionele en persoonlike stres te kan hanteer of bestuur. Dit is die mening van Davis (1991:109) dat enige verandering tot 'n gevoel van onveiligheid bydra en dat alle aspekte van verandering oorweeg behoort te word. Die elemente van die konteks waarin verandering voorkom, die individue betrokke, asook die tydsperspektief wat interafhanklike elemente is, benodig aandag, aangesien oormatige veranderings tot erge stres in die individu en die sosiale groep aanleiding gee. Dit is volgens Hayward (1982:375-376) slegs nodig om na die leemtes ten opsigte van interpersoonlike vaardighede in die onderrigprogram en op die frekwensie van klagtes oor die swak kommunikasie wat voorkom te let ten einde die tekortkomings oor inligting en die wyse van verandering wat gevolg moet word, te begryp. Aangesien veranderings ingrypend en deurlopend voorkom, word daar veral gefokus op die invloed wat dit op verpleegkundiges uitoefen en die stres wat hulle as gevolg van veranderingsprosesse ervaar.

Veranderings waaraan professionele verpleegkundiges en Verpleegkundestudente blootgestel word, kan in verskeie kategorieë verdeel word. Arthur (1996:47) verwys na een verskynsel, naamlik kultuurskok, wat 'n intens persoonlike menslike ervaring is en wat tydens enige transkulturele sosiale ontmoeting mag ontstaan. Die aanname word gemaak dat kultuurskok 'n ervaring is wat voorkom in elke sfeer van die lewe waarin individue gekonfronteer word deur

wêreldbeskouings en lewenstyle wat van hul eie verskil wat betref gesondheid, opvoeding en beroepsgerigte aspekte. Hierdie situasies dwing individue om aan te pas en wysigings in hul oortuigings en lewenstyle aan te bring wat dikwels spanning bring. Arthur (1996:47) aanvaar die begrip kultuurskok wat Oberg (1958) gedefinieer het as 'n ervaring van 'n kultuurgroep wat tydelik of permanent tussen persone met verskillende kultuuraffiliasies vestig. Die emosionele disoriëntasie mag wissel tussen angs en onbeheerbare woede, 'n gevoel van ongemak wat nie wil verdwyn nie en 'n nostalgiese veridealiserings van die vorige dinge, gepaard met 'n afwesigheid van insig ten opsigte van optredes wat nodig is. Nuttelosheid in die nuwe opset en die daaropvolgende herinterpretasie van bekende waardes en dit wat as goed beskou word, dui die verloop van kultuurskok aan. In 'n wêreld wat deur globalisme gekenmerk word, is dit toenemend belangrik om die konsep in die kennisbasis van die groot organisasies te inkorporeer. Dit vorm dan die begroning van voorkoming en vermindering van angs wat voortspruit uit die persoon se belewenis dat hy 'n verlies ervaar ten opsigte van hoe en wanneer om die regte ding te doen. Dit begrond ook die daaropvolgende aanpassingsproses wat deurloop word ten opsigte van gedrags-, psigologiese, emosionele en kognitiewe response. Die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing ervaar kultuurskok by kennismaking met die hospitaalsubkultuur waaraan hulle dikwels nog nooit blootgestel was nie. Die wyse waarop hulle die stres van die realiteit ervaar, word dikwels deur die voorgraadse Verpleegkundestudente as traumaties aangedui.

Vervolgens word na verskeie modelle verwys wat stres verduidelik. Brown (1996:4) verwys na die kognitief-fenomenologiese model wat stres beskou as 'n wanaanpassing tussen die waargenome omgewingsaansprake en die individu se persepsie van hul vermoë om dit te hanteer. Individu doen 'n primêre evaluering ten einde die betekenis van die gebeure vir hulself uit te klaar, gevolg deur 'n evaluering van hulle hanteringsmeganismes, persoonlike vermoëns en die hulpbronne wat mobiliseer kan word om bystand te verkry, wat as die sekondêre evaluering bekend staan. Wanneer meer persoonlike vermoëns en beskikbare hulpbronne wat toepaslik vir die situasie is, benut word, verbeter die individu se kans om die stres te hanteer. Brown (1996:4) verwys na die verpleegstresmodel van Chiriboga en Bailey (1986) waarvolgens sosiodemografiese faktore tot uitbranding en stres bydra weens die lae deelname aan besluitneming en die hoë werkslading van verpleegkundiges. Brown (1996:5-21) bevind die volgende in 'n poging om die verskille in die stresvlakke van Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges te bepaal. Die groepe is verdeel tussen diegene wat die program pas begin het (Groep 1); 'n groep wat na 18 maande die tweede fase van hul program begin het en wat gekenmerk word deur vaste diensverpligtings (Groep 2); en die laaste

groep, Groep 3, wat reeds stafverpleegkundiges is. Die gekwalifiseerde personeel en Groep 2 het meer werkstres getoon weens min tyd en hulpbronne wat beskikbaar was om spertye te bereik, die min betrokkenheid by besluitneming en terugvoering en die sterftes wat hulle moes hanteer. Werksontevredenheid was hier die gevolg. Die stelselmatige agteruitgang in die fisieke en geestesgesondheid van die stafverpleegkundiges wat na slegs ses maande vanaf voltooiing van die program aanwesig was, plaas die verband tussen fisieke en geestesgesondheid onder die soeklig. Aspekte van selfhandhawing was totaal genegeer, met intrapersoonlike konflik tot gevolg. Dit het plaasgevind ten spyte daarvan dat een van die leeruitkomstes in die kurrikulum as "funksioneer doeltreffend as 'n lid van die span" aangedui is. Vanuit die lys van verskeie hulpbronne wat moontlik benut kon word om stres te verminder, word by al drie groepe ('n persentasie van 71% by Groep 1, 61% by Groep 2 en 37% by Groep 3), onderskeidelik die mentor as hulpbron aangedui. In die derde groep word portuurgroepe deur 69% van die respondente as 'n hulpbron beskou, terwyl die persoonlike dosent en die self by Groep 1, wat eerstejaars was, deur 75% van die respondente aangedui word.

Wanneer die hoë premie wat die eerstejaar Verpleegkundestudente op die persoonlike dosent se begeleiding plaas in ag geneem word volgens bogenoemde bevindings en die resultate van die huidige navorsing, blyk daar groot verantwoordelikheid in die begeleiding en ondersteuning van dié Verpleegkundestudente op die Verpleegkundedosente te rus. Die betreklike magteloosheid van individue word nie in ag geneem wanneer streshanteringstrategieë gebruik word nie. Dit is die mening van Dewe (1989:318) dat die wanpraktyke wat tot dié stres bydra, aandag moet geniet. Dewe (1989:318) is verder van mening dat verskille in opleiding en verantwoordelikheid in ag geneem moet word en dat streshantering daarvolgens geëvalueer moet word. Greeff (1995:4) spreek die mening uit dat die proses van persoonlike en professionele groei 'n voortdurende reeks van aanpassings verg, waar stres 'n betekenisvolle rol speel. Hierdie stres kan werklike druk wees of 'n ervaring van die Verpleegkundestudente dat hulle stres ervaar. Die voortdurende klem wat egter steeds op die individu geplaas word om die verantwoordelikheid vir streshantering te neem, eerder as die organisasie vir wie die diens gelewer word, noodsaak dat terapeutiese strategieë die magteloosheid van die individu in ag moet neem, aangesien wanpraktyke in die organisasie onuitgedaag bly (Dewe, 1989:318).

Die onderliggende redes vir die stres wat voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing verbaliseer, mag verskuil wees en aan die genoemde prosesse toegeskryf word, waarmee hulle dan poog om aan die verandering wat deur die kultuur van die gesondheidsorgdiensleweringstelsels genoodsaak word, te voldoen. Een so 'n proses wat op die behoud van morele integriteit as 'n psigososiale proses dui en wat in die sosiale interaksie

en morele psigologie geanker is, word deur Kelly (1998:1137) beskryf. Ses fases word in hierdie proses geïdentifiseer, naamlik kwetsbaarheid, pogings om deur die dag te kom, hantering van morele distres, vervreemding van die self, hantering van verlore ideale en die daaropvolgende integrasie van die nuwe professionele selfbegrip wat plaasvind. Morele distres blyk dus 'n resultaat te wees van 'n poging om morele integriteit te behou, gekenmerk deur selfkritiek, selfblaam, en 'n bevraagtekening van eie professionele kennis en die soort verpleegkundiges waarin hulle ontwikkel het. Die prosesse blyk aan die basis te lê van die uiterste emosionele ongemak wat voorgraadse Verpleegkundestudente ook in hierdie navorsing ervaar.

Die afgelope 20 jaar het tot ongekende verandering in verpleging gelei. Hooker (1991:253) skryf hierdie veranderings in omstandighede en epidemiologie aan die ontstaan van nuwe siektes of veranderings in die sosiale struktuur en gewoontes toe. Die noodsaaklike veranderings het nie noodwendig in die verpleegberoep gevolg nie. Kritiek teen verpleging dui op oudmodiese sosiale waardes, soos hiërargiese strukture en outoritisme wat in stand gehou word. Die veranderingsprosesse veroorsaak probleme vir verpleegdiensbestuur, wat uiteindelik na die verpleegkundiges van alle kategorieë afgewentel word. Dit stem ooreen met die bevindings van hierdie navorsing waar onnodige beperkings op die kliniese praktyk van voorgraadse Verpleegkundestudente deur professionele eenheidsverpleegkundiges geplaas word, in 'n poging om hospitaalbestuur tevrede te stel. Dit dra by tot uiterste frustrasie.

Spitzer (1998:164) wys op die belang van 'n samelewing wat bedag behoort te wees op radikale transformasie in terme van fenomene en paradigmas van denke wat in die postmoderne wêreld te voorskyn kom. Die gesondheidsorgdiensleweringstelsels kom by drie kruispaaie te staan, naamlik die posttegnologiese uitvindings, die veranderende hiërargie en toenemende kompetisie. Die toenemende krag van telekommunikasiesistelsels en rekenaardatabasisse stel die bestaande kennis in geneeskunde, verpleging en gesondheidsorg aan 'n immer groeiende kliëntebasis bekend.

Die paradoks van geregtigheid wat aan die kern van die ekonomiese bedryf van die gesondheidsorgdiensleweringstelsel staan, word deur die vraagstuk van regverdigheid gekompliseer. Spitzer (1998:167) beredeneer die konfrontasie van die gesondheidsorgdiensleweringstelsel met kritieke vraagstukke rondom die verspreiding van bestaande hulpbronne aan verskeie bevolkingsgroepe, asook die probleme om 'n regverdige bedeling tussen die kliënte se inkomste en die soort, omvang en kwaliteit van gesondheidsorgdienslewering te beding. Die inbring van nuwe waardes, instellings en patrone van praktyk en beleid vra vir veranderings in oriëntasie, soos die wegbeweeg van spesialisgebiede na primêre gesondheidsorgdienste en tuisversorging, wat spesialisasie uitsluit. Toenemende voorligting,

voorkoming en bestuur met die klem op gesondheid en 'n fokus op populasies en die individu, gee aanleiding tot die paradoks waarvan verpleging ook die impak beleef (Spitzer, 1998:168).

Verpleegpraktyk is in die proses van herdefiniëring en word aan verskeie veranderende scenario's blootgestel. Die waarde van tradisionele verpleegonderrig word bevraagteken in die hedendaagse gesondheidsorgdienste wat in 'n krisisklimaat gelewer word (Worrel *et al.*, 1996:127-130). Sommige Verpleegkundestudente verkeer insgelyks in 'n krisissituasie vanweë agterstande betreffende ras, opvoedkundige of kulturele agtergrond en dikwels gebrek aan sukses in hoër opvoeding. Dit behoort deur kultureeldiverse programme reggestel te word (Holtz & Wilson, 1992:28-31). Die veranderende gesondheidscenario word deur Williams en Sibald (1999:737) beklemtoon. Dit dui veral die veranderende rolle en identiteite wat professionele verpleegkundiges in die primêre gesondheidsorgdienste in die gesig staar, aan. Die fokus op die kulturele verskille tussen Geneeskunde en Verpleegkunde en die implikasies vir primêre gesondheidsorg word uitgelig. Veral in die Verenigde Koninkryk kom dit voor waar rol- en identiteitsveranderings wat die professionele grense oorskry 'n kultuur van onsekerheid skep. Beide professionele verpleegkundiges en geneeshere ervaar uitdagings en lê kreatiwiteit en innovering aan die dag om verbruikersvriendelike dienste vir nasionale gesondheid te skep met die klem op die hantering van chroniese siektes en gesondheidsbestuur. Tog blyk daar volgens Williams en Sibald (1999:739) 'n oorweldigende gevoel van verlies en onveiligheid by die twee genoemde professionele groepe in die literatuur en tydens onderhoude te bestaan.

Die afwenteling van vaardighede en take wat voorheen die van geneeshere was na verpleegkundiges, veroorsaak verdere druk op laasgenoemde weens grense wat verskuif, sodat onsekerheid en rolverwarring ten opsigte van professionele identiteit as gevolg van verliese of uitbreiding van hul rol meegebring word. Volgens Williams en Sibald (1999:742-44) het die professionele verpleegkundige met 'n graad, in samewerking met die geneesheer en nie ondergeskik aan laasgenoemde is nie, meer outonomie. Daar word gevra of dit werklik primêre gesondheidsorg aan kliënte beteken of slegs basiese mediese dienste binne 'n gemeenskap impliseer. Dit is dus belangrik vir beleidmakers en organisasiebestuur om te voorkom dat die invloed van die erodering van professionele grense, die gepaardgaande onsekerheid en 'n lae personeelmoraal nie die werklike posisie van professionele verpleegkundiges bedreig nie. Die nuwe rolle van verpleegkundiges benodig kontraktuele uitklaring volgens Williams en Sibald (1999:744) en verdere opleiding en ondersteuning vir verpleegkundiges om hulle rol te vervul. Arndern (1999:1370) bevind na aanleiding van grootskaalse veranderings in 'n daghospitaalstelsel in die Verenigde Koninkryk waar beveiliging van optredes in die organisasie voorrang geniet het, dat gevoelens van onveiligheid ontstaan het. Daar was 'n duidelike

verwantskap tussen die verandering wat op personeel afgewentel is, die organisasiebestuur se ondersteuning wat ervaar is en die professionele verpleegkundiges se vermoë om doeltreffend in die verpleging van pasiënte te voorsien.

Davis (1991:109) wys op die misleidende neiging om verandering by individue buite konteks te beskou, met die veronderstelling dat dit verteenwoordigend van die realiteit is. Die neiging om op verandering te reageer asof dit 'n aspek is wat deurloop moet word sodat daar net teruggekeer kan word na die vorige stabiliteit, is foutief. Verandering is deurlopend en almal in verpleegonderrig moet verantwoordelikheid vir verandering aanvaar. Davis (1991:109) is van mening dat individue hulp benodig om tot dié posisie te beweeg. Dit kan slegs bereik kan word deur insig te hê in wat verandering vir individue beteken en dit te aanvaar. Hierdie persepsie van die persoon en die reaksie op verandering is dus subjektief en dikwels verskillend van die realiteit. In aansluiting hierby bevind Knight (1998:1287) by 'n groep Verpleegkundestudente aan 'n verpleegkollege in die Verenigde Koninkryk dat tydens organisatoriese veranderings en kurrikulumhersiening, die hanteringstrategieë wat die betrokke Verpleegkundedosente gebruik het, duidelike tekens van vervreemding, isolasie en verlies aangedui het. Die indruk is geskep dat die Verpleegkundedosente in 'n staat van disekwilibrium verkeer en met gevoelens van onsekerheid gelaat is, sodat hulle 'n lae profiel gehandhaaf en die *status quo* behou het. Knight (1998:1291) vind ook duidelike tekens van verlies van kontrole en die persepsie dat hulle nie bruikbaar vir die organisasie sal wees nie, met 'n gepaardgaande verlies aan optimisme en soms woede in die response teenwoordig. Gevoelens van swak vertrouwe in hulself het voorgekom by die voorheen ervare, bekwame Verpleegkundedosente wat goeie resultate in hul werksituasie behaal het. Psigologiese eienaarskap, wat gekenmerk word deur deelname in die besluitnemingsproses, verhoogde toewyding en bevrediging van die individue se prestasie wat tot verhoogde motivering lei, is vanweë hul lae deelname aan die veranderingsproses verwaarloos. Hierdie simptome mag ooreenstem met die lae moreel en verlies aan werksbevrediging wat by professionele eenheidsverpleegkundiges aan die orde van die dag is. Knight (1998:1292) beklemtoon dat enige wyse van verandering persoonlike bedreiging vir individue inhou. Ondersteuning aan en deur individue is belangrik omdat die strategieë om verandering teweeg te bring volgens die persepsies van individue se behoeftes om selfbemagtigend, selfversorgend en selfmotiverend te wees, in ag geneem moet word. Die individue moet reflektief in die praktyk en standvastig wees en die proses van verandering as 'n leerervaring sien. In die geval van professionele verpleegkundiges wat voorheen erkenning ontvang het vanweë hul konformerende en nie-bedreigende houding, behoort vaardighede soos introspeksie, probleemoplossing en selfhandhawing ontwikkel te word. So kan hulle deur middel

van reflektoring hul eie en ander se emosionele reaksie op verandering verstaan, wat selfkennis noodsaaklik maak (Davis,1991:111). Die suksesvolste verandering in organisasies wat in agtien studies aangedui word, word meegebring wanneer daar gedeelde mag is. In só 'n situasie word individue op alle vlakke van die organisasie oor probleme geraadpleeg. Dit dui daarop dat topbestuur gevoelig is om ander by besluitneming te betrek (Knight, 1998:129).

Zalon (1992:abstract) noem dat verpleegkundedosente 'n sleutelrol speel om professionele aktiwiteite en verpleging te verander. Die ontwikkeling van professionele verpleeggedrag wat noodsaaklik is vir funksionering binne die radikaal veranderende gesondheidsorgdiensleweringstelsel, benodig bemagtiging tot leierskaprolle in die konteks waarin hulle praktyk voer. Eienskappe en vaardighede wat outonomieit en onafhanklikheid in kliniese praktykvoering en leierskap ontwikkel, asook onderhandelingsvaardighede in die komplekse gesondheidsorgdiensleweringorganisasies word benodig. Hierdie aspekte word herhaaldelik deur die respondente in die huidige navorsing aangedui. Die etiese veranderings in 'n klimaat waar verminderde gesondheidsorghulpbronne beskikbaar is moet ook aandag geniet. Knight (1998:1294) is van mening dat 'n stabiele staat die geloof in die onveranderlikheid en konstantheid van die sentrale aspekte van die menselewe is. Te min verandering het 'n negatiewe uitwerking op die ewilibrum van die individu, terwyl oormatige verandering en stimulering tot stres binne die individu of sosiale groep lei. Davis (1991:109) verwys na "future shock". Die mate van verandering in verpleegonderrig noodsaak dat verpleegkundedosente hulle moet vergewis van oorstimulering, hoe aanpassing bereik kan word en hoe dit sinvol gebruik kan word.

Dit is dus noodsaaklik dat 'n inleiding tot veranderingsbestuur pro-aktief aan voorgraadse Verpleegkundestudente in samehang met hul oriëntering aangebied word. So kan die diverse kragte wat in die gesondheidsorgdiensleweringstelsels probleme skep asook die negatiewe prosesse, waaraan hulle as individue onderwerp word vanweë die blootstelling aan die intra- en interkulturele klimaat van die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en die multi-dissiplinêre spanlede, ondervang word. Dit word moontlik gemaak deurdat veranderingsbestuur as 'n proses tydens begeleiding en ondersteuning onderneem word. Dit is die mening van Tyler en Ellison (1994:476) dat professionele verpleegkundiges op besigheid- en streshantering-programme gestuur moet word om selfhandhawing te bevorder en die professionele verpleegkundige se vermoë om met geneeshere en administratiewe beamptes te kommunikeer, te verbeter en burokratiese stres die hoof te bied.

Botes (1997:50) bespreek die implikasies van verandering op verpleegonderrig by universiteite en verwys na die herposisionering van verpleegonderrig op verskeie vlakke. Die implikasies van

die vermindering van toelatingsvereistes en seleksiekriteria en die weglating van Etos en Professionele Sosialisering as vakgebiede is aspekte wat uitklaring benodig wanneer oor die toekoms van verpleegonderrig besin word. Neary (1997a:46-52) bevind dat Verpleegkundestudente veral drie vrese ervaar ten opsigte van hul waargenome swak voorbereiding deur die kollegepersoneel om kliniese plasings te hanteer. Dit wentel om die feit dat hulle pasiënte mag benadeel, dat hulle nie aan die verpleegspan behoort nie en nie bekwaam met registrasie sal wees nie. Indien hierdie behoeftes bevredig word, behoort hul vrese en gevoel van onveiligheid in 'n groot mate verlig te word. Howkins en Ewens (1999:41-49) bevind egter dat die impak van verpleegonderrig op die professionaliseringsproses sal afhang van die Verpleegkundestudente se vorige ervarings, die reflektiewe aard van die proses en die waardes en gelowe wat in die program bevorder word.

Dit is kommerwekkend dat die stressors wat spesifiek as gevolg van verpleging voorkom, reeds die afgelope vyftig jaar bekend is en vandag steeds onveranderd bly. Die bronne van stres is ook gekoppel aan die fase van die program waarin die voorgraadse Verpleegkundestudente verkeer en die lewenstake wat vereis word. Pogings om verandering in die Verpleegkundestudente en spesifiek dié van voorgraadse Verpleegkundestudente se leeromgewing te fasiliteer, behoort aandag te geniet. Gehardheid kan aangeleer word deur te fokus en selfverbetering sowel as sosiale ondersteuning en netwerke te verbreed. Die noodsaaklikheid van 'n meer inklusiewe benadering tot stresverligting deur die verband tussen individuele eienskappe, aspekte van die psigososiale werksomgewing en werksverwante distres vas te stel is, is nodig om 'n multivlak werksomgewing en stresverminderingsprogramme te ontwerp (Jones & Johnston : 2000:72).

Stelling 2:

Die stres word veral in die eerste drie jaar as baie erg beleef, sodat hulle dit as emosionele verstarring beleef, en omdat hulle voel niemand verstaan hulle nie, oorweeg hulle dikwels om die program te staak.

Die eerste drie jaar word beleef asof niemand hulle verstaan nie. Die hoër studie-eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word in vergelyking met ander studierigtings, demotiveer hulle wanneer omstandighede met ander studente vergelyk word. Veral die uitputtende kliniese verpligtings tydens universiteitsresestye veroorsaak dat hulle voortdurend besig bly. Hulle het selde 'n geleentheid om te rus of te ontspan, sodat hulle selfs in hul afnaweke opdragte moet doen en studeer. Verpleegkundedosente verstaan nie die voorgraadse

Verpleegkundestudente nie. Hulle gaan net voort met die program. Hierdie belewenisse en die verlamme uitwerking van stres, dra daartoe by dat die voorgraadse Verpleegkundestudente nie meer wil aangaan nie. Alles word net vir hulle te veel en almal wil staak. Die hele groep eerstejaars kom huilerig, negatief en hipersensitief voor volgens Van der Colff (2001:168-170) se bevindings by voorgraadse Verpleegkundestudente. Die spanning ten opsigte van die geestelike behoeftes wat voorgraadse Verpleegkundestudente weens die eise van die program ervaar, veroorsaak dat hulle voortdurend konflik ervaar tussen hul sin vir verantwoordelikheid en 'n ontvlugting van die werksverpligtings. Lindop (1999:971) bevind dat persoonlike behoeftes aan vriende en eie belange as die vierde belangrikste oorsaak van stres by verpleegkundiges aangedui word. Dit is moeilik om 'n gebalanseerde lewenstyl te handhaaf, terwyl geen tyd vir ontspanning toegelaat word nie. Die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing wil graag aan sosiale aktiwiteite deelneem, maar vind nie tyd daarvoor nie.

Hope, et al. (1998:444) bevind dat professionele verpleegkundiges egter meer positiewe gedrag as Verpleegkundestudente openbaar. Laasgenoemde groep is meer geneig om te rook of selfs meer alkohol en dwelms te misbruik. Verpleegkundestudente dui ook aan dat hulle meer lewenstylstres vanweë min oefening, vrees of eensaamheid openbaar. Die noodsaaklike begeleiding tot beter lewens- en gesondheidsbevorderende vaardighede vroeg in die loopbaan van die Verpleegkundestudente behoort ontwikkel te word ten einde hierdie probleme pro-aktief en remediërend te ondervang. Marais, Oxtoby en Schomer (1990:5) bevind dat die vierjarige geïntegreerde diploma in Verpleegkunde 'n hoë vlak van akademiese vaardighede met bykomende kliniese verantwoordelikhede vereis. In 'n vergelyking tussen eerstejaar Verpleegkundestudente en paramediese studente blyk eersgenoemde die hoogste vlakke van spanning en woede te beleef. Dit mag op swak hanteringsmeganismes dui en daartoe bydra dat hulle meer rook, alkohol en dwelms gebruik en minder oefen. Van der Colff (2001:97) bevestig dat die persepsies wat Verpleegkundestudente van die derdejaar voorgraadse Verpleegkundestudente daarop dui dat hulle negatief, apaties en belangeloos teenoor hul studies voorkom.

Schutte (1982:18) verwys na die mening van Kramer, 'n professor in Verpleegkunde, wat die volgende as 'n rede vir verliese van Verpleegkundestudente aandui. Dit is naamlik die negatiewe uitwerking van verpleging op die jong onervare Verpleegkundestudent, sodat 'n induksiekrise voorkom. Begeesterde voorgraadse Verpleegkundestudente wat hul idealistiese filosofieë wil toepas, ervaar skok en teleurstelling vanweë die personeeltekort, onsimpatieke toesighouers en onbuigsame administrasie, sodat hulle die beroep wil verlaat. 'n Personeelontwikkelingsbeleid behoort by te dra tot die daarstel, bevordering en ondersteuning van 'n milieu wat bevorderlik is vir onderrig en leer, om werksverryking te bewerkstellig, asook persoonlike

groei in 'n positiewe werksmilieu te optimaliseer. Dit sal verhoed dat voorgraadse Verpleegkundestudente slegs aan werksdruk blootgestel word. Ten spyte van die deurlopende stres wat verpleegkundiges ervaar, bevind Jones en Johnston (2000:66-74) dat organisatories- verwante oorsake tot deurlopende hoë vlakke van stres by Verpleegkundestudente en professionele verpleegkundiges aanleiding gee.

Die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente word deur die literatuur bevestig en blyk 'n algemene probleem te wees.

Stelling 3:

Vanweë die feit dat voorgraadse Verpleegkundestudente hul gevoelens opkrop en min tyd vir reflektoring gelaat word, kom onvoorsiene uitbarstings tydens onbewaakte oomblikke voor en haal hulle hul frustrasie verkeerdelik op pasiënte uit.

Die aard van die emosionele eise is sodanig dat dit ontaard in 'n stoempot-sindroom, gekenmerk deur uitbarstings. Dit ontstaan omdat voorgraadse Verpleegkundestudente nie tyd inruim om hul gevoelens te verbaliseer nie. Navorsing bevestig dié bevindings.

Smith (1991:76-77) beskou die emosionele insette van die verpleegkundiges as emosionele arbeid, wat daardeur gekenmerk word dat hulle hul gevoelens onderdruk en sodoende 'n gevoel van kalmte projekteer. Voortvloeiend uit onderhoude met pasiënte, word na 'n verpleegkundige as 'n "engel" verwys wat onder uiterste stres nog kalmte behou, ten spyte van sigbare verbleking en spanning wat innerlik ervaar is. Tydens dieselfde navorsing verwys een van die respondente na 'n voorval waar sy weens moegheid tot uitbarsting gekom het teenoor 'n pasiënt en vreesbevange was omdat verpleegkundiges nie hul gevoelens mag wys nie (Smith, 1991:177).

Die metaforiese gebruik wanneer na emosies verwys word, word deur Froggatt (1998:332-338) bespreek. Die liggaam as 'n houer vir emosies dui daarop dat emosies as abstrakte entiteite in die liggaam geberg word, dat dit onafhanklik van die persoon kan bestaan en 'n aansienlike druk op die persoon kan uitoefen. Froggatt (1998:332-338) beskou emosies as 'n warm vloeistof in 'n houer, wat dit potensieel gevaarlik maak in dié opsig dat dit ander persone mag skaad. Die emosies behoort verborge gehou te word, met die persone en sy rasonale verstand as die bedeksel vir die houer wat emosies soos woede, begeerte, jaloesie en smart in toom hou. Dit is hierdie ervarings van emosionele nood en pyn wat verpleegkundiges dreineer. Dit veroorsaak 'n gevoel van 'n gewig of 'n swaar las wat ervaar word. Dit skep die indruk dat die emosies wat

die verpleegkundige beliggaam, daarop dui dat verpleegkundige-pasiëntinteraksies 'n intrinsieke gewig meebring (Froggatt, 1998:335).

Jones 1992:85) wys op die beduidende mate waarin swart Verpleegkundestudente in verpleegprogramme in Kanada uitval. Dié outeur beveel aan dat woede, frustrasie en eensaamheid aandag moet geniet. Dit is soortgelyk in Suid-Afrika van toepassing.

4.3.3.2 WISSELENDE VLAKKE VAN PERSOONLIKE LEWENSWAARDIGHEDEN MANIFESTEER

Daar is merkbare verskille in die voorgraadse Verpleegkundestudente se belewenisse en response ten opsigte van die omvang wat die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise aanneem en kan gekoppel word aan persoonlike lewensvaardighede waaroor hulle beskik.

Dié verskille word inductief ten opsigte van sekere eienskappe afgelei. Sommige respondente skyn beter in staat te wees om die programverwagtings en -eise in die akademiese sowel as kliniese situasies te hanteer. Dit kan aan die reeds ontwikkelde lewensvaardighede en die mate waarin ontwikkeling van lewensvaardighede nagestreef word, asook die lokus van kontrole, gekoppel word. Bevindings dui daarop dat die meerderheidsgroep voorgraadse Verpleegkundestudente oor doeltreffende lewensvaardighede beskik en skynbaar 'n eksterne lokus van kontrole openbaar teenoor 'n minderheidsgroep wat doeltreffende lewensvaardighede aanwend en oor 'n interne lokus van kontrole beskik. 'n Wisselende mate van arbeidsvreugde word by albei groepe ervaar.:

4.3.4.2.1 Voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor doeltreffende lewensvaardighede beskik; en

4.3.4.2.2 voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor doeltreffende lewensvaardighede beskik.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor doeltreffende lewensvaardighede beskik, word eerste bespreek.

4.3.3.2.1 *Voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor doeltreffende lewensvaardighede beskik*

Doeltreffende lewensvaardighede word deur die volgende verskynsels gekenmerk en dui aan dat 'n interne lokus van kontrole gevestig is en dat hoë selfhandhawing manifesteer. Arbeidsvreugde en 'n hoë mate van beroepsidentifikasie kom voor.

(i) *'n Interne lokus van kontrole manifesteer*

Die positiewe aspekte wat op 'n interne lokus van kontrole dui en wat slegs by 'n minderheids-groep Verpleegkundestudente aangetref word, blyk uit die volgende afgeleide stellings.

Stelling 1:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente neem standpunt in teen die neiging om saam met die stroom te beweeg, en is bereid om verandering te inisieer, as voorspraak vir pasiënte op te tree en ten alle tye hul beste te lewer.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente het vertroue in hul eie vermoëns, sodat hulle ten spyte van die onbetrokkenheid van die professionele eenheidsverpleegkundiges en die afwesigheid van beleid in die kliniese eenhede, op eie inisiatief voortgaan en dit geniet aangesien hulle dan meer outonomieit ervaar en hul individualiteit kan uitleef.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente handhaaf hulself beter en poog om onredelike taakverwagtings wat geneeshere toewys, deur taktvolle en selfhandhawende onderhandeling reg te stel.

Stelling 4:

Intrinsiek-gemotiveerde voorgraadse Verpleegkundestudente beskou hulself as leergierig en dat hulle oor kritiese denkvermoë en outonomieit beskik sodat hulle aandring op inisiatief en kreatiwiteit soos wat die universiteitsonderrig voorstaan.

Stelling 1:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente neem standpunt in teen die neiging om saam met die stroom te beweeg, is bereid om verandering te inisieer, as voorspraak vir pasiënte op te tree en ten alle tye hul beste te lewer.

Die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid vir lewenskeuses lei tot volharding in die geval van terugslae en teleurstellings wat respondente ervaar, aangesien hulle glo dat hulle beheer het oor die gebeurlikhede van die lewe (Dawson, 1994:10-15). Die bevinding van Lindop (1999:972) dui die faktore aan wat sukses voorspel as nie slegs akademies van aard of gekoppel is aan die vermoë om kliniese vaardighede aan te leer nie, maar ook as 'n vermoë om aan te hou, ten spyte van die stresvlakke wat hulle ervaar. Benade (1990:104) noem dat prestasiegemotiveerde persone konsensieus en hardwerkend is, sterk meeding en na sukses streef, met vertroue in hul eie vermoëns en vaardighede, waardeur 'n gevoel van sukses ervaar word. Dit is die mening van Flach (1980:1988) na wie Jacelon (1997:123) in dié verband verwys, dat volharding (resillience) 'n dinamiese proses is. Dit kan tydens enige fase in die lewe aangeleer word en is 'n sterk punt wat die meeste individue met denke en inoefening kan ontwikkel. Jacelon (1997:128) bevind dat sulke persone oor sekere eienskappe en persoonlike hulpbronne beskik en 'n bogemiddelde intelligensie, aktiewe betrokkenheid, 'n sterk selfbelewenis, onafhanklikheid, gepaard met 'n positiewe uitkyk op die lewe, openbaar. Eienskappe van onafhanklikheid, selfhandhawende gedrag en die neiging om mislukking te vermy, word gebruik, aangesien hulle mislukking interpreteer as 'n weerspieëling van 'n onvermoë om die situasie te hanteer (Dawson;1996:11).

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente het vertroue in hul eie vermoëns, sodat hulle ten spyte van die onbetrokkenheid van die professionele eenheidsverpleegkundiges en die afwesigheid van beleid in die kliniese eenhede, op eie inisiatief voortgaan en dit geniet aangesien hulle dan meer outonomieit ervaar en hul individualiteit kan uitleef.

Stelling 2 word nie uit die literatuur bevestig nie.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente handhaaf hulself beter en poog om onredelike taakverwagtings wat geneeshere toewys, deur taktvolle en selfhandhawende onderhandeling reg te stel.

Voorgraadse Verpleegkundestudente wat hulself beter handhaaf, poog veral om onredelike taakverwagtings wat geneeshere op hulle afwentel, deur middel van taktvolle en selfhandhawende onderhandeling reg te stel. Dawson (1994:12) bevind dat intern beheerde persone beter selfbeheer aan die dag lê, 'n goeie indruk en sosiale vermoëns aan die dag lê asook selfhandhawend optree. Intern gekontroleerde persone bereik meer, is meer gemotiveerd en meer weerstandig teen manipulering as wat eksterngekontroleerde persone is. Daar is ook geen verskil tussen die intelligensievermoë van intern en eksternbeheerde persone nie. Aangesien die lokus van kontrole wat openbaar word gesondheidsbevorderende gedrag, psigologiese aanpassing by stres en patologiese gedrag onderlê, beweer Dawson (1994:12) verder dat die meegaande reaksies en gedrag, mislukking en sukses in verpleegonderrig en praktyk voorspel en as sulks die motiveringstrategieë in die fakulteit bepaal.

Stelling 4:

Intrinsiekgemotiveerde voorgaadse Verpleegkundestudente beskou hulself as leergierig en dat hulle oor kritiese denkvermoë en outonomie beskik, sodat hulle aandring op inisiatief en kreatiwiteit soos wat die universiteitsonderrig dit voorstaan.

Ten einde bemagtiging van die individue te fasiliteer, moet hulle toegelaat word om die potensiaal waartoe hulle in staat is, te bereik volgens (Dawson, 1994:12). Hoewel die lokus van kontrole 'n stabiele persoonlikheidsfaktor is, behoort nuwe ervarings deurlopend aan die voorgaadse Verpleegkundestudente voorgehou te word en behoort hulle toegelaat te word om hul eie doelstellings te stel. Deur probleemoplossend te werk te gaan, alle bydraes te erken en verskeie benaderings tot probleemoplossing te volg, asook aanmoediging, motivering en kollegiale verhoudings as prioriteite te stel, kan die onderriginstansie die lokus van kontrole

positief beïnvloed. Hulle kan bogenoemde bewerkstellig deur as fasiliteerders van leerervarings eerder as fonteine van inligting op te tree.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing beskou hulself as leergierig en dat hulle oor kritiese denkvermoë beskik. Die vertrou wat hulle in hul eie vermoëns het, bring frustrasie mee wanneer hulle beperk word en van hul eie inisiatief ontnem word. Botes en Van Tonder (1993:37) se bevindings dat die profiel van die B.Cur.-graadstudent 'n hoë mate van analitiese denke aandui, bevestig die bevindings van hierdie navorsing. Hulle is ook ekstroverte, hartlik, spraaksaam en in mense geïnteresseerd. Voorgraadse Verpleegkundestudente bevraagteken die rigiede riglyne en metodes wat hulle van eie inisiatief, denkvaardighede en kreatiwiteit ontnem aangesien hulle graag 'n verskil wil maak. Hierdie ingesteldheid dui op intrinsieke motivering. Volgens Dawson (1994:11) bereik intrinsiek gemotiveerde persone meer. Hulle is meer gemotiveerd en meer weerstandig teen manipulering, toon hoër intellektuele bekwaamheid, soek inligting en is versigtig om risiko's te neem. Volgens bevindings van Botes en Van Tonder (1993:37) beskik B.Cur.-graadstudente oor 'n groot sin vir verantwoordelikheid, wat 'n noodsaaklike eienskap van die professionele verpleegkundige as onafhanklike praktisyn is omdat sy verantwoordelikheid en aanspreeklikheid vir haar handelings en versuime moet aanvaar.

Vanuit 'n interdisiplinêre oogpunt beskou vind Daly (1998:329) dit belangrik dat kritiese denke in verpleegkundiges ontwikkel word. Dit is nodig om hul insig en waardering vir kennisbasisse van ander domeine, hul perspektiewe en magsbasisse, asook die uitwerking wat dit op kliniese en organisatoriese besluitneming het, te verbreed. So kan gesonde professionele interverwantskappe tot stand kom, waardeur kerngesonde interpersoonlike verhoudings en 'n politieke bewussyn ontwikkel. Dit is dus die uitdaging aan verpleegkundedosente om die hulpbronne, inhoud, programstrategieë en geleenthede te voorsien ten einde kritiese denke te ontwikkel (Daly, 1998:330). Die nuwe era in gesondheidsorgdienslewering en sosio-kulturele omgewings en politieke aspekte wat hierop 'n impak uitoefen, noodsaak nuwe benaderings in verpleging. Die raamwerk van die verpleegproses behoort deur 'n kritiese denkproses vervang te word, wat uit reflektering, dialoog en dialektiese denke bestaan.

Uitklaring van kritiese denke as 'n begrip is beide 'n goeie begin en 'n noodsaaklike stap na toekomstige toepassing en evaluering vir die praktyk (Boyчук Duchscher, 1999:597). Die memorisering en verbatim-terugvoering van programinhoud behoort deur student- gesentreerde probleemoplossing vervang te word. Daar moet vertrou in en respek vir die Verpleegkundestudent se ontwikkeling wees en hul vermoë om te redeneer, moet erken word, eerder as streng toesig wat hulle hulpeloos laat. Kreatiewe denke behoort aangemoedig te word eerder as

om die totale programinhoud te dek. 'n Verandering in houding is nodig tot dié van kollegialiteit en 'n bereidheid om kennis en programinhoud met hulle te deel.

Die belewenisse wat die positiewe aspekte ten opsigte van voorgraadse Verpleegkundestudente se arbeidsvreugde en beroepsidentifikasie aandui, word vervolgens aangedui.

(ii) Arbeidsvreugde en beroepsidentifikasie manifesteer

Bogenoemde hou met die volgende drie stellings verband.

Stelling 1:

Ten spyte van aftakelende ervarings doen voorgraadse Verpleegkundestudente wilsbesluite om hul beroepskeuse te aanvaar en wil hulle verantwoordelikheid aanvaar om leemtes wat in die beroep voorkom asook die swak profiel wat verpleegkundiges geniet, reg te stel.

Stelling :2

Voorgraadse Verpleegkundestudente ag ervaringsleer hoog, aangesien dit die werklike situasie weerspieël en hul kennis sodanig verbeter dat hulle outonome beslissings kan neem.

Stelling :3

Die voorgraadse Verpleegkundestudente identifiseer sekere leemtes in die verpleegberoep wat negatiwiteit veroorsaak, maar beskik oor die wil om 'n verskil te maak, konsentreer meer op die positiewe en neem persoonlike verantwoordelikheid vir hul eie besluite, sodat hulle die leemtes self wil regstel.

Die volgende bevestigings word vanuit die literatuur verkry en in samehang met 'n verdiepende literatuurstudie beskryf.

Stelling 1:

Ten spyte van aftakelende ervarings doen voorgraadse Verpleegkundestudente wilsbesluite om hul beroepskeuse te aanvaar en wil hulle verantwoordelikheid aanvaar om leemtes wat in die beroep voorkom asook die swak profiel wat professionele verpleegkundiges geniet, regstel.

'n Bereidwilligheid om die positiewe aspekte ten opsigte van hul beroepskeuse te erken ten spyte van negatiewe ervarings, dui op die vermoë om verantwoordelikheid vir eie keuses te aanvaar. Benade (1990:99) bevind op konatiewe vlak 'n verband tussen 'n interne lokus van kontrolle en selfaktualiseringskenmerke. Hy dui aan dat laasgenoemde met verantwoordelikheid en selfbeheer verband hou. Parathian en Tayler (1993:806) in aansluiting hierby vind dit bemoedigend dat Verpleegkundestudente nie outomaties swak rolmodelle of ervaring navolg nie, met dié voorbehoud dat hulle voorberei word om swak rolmodelle te herken. Sajiwandani (1999:972) is dit eens dat die kwaliteit van lewe die begrippe van onafhanklikheid, selfrespek en waardigheid impliseer. Indien dit by Verpleegkundestudente ingeskerp word, behoort dit tot selfaktualisering te lei, waardeur swak praktyk bevrageken kan word. Dit is volgens Greeff (1995:23) uiters belangrik dat verpleegkundiges hul persoonlike identiteit ontwikkel ten einde hulle met hul professionele verwysingsraamwerk te versoen.

Lindop (1999:972) wys op die leemtes wat in die onderrigprogram spesifiek ten opsigte van die ontwikkeling van gehardheid, interne lokus van kontrolle en gedetermineerdheid by Verpleegkundestudente voorkom. Om persoonlike keuses en verantwoordelikheid vir die self te aanvaar, is een van die basiese doelstellings vir die bemagtigingsproses. Gibson (1991:354-361) beklemtoon bogenoemde, aangesien 'n persoon wat selfversterkend optree en positief is, in staat is tot outonomie en 'n werklike sin vir doeltreffendheid openbaar.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente ag ervaringsleer hoog, aangesien dit die werklike situasie weerspieël en hul kennis sodanig verbeter dat hulle outonome beslissings kan neem.

Ervaringsleer word in hierdie navorsing as baie waardevol beskou, aangesien dit die kennis en vaardighede aan voorgraadse Verpleegkundestudente voorsien waardeur hulle outonome beslissings kan neem. Gray en Smith (1999:639) beweer dat Verpleegkundestudente gretig is om dié vaardighede te bemeester, aangesien dit impliseer dat hulle onafhanklik kan funksioneer en 'n bruikbare lid van die multidissiplinêre span kan word. Die behoefte aan ervaringsleer word insgelyks deur Van der Colff (2001:133) by voorgraadse Verpleegkundestudente bevestig wat die kliniese eenhede as lewensverrykend bevind en wat die aanleer van nuwe vaardighede asook die akademiese toepassing daarvan positief beïnvloed. Die voorgraadse Verpleegkundestudente se ervaring van die praktyk oefen sodanige invloed op hul motivering uit dat die positiewe praktykervarings die toewyding aan die akademie versterk. Hierdie bevinding word soortgelyk deur Maben en Macleod (1998:145-53) by die Projek 2000-diplomaverpleegkundestudente vasgestel, naamlik dat hulle verpleging aanvanklik moeilik vind, hoewel almal die kliniese eenhede geniet.

Stelling 3:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente identifiseer sekere leemtes in die verpleegberoep wat negatieweit veroorsaak, maar beskik oor die wil om 'n verskil te maak, konsentreer meer op die positiewe en neem persoonlike verantwoordelikheid vir hul eie besluite, sodat hulle die leemtes self wil regstel.

Kotzé (1984:17) is van mening dat geen persoon deur ander persone gevorm kan word nie. Dit moet uit die persoon self kom, met slegs moontlikhede vir vorming wat doelgerig en stelselmatig geskep moet word. Die gesindheid van die verpleegkundiges en hul bereidheid om positief te wees of negatief te reageer in samehang met aangebore en ontplooiende vermoëns, asook die gehalte van die vormingsomgewing wat geskep en die benutting van die geleenthede, bepaal die gehalte van gevormdheid wat bereik word. Reeds in 1973 bevind Frerichs (1973:351) 'n verwantskap tussen interne lokus van kontrole en die neiging om verantwoordelikheid vir eie gedrag in verpleegkunde te aanvaar. Lindop (1999:972) wys daarop dat die faktor wat grootliks

geïgnoreer word in die kurrikulumontwikkeling is die wyse waarop gehardheid, 'n interne lokus van kontrole en vasberadenheid, ontwikkel behoort te word. Die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid vir lewenskeuses lei tot volharding in die geval van terugslae en teleurstellings. Die bevinding van Bircumshaw (1989b:442) dat graadstudente hoër tellings op outonomieit as diploma- of geassosieerde graadstudente behaal, word in hierdie navorsing gedeeltelik bevestig, deurdat voorgraadse verpleegkundestudente daarop aandring dat hul kreatiewe denke erken moet word. Maben en Mcleod (1998:145-153) dui aan dat projek-2000-diplomaverpleegkundestudente in die Verenigde Koninkryk aanvanklik lae selfvertroue in die praktyk toon. Hierteenoor dui hul bevraagtekening van die praktyk en 'n gewilligheid om te vra wanneer hulle onseker is, 'n hoë mate van selfvertroue aan.

4.3.3.2.2 Voorgraadse Verpleegkundestudente wat ondoeltreffende lewensvaardighede openbaar

Die negatiewe belewenisse wat deur die meerderheid voorgraadse Verpleegkundestudente geverbaliseer word, dui op 'n eksterne lokus van kontrole, wat in 'n groot mate by die groep aangetref word wat probleme ten opsigte van die programverwagtings en -eise ervaar. Dit blyk ook dat 'n verlies aan verantwoordelikheid en beroepsidentifikasie voorkom. Die bevindings word vervolgens as stellings aangedui.

(i) 'n Eksterne lokus van kontrole manifesteer

Die negatiewe aspekte wat op 'n eksterne lokus van kontrole dui, word in die volgende stellings uiteengesit wat dié bevindings in perspektief plaas.

Stelling 1:

Voorgraadse Verpleegkundestudente negeer hul eie standpunte en oortuigingsraamwerk en boet persoonlike beginsels en oortuigings in omdat hulle geen erkenning vir individuele prestasie kry nie met gevolglike demoralisasie en ontmoediging.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente toon 'n lae realiteitsbesef en onvermoë om verwagtings te hanteer en ten spyte van moeilike werksituasies wat met erge tydsdruk gepaard gaan, wil hulle totaliteitsorg verleen sodat skuldgevoelens ervaar word wanneer dit nie realiseer nie.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente benodig erkenning en aanpysing ten einde goed oor hulself te voel, sodat negatiewe terugvoering oor hul werkverrigting, tot selftwyfel lei.

Stelling 4:

Voorgraadse Verpleegkundestudente onderdruk hul gevoelens ter wille van professionele etiek en beleef dat hulle nie emosies mag wys nie, sodat hulle te alle tye professioneel probeer optree en gevolglik 'n gevoel van depersonalisasie ervaar.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Die literatuurkontrolle dui die volgende aan.

Stelling 1:

Voorgraadse Verpleegkundestudente negeer hul eie standpunte en oortuigingsraamwerk en boet persoonlike beginsels en oortuigings in omdat hulle geen erkenning vir individuele prestasie kry nie met gevolglike demoralisasie en ontmoediging.

Stelling 1 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente toon 'n lae realiteitsbesef en onvermoë om verwagtings te hanteer en ten spyte van moeilike werksituasies wat met tydsdruk gepaard gaan, wil hulle totaliteitsorg verleen sodat skuldgevoelens ervaar word wanneer dit nie realiseer nie.

Respondente verwag die onmoontlike van hulself en poog om ten alle tye totaliteitsorg te verleen ongeag die tydsdruk en stressors waaraan hulle blootgestel word. Hulle beleef skuldgevoelens wanneer dié verwagtings nie realiseer nie, met 'n neiging om uit die situasie te ontvlug. Aangesien hierdie stellings nie direk bevestig kon word uit die literatuur nie, word die meganisme wat die lae realiteitsbesef onderlê, bespreek.

Benade (1990:96) bevind dat die strewe om altyd die beste te doen wat ookal gedoen word, met 'n eksterne lokus van kontrole verband hou. Kelly (1998:1137) verwys na die psigososiale proses waarvolgens nuwe lede van die gesondheidsorgdiensleweringspan hul aanpassing in die werklike lewe van die kliniese praktyk beleef. Die nuutgegradueerde verpleegkundiges beskou professionele identiteit as 'n noodsaaklike aspek van die self, wat ten alle tye behoue behoort te bly. Hulle gaan deur fases van kwetsbaarheid waar die nuutheid 'n realiteitskok veroorsaak. As gevolg van groepsdruk, die oorweldigende werkslading en hul eie verwagting ten opsigte van professionele identiteit, ontwikkel stres. Hulle het naamlik die indruk dat hulle nie aan hul eie morele oortuigings voldoen nie. Laasgenoemde hang weer grootliks af van die professionele verantwoordelikheid wat hulle aanvaar en die mate waarin hulle 'n ideale professionele selfbegrip geïnternaliseer het. Kelly (1998:1137) noem voorts dat die mate van selfkritiek en -blaming wat ervaar word, ooreenstem met die mate van veroordeling van eie optredes. Dit word gesien teenoor die morele verpligtings en standaard wat 'n goeie verpleegkundige behoort te handhaaf. Verdedigingsmeganismes soos vermyding van interaksie met ander, vervreemding van die self, hantering van verlore ideale en uiteindelik die integrasie van 'n hersiene professionele selfbegrip, volg. Die mees deurdringende elemente van morele stres is volgens Kelly (1998:1141) die ervaring van selfkritiek en -blaming. Eersgenoemde word vereenselwig met 'n verlaagde selfbeeld en selftwyfel, wat weer met magteloosheid en teleurstelling in die self gepaard gaan. Die mees intense belewenis by die verpleegkundiges, naamlik dat hulle nooit die standarde wat hulle aan hulself stel kan bereik nie, sal uiteindelik tot 'n akute vorm van disoriëntasie en diep teleurstelling lei. Kelly (1998:1143-1144) benadruk in

dié verband dat respondente die meeste stres in die kliniese eenhede ervaar. Hulle word ook deur die negatiewe houding van ander verpleegkundiges aan hoë stresvlakke blootgestel.

In aansluiting by bogenoemde verduideliking bevind Van der Colff (2001:167) dat die B.Cur.-graadstudente afgeskeep voel, nie meer lag nie en skuldgevoelens ervaar wanneer hulle ontspan. Dit hou moontlik met dié proses verband. Hulle beleef dat hulle altyd van hulself moet gee en emosies van omgee vir ander moet wys. Erasmus *et al.* (1998:9) bevind by 'n groep psigiatriese verpleegkundiges dat hoë persoonlike standaarde daartoe lei dat hulle hulself in die werksomgewing ten koste van hulself beskikbaar stel, baie verantwoordelikheid neem en oorbetrokke raak vanweë vae grense wat gestel word. Dit lei tot uitputting, apatie en verlies aan motivering. Hulle ervaar ook emosionele uitputting vanweë die onvervulde behoeftes aan erkenning in die werkplek.

Dit is dus belangrik dat voorgraadse Verpleegkundestudente die proses van sosialisering moet verstaan en moet leer om hulself te vergewe wanneer hulle onbekwaam voel of nie die vermoë het om alles te doen wat hulle graag sou wou doen nie.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente benodig erkenning en aanprysing ten einde goed oor hulself te voel aangesien negatiewe terugvoering oor hul werkverrigting tot selftwyfel lei.

Stelling 3 kon nie uit die literatuur bevestig word nie.

Die uitdaging word egter aan die onderriginstansie deur Watson (1994:12) gerig om deur omgeepraktyke te vestig, hulp te verleen aan hierdie Verpleegkundestudente wat gevoelens van angs, magteloosheid, frustrasie en 'n neiging tot aggressie en vyandigheid beleef. Neigings tot suspisie, wantroue, dogmatisme, lae insig en 'n lae behoefte aan sosiale erkenning, lae belangstelling in prestasie aangesien hulle min kontrole oor beloning en straf ervaar, is algemeen. Die gevoelens van magteloosheid van die Verpleegkundestudente laat hulle 'n agterstand ervaar. Die ekstreme vorm van hierdie eienskap is aangeleerde hulpeloosheid, wat op eksterne kontrole dui (Watson, 1994:12).

Groepsbesprekings, onafhanklike beplanning, kollegiale aktiwiteite by die fakulteit, seminare en werkwinkels, klasvoorleggings, en groepsaktiwiteite in die laboratorium, kan hierdie Verpleegkundestudente bemagtig om 'n interne lokus van kontrole te ontwikkel.

Stelling 4 :

Voorgraadse Verpleegkundestudente onderdruk hul gevoelens ter wille van professionele etiek en beleef dat hulle nie emosies mag wys nie, sodat hulle ten alle tye professioneel probeer optree en gevolglik 'n gevoel van depersonalisasie ervaar.

Weens die interpretasie van professionele etiek word vereis dat voorgraadse Verpleegkundestudente nie uitdrukking aan hul emosies mag gee nie. Hulle moet ten alle tye 'n "staalvrou" wees en indien hulle emosies wys, moet hulle 'n psigiater gaan spreek aangesien hulle nie emosies kan hanteer nie. Die respondente beleef depersonalisasie as gevolg van die vereistes dat hulle ter wille van professionele etiek nie hul emosies mag wys nie. Hulle beleef hulself ook nie as in beheer van hul eie lewens nie. Reeds so vroeg as 1970 bevind Krall (1970:267) na wie Frerichs (1973:351) verwys 'n moontlike verband tussen 'n lae selfbeeld, 'n lae akademiese status en swak rolfunksionering wat hiermee saamgaan. Frerichs (1973:351) bevind ook by verpleegkundiges 'n verband tussen selfbeeld en die wye spektrum van psigologiese aspekte soos interne persoonlike kontrole, egosterkte, persoonlike bekwaamheid en goeie aanpassing. Individue met 'n lae selfbeeld beleef 'n sin van vervreemding en is ongelukkig oor hul lewens. Daar word ook volgens Benade (1990:87) 'n positiewe verband tussen depersonalisasie en eksterne lokus van kontrole aangetref.

Cook (1998:1293) verwys na die sillabus vir die opleiding van geestesgesondheidsverpleegkundiges van die English National Board for Nurses, Midwives and Health Visitors van 1982 wat selfbewussyn by die verpleegkundige soos volg definieer: persoonlike eienskappe soos waardes, houdings, gevoelens, persoonlike motiewe, behoeftes, vaardighede en beperkings waaroor hulle beskik. Selfbelewing verwys volgens Tessman (1993:72) na die selfinsig wat die persoon openbaar ten einde sy/haar se eie behoeftes, persepsies en gevoelens van die van ander te onderskei. Die individu moet bewus wees van sy/haar eie gedrag en hoe hy/sy met ander in verhouding tree (Okun, 1992:34). 'n Ekstern-beheerde persoon glo dat die omstandighede in die lewe nie aan hulle eie pogings toegeskryf kan word nie.

Die feit dat verpleegkundiges hul eie emosies as onder beheer van professionele etiek beleef, dui op 'n lae beheer ten opsigte van besluitneming aangaande die gedrag wat in die beoefening van hul beroep wenslik is. Dit blyk uit hierdie navorsing dat die voorgraadse Verpleegkundiges se emosionele bewustheid van die toelaatbare emosionele response wat 'n verpleegkundige in

die volvoering van haar rol en funksie behoort te toon en wat as professionele optrede beskou word, verwar word met persoonlike emosies wat impulsief van aard is en tot uitbarstings lei.

Die selfbeleving van Verpleegkundestudente behoort dus volgens Cook (1998:1293) 'n belangrike fokusveld vir verpleegopvoeders te wees. Ten einde 'n swak selfbeleving te ondervang, behoort professionele verpleegkundiges en Verpleegkundedosente medeverantwoordelikheid te aanvaar. Die Verpleegkundestudent moet die geleentheid gebied word om trots op haarself te voel, sodat sy selfwaarde en sukses ten spyte van swak akademiese prestasie ervaar. Die aanname dat selfbeeld staties is eerder as 'n ontwikkelende eienskap van die individu, is foutief. Daar behoort gefokus te word op selfontdekking en selfherskeping deur aandag te gee aan die Verpleegkundestudent se houding, waardestelsel en vaardighede (Cook, 1999:1298). Goed ontwerpte opleidingsprogramme om emosionele intelligensie - wat selfbegrip insluit - is Cherniss (1998:28) se aanbeveling.

'n Uiteensetting van die lae arbeidsvreugde en swak beroepsidentifikasie wat die laasgenoemde groep voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, volg hierna.

(ii) 'n Lae arbeidsvreugde en swak beroepsidentifikasie manifesteer

Die meerderheid voorgraadse Verpleegkundestudente verbaliseer hoofsaaklik negatiewe belewenisse ten opsigte van hul beroep en toon swak beroepsidentifikasie. Die volgende stellings dui hierop.

Stelling 1:

Voorgraadse Verpleegkundestudente evalueer nie hul eie gedrag en verantwoordelikhede nie en neig vervolgens daartoe om Verpleegkundedosente van onredelikheid te beskuldig en beskou hulself terselfdertyd as slagoffers van vervolgers vir wie min ruimte tot beslissingsvermoë gelaat word.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente ontvlug emosioneel uit die beroep deurdat hulle beroepsverwante kommunikasie ontwyk en nie meer na kollegas se standpunte luister nie.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente minimaliseer hul eie werksverpligtings as aktiwiteite wat nie op hul vlak hoort nie en wat op swak identifikasie met hul rol en funksie dui, deurdat sommige take as “vuilwerk” beskou word.

Stelling 4:

Die progressiewe verlies aan werksbevrediging weens frustrasie met die herhaalde taakonderbrekings en die hoë werksverwante stres, gepaard met ontnugtering en swak identifikasie met rolmodelle, dra by tot 'n belemmerde toekomsvisie by voorgraadse verpleegkundestudente.

Literatuurkontrolle ten opsigte van bogenoemde stellings

Stelling 1:

Voorgraadse Verpleegkundestudente evalueer nie hul eie gedrag en verantwoordelikhede nie en neig vervolgens daartoe om Verpleegkundesente van onredelikheid te beskuldig en beskou hulself as slagoffers van vervolgers vir wie min ruimte tot beslissingsvermoë gelaat word.

Daar is ook ander faktore wat as die oorsaak beskou kan word dat sommige situasies buite beheer raak en voorgraadse Verpleegkundestudente hulself dikwels as slagoffers beskou. Voorgraadse Verpleegkundestudente verbloem hul eie verantwoordelikheid vir nie-nakoming van pligte deur ander te beskuldig en beleef Verpleegkundesente as struikelblokke.

Benade (1990:96) wys daarop dat die prestasiegemotiveerde persoon volharding toon, gepaard met 'n eie verantwoordelikhedsbesef, dat hy/sy vir eie omstandighede verantwoordelik is en nie 'n slagoffer van ander mense of gebeure behoort te wees nie. In teenstelling hiermee verwys Dawson (1994:11) na bevindings dat ekstern gekontroleerde persone hoë angsvlakke

openbaar, gevoelens van hulpeloosheid en frustrasie gepaard met aggressie, asook vyandigheid en wantroue ervaar. Geneigtheid tot afhanklikheid van ander om sekere pligte te vervul en om tou op te gooi wanneer sekere verwagtings nie realiseer nie, word deur Du Plessis (1996:153) bevestig. Verpleegkundestudente kom dikwels bang en onbeholpe in die hantering van situasies voor. Benade (1990:95) dui 'n negatiewe verband tussen volharding en eksterne lokus van kontrole aan, deurdat volharding ten spyte van ongunstige omstandighede voortduur.

Stelling 2:

Voorgraadse Verpleegkundestudente ontvlug emosioneel uit die beroep deurdat hulle beroepsverwante kommunikasie ontwyk en nie meer na kollegas se standpunt luister nie.

In 'n poging om persoonlike vreugde uit verpleging te put ontvlug die voorgraadse Verpleegkundestudente na 'n selfgeskepte oase, wat slegs 'n illusie skyn te wees. Hulle wil nie oor die beroep praat nie, stel nie belang om enigsins betrokke te raak, in enige beroeps-aangeleenthede nie en voel nie daarna om met kollegas te kommunikeer nie. Dié verskynsel mag aan die bevindings van Dawson (1994:14) toegeskryf word. Dit is naamlik dat eksternbeheerde Verpleegkundestudente 'n onvermoë tot vertrouwe toon en die owerhede en die fakulteit as magtig beskou, terwyl hulle ook nie menings wil uitspreek nie.

Hierdie verskynsel verwys waarskynlik na die begrip van morele integriteit wat deur Kelly (1998:1134) beskryf word. In 'n navorsing by senior Verpleegkundestudente is bevind dat die etiek van verpleging op respek en omgee gebaseer word. Respek word as respek vir pasiënte en families, kollegas en die professie aangedui. Omgee word vereenselwig met liefde, psigologiese ondersteuning en groei, betrokkenheid en tydsinruiming om goeie werk te doen. Dit gaan gepaard met opgewektheid en vriendelikheid. Professionaliteit word aan goeie verpleging gekoppel. Die invloed van die hospitaalsubkultuur op die sosialisering van die toetredende Verpleegkundestudent word egter deur vrees en mislukking, hoë verantwoordelikheid en foutering gekenmerk. Kompartementalisering ontstaan wanneer Verpleegkundestudente vanaf die akademiese milieu na die kliniese eenhede beweeg om die twee weergawes van verpleging, elk met eie standaarde en reëls, te versoen. Insteede daarvan om dit te bevraagteken en konfrontasie ten opsigte van die diverse filosofie te ontlok, rasionaliseer Verpleegkundestudente dat hulle net besig is om deur die proses te gaan.

Die bevindings van Kelly (1998:1137) ten opsigte van die psigososiale proses waarvolgens nuwe graduandi hul aanpassing in die realiteit van die hospitaalpraktyk beleef, dui die volgende aan. Die eerste fase van kwetsbaarheid dui op die skok wat hulle as onervare lede van die gesondheidspan beleef. Hulle word sonder selfvertroue aan groepsdruk en aansprake van verpleging blootgestel. Die druk om te konformeer asook hul eie selfverwagtings lei tot 'n stryd om selfbehoud. Die afkeer daarin om verneder te word, dra daartoe by dat hulle deur die werk probeer kom deur hul eie standaarde van verpleging in te boet. Dié proses lei tot 'n derde fase wat begin met erge morele ongemak omdat hulle nie aan hul eie morele oortuigings kan voldoen nie. Die graad van ongemak word gekoppel aan die graad van professionele verantwoordelikheid wat ervaar word. Dit word ook gekoppel aan die mate waartoe hulle 'n ideale selfbegrip geïnternaliseer het en hul standaarde van wat 'n goeie verpleegkundige behoort te wees nie hierteen opweeg nie. Die vier daaropvolgende fases word gekoppel aan selfbeskerende strategieë. Dit sluit in die vermyding van pasiëntinteraksie, vervreemding van die self, die hantering van verlore ideale en die regverdiging van waardeverandering, wat tot integrasie van 'n hersiene selfbegrip lei.

Howkins en Ewens (1999:41-49) het navorsing gedoen na die wyse waarop Verpleegkundestudente professionele sosialisering beleef. Hulle bevind 'n komplekse proses wat die impak van verpleegonderrig in die spesifieke navorsing toeskryf aan die Verpleegkundestudent se vorige ervaring, die reflektiewe aard van die proses en die oortuigings en waardes wat in die program bevorder word.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente minimaliseer hul eie werksverplichtings as aktiwiteite wat nie op hul vlak hoort nie en wat op swak identifikasie met hul rol en funksie dui deurdar sommige take as "vuilwerk" beskou word.

Respondente beskou hul eie taakverrigting as minder belangrik en dat dit nie op hul vlak behoort nie. In dié verband bespiegel Lindop (1999:972) dat die derdejaar Verpleegkundestudente meer stres ervaar omdat hulle groter insig in die pasiënte se situasie het. Laasgenoemde is vanweë hul uitgebreide kennis van hul rol as verpleegkundiges en as dié van voorspraak vir pasiënte. Dit dra by tot hul stres, sodat hulle sommige terapeutiese tussentredes as benede hul verwagting en standaard ervaar. Hulle wyer kennis lei insgelyks na die herkenning van die teoreties- kliniese gaping wat voorkom.

Stelling 4:

Die progressiewe verlies aan werksbevreëdiging weens frustrasie met die herhaalde taakonderbrekings en die hoë werksverwante stres, gepaard met ontnugtering en swak identifkasje met rolmodelle, dra by tot 'n belemmerde toekomsvisie by die voorgraadse Verpleegkundestudente.

Ontnugtering met die verpleegberoep en werksbevreëdiging asook die rolmodelle wat hulle teëkom, laat 'n gevoel van twyfel by sommige voorgraadse Verpleegkundestudente ontstaan oor hul keuse van beroep. Bezuidenhout (1988:30) bevestig dit en wys daarop dat 73 uit 96 respondente wat aan die betrokke navorsing deelgeneem het, beplan om die opleidings-hospitale te verlaat en in die privaatsektor te gaan werk. Van der Colff (2001:130) bevind soortgelyk dat vanaf die tweede tot vierde jaar eenparige aanduidings deur voorgraadse Verpleegkundestudente gegee word van lae motiveringsvlakke en dat hulle net wil klaarkry met die program. Dit volg ná blootstelling aan die realiteit van die praktyk en die realiteitskok wat dit meebring. Ekstern gemotiveerde persone word daardeur gekenmerk dat hulle min belangstelling in prestasie toon omdat hulle min kontrole oor beloning en prestasie asook negatiewe selfversterking ervaar (Dawson, 1994:11). Dié gedrag dui op 'n duidelike afname aan empatie teenoor pasiënte en in toewyding aan die professie wat sigbaar word namate die program vorder. Sommige voorgraadse Verpleegkundestudente toon 'n gebrekkige toekomsvisie met geen opwinding by die gedagte aan voltydse beroepsbeoefening nie (Van der Colff, 2001:153). Terselfdertyd ervaar dié Verpleegkundestudente moedeloosheid met gestelde doelwitte wat buite hul bereik is. Hulle wil nie meer probeer om dit te bereik of by die instelling waar hulle is, studeer nie en raak laks. Gedurige moegheid, met negatiewe demotivering tot gevolg, dra daartoe by dat ten spyte van 'n behoefte om van hulself te gee, hulle nie meer die krag het om dit te doen nie (Van der Colff, 2001:165-168). Die huidige navorsing bevestig hierdie bevindings.

Troskie (1993:58) wys daarop dat indien werksbevreëdiging ervaar word, die proses van sosialisering verbeter, andersins neig verpleegkundiges om te bedank of selfs die omgewing te verlaat. Bezuidenhout (1982:13) bevind reeds in 1982 in navorsing na die sosialisering van verpleegkundestudente wat die diploma in Verpleegkunde volg, dat ten spyte van die feit dat 68% van die respondente die beroep uit eie keuse beoefen en 14% dit as 'n roeping gekies het, die hele groep 'n probleem ervaar om met die verpleegprofessie te identifiseer. Professionele ontnugtering word ook deur die werksbevreëdiging wat Verpleegkundestudente ervaar,

beïnvloed. In die spesifieke navorsing was 81% ontevrede met eksterne faktore. In volgorde van belangrikheid is dit die hospitaalbeleid en die organisasie daarvan, swak interpersoonlike verhoudings, werksomstandighede weens 'n personeeltekort en lang werksure, salarisse en swak toesig. Die interne faktore sluit in swak erkenning, die aard van die werk self en die groot verantwoordelikheid wat die Verpleegkundestudente moet aanvaar. Hier word spesifiek 'n verband getrek tussen die swak rolmodelskap en die swak geneesheer-verpleegkundige verhoudings. Die belangrikste implikasie van die bevinding was dat 23% van die studente nie met Verpleegkunde wou voortgaan nie, terwyl 45% onseker was oor wat hulle in die toekoms wou doen. Die implikasie hiervan is dat 68% van Verpleegkundestudente nie voldoende gesosialiseer was om die beroep van hul keuse te beoefen nie. Hulle was ook nie bereid om die beroep by ander aan te beveel nie. Van der Colff (2001:101) bevind insgelyks dat die Verpleegkundedosente die voorgraadse Verpleegkundestudente as lewensmoeg en uitgebrand beleef.

Ten opsigte van professionele verpleegkundiges bevind Kaplan *et al.* (1991:5) dat in vergelyking met dertien ander Suid-Afrikaanse professionele beroepe, verpleegkundiges die minste werksbevreëdiging ervaar, maar tog redelik hoog op werksbetrokkenheid vaar. Die redes hiervoor behoort dringend aandag te geniet. Troskie (1993:59) is van mening dat verpleegbestuur moet kennis neem van die feit dat professionele verpleegkundiges bedank indien hulle nie voldoende gesosialiseer word nie en moet dus die noodsaaklike ondersteuningstelsels en werksomgewings voorsien wat tot werksbevreëdiging bydra.

Aspekte van loopbaanbeplanning kom dus hier ter sprake. Marsland (1996:8-10) bevind dat inligting oor aansoeke vir eerste poste aan 79% van die respondente voorsien is, terwyl net meer as die helfte inligting oor beskikbare poste ontvang het en slegs 37% oor die spesialiteitsveld waarin hulle kon werk, aansoeke ontvang het.

4.4 HOOFSTUKSAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het die resultate van die data-ontleding wat uit aksiale kodering bevind is in perspektief geplaas. Die paradigmodel is gebruik om die kategorieë te verbind en te ontwikkel. Die data wat op 'n nuwe wyse georden is, dui die verbande tussen die hoofkategorieë, sub- en verdere kategorieë aan, sodat verhoudingsverklarings en uiteindelik stellings wat hieruit ontwikkel is, die proses van aksiale kodering voltooi. Stellings wat uit die data ontwikkel is, is aan 'n literatuurkontrole onderwerp ten einde die data te bevestig. 'n Verdiepende literatuurstudie is terselfdertyd gedoen om die probleme wat deur die voorgraadse

Verpleegkundestudente ge verbaliseer is en induktief uit die data en literatuurkontrolle afgelei kon word, pro-aktief en remediërend op te los.

Die twee hoofkategorieë wat oor die professionele en persoonlike aspekte van verpleegonderrig handel, is in kategorieë, sub- en verdere kategorieë verdeel word. Die professionele aspekte word in akademiese aspekte en kliniese aspekte verdeel. Die persoonlike aspekte word as hoofkategorie aangedui en dui aspekte van die lewensvaardighede waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudente beskik en die persoonlike begeleiding en ondersteuning wat hulle ervaar, aan. Die literatuurstudie het die meeste van die bevindings van die navorsing wat as stellings aangedui word bevestig, met enkele uitsonderinge wat uniek is aan die navorsing. Sommige probleme blyk van langstaande duur te wees en blyk steeds onopgelos te wees. Ander het weer skynbaar voor die handliggende verwagtings en oplossings vir probleme, wat op aannames en verwagtings berus wat aan die ou bestel van verpleegonderrig gekoppel kon word. Dit het egter oor dekades heen reeds geblyk onuitvoerbaar te wees. 'n Voorbeeld van die onaangeraakte probleme word aangetref in die deurlopende stresvlakke waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente en professionele eenheidsverpleegkundiges blootgestel word. Daarmee saam dra die swak begeleiding en ondersteuning by tot uitbranding, 'n lae moreel, en uiteindelik beroepsverlating. Die verwagtings wat aan professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van onderrig gestel word en aan Verpleegkundedosente om kliniese begeleiding en pasiëntgerigte verpleging te gee, blyk onuitvoerbaar te wees. Dit word verswaar deur die akademiese lading wat met die Verpleegkundedosente se pligte saamgaan. Hierdie verwagtings wat aan die twee genoemde kategorieë personeel deur organisasiebestuur en aan die voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, skep wêreldwyd probleme.

Die bevindings wat uit die data, die literatuurkontrolle en verdiepende literatuurstudie voortspruit, dui daarop dat die voorgraadse Verpleegkundestudente hoofsaaklik negatiewe belewenisse ten opsigte van verpleegonderrig in die akademiese en die kliniese komponente ervaar asook oor hul beroepskeuse en die wyse waarop hul professionalisering plaasvind. Sommige van dié probleme mag toegeskryf word aan die voorgraadse Verpleegkundestudente se onvoldoende lewensvaardighede om die verwagtings en -eise van die program te hanteer. Die wyse waarop die begeleiers en ondersteuners begeleiding en ondersteuning verleen, kom insgelyks ontoereikend voor. Die organisasiestrukture word soortgelyk as belemmerend deur voorgraadse Verpleegkundestudente beleef en behoort volgens die navorsingsbevindings aandag te geniet. Die literatuur bevestig dié bevindings.

Dit blyk dat 'n interafhanklikheid in begeleiding en ondersteuning benodig word. Dit vereis samewerking tussen die organisasiebestuur, Verpleegkundedosente, die kliniese professionele

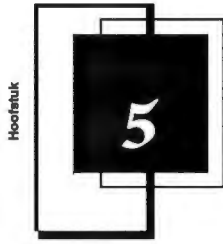
eenheidsverpleegkundiges, die multidissiplinêre spanlede en die voorgraadse Verpleegkundestudente. Probleme wat op die oorbelade, ontoepaslike onderrigprogram met onrealistiese standaarde en rigiede nie-konformerende onderrig dui, word deur die literatuur bevestig. Die disfunksionele kliniese milieu met swak samewerking tussen kollegas en multidissiplinêre spanlede, vooroordeel en diskriminasie, en die vyandige organisasieklimaat en gepaardgaande onvoldoende professionele en persoonlike begeleiding, blyk 'n algemene probleem te wees.

Persoonlike begeleiding word as weglaatbaar deur die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing beskou. Die bevindings uit die literatuur wat hierby aansluit, dui veral op hoë stresvlakke waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente blootgestel word. Dit dui ook die swak wyse waarop veranderingsbestuur en die meegaande kommunikasie plaasvind aan as faktore wat dringend aandag verdien.

Dit blyk dat die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente die kwetsbaarste is en dat die entoesiasme en positiwiteit waarmee hulle die beroep betree, deur korrekte rolmodelskap en individuele begeleiding en ondersteuning behou moet word. Doelgerigte en pro-aktiewe beplanning en implementering van beleid en ondersteuning tydens emosioneelbelade situasies - veral tydens sterwensbegeleiding aan pasiënte - in die vorm van beraadvoering en krisishantering, word indirek deur die voorgraadse Verpleegkundestudente geïmpliseer. Die literatuur bevestig dat bogenoemde benodig word om skokvolwassenheid en uitbranding te voorkom.

Die redes vir die deurlopende angs en stres wat voorgraadse Verpleegkundestudente tydens die eerste drie jaar ervaar, mag soortgelyk verskuild wees en moontlik deel vorm van 'n normale aanpassingsproses wat individue tydens blootstelling aan 'n kultuurverandering - hetsy tydens blootstelling aan organisasiekultuur of aan verskillende kulture van medekollegas - ervaar. Die probleme kan gedeeltelik ondervang word deur voorgraadse Verpleegkundestudente op die realiteitskok voor te berei en veranderingsbestuur voorkomend in die onderrigprogram in te sluit. Die wyse waarop voorgraadse Verpleegkundestudente geprofessionaliseer word, die onderliggende redes daarvoor en die invloed wat dit op die belading van die onderrigprogram het, word verder aangedui. Die verskuilde redes vir die konflik tussen geneeshere en die burokrasie enersyds en professionele verpleegkundiges andersyds, die wyse waarop professionalisering van verpleegkundiges plaasvind en die moontlike wisselwerking tussen die kragte, veroorsaak probleme. Dit strek tot nadeel van die pasiënt. Dit blyk ook uit die literatuurstudie wat die huidige navorsingsbevindings met betrekking tot die konflik tussen die groepe bevestig.

Die gevolgtrekking waartoe gekom word, is dat begeleiding en ondersteuning pro-aktief gerig moet word om probleemsituasies te verminder. Remediërende begeleiding en ondersteuning word in toepaslike situasies benodig. Professionele en persoonlike begeleiding behoort as 'n totaliteit aandag te geniet, met 'n fokus op die totale aansprake van die program. 'n Geïntegreerde poging deur die voorgraadse Verpleegkundestudente self, die rolspelers wat vir die begeleiding en ondersteuning verantwoordelik is, in samewerking met die bestuur van organisasies, moet aangewend word om vereiste programuitkomste van voorgraadse Verpleegkundestudente te bereik.



DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE VOLGENS SELEKTIEWE KODERING ONDERNEEM

5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is aksiale kodering volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:117) onderneem. Met behulp van aksiale kodering is kategorieë volgens die paradigmamodel verbind om soos reeds bespreek in Hoofstuk 4, die *kousale toestande* wat tot die fenomeen aanleiding gee, die *konteks* waarin die aksies of interaksies plaasvind, die *aksies of interaksies* wat tussen individue en groepe plaasvind om 'n fenomeen te bestuur en die *gevolge* wat mense, plekke of dinge mag beïnvloed, aan te dui. Die verhoudingsverklarings tussen die kategorieë is induktief vanuit die data afgelei, geverifieer en as stellings geïnterpreteer, waarna die bevindings deur 'n literatuurkontrole bevestig is. Ten einde moontlike oplossings vir probleme na te speur wat soortgelyk aan die programverwagtings en -eise wat in hierdie navorsing bevind is en wat in verskeie kontekste in verpleging ervaar word, is 'n verdiepende literatuurstudie onderneem. Tydens selektiewe kodering sal 'n verdere selektiewe steekproefneming vanuit die literatuur gedoen word om die kernkategorie wat geïdentifiseer word, te ondersoek. Die basis waarop die teorie tydens selektiewe kodering begrond sal word, is die induktiewe afleidings wat uit die bevindings van aksiale kodering verkry is, die deduktiewe afleidings uit die meegaande literatuurkontrole om die data te bevestig, asook die verdiepende literatuurstudie wat onderneem is. Daarmee saam word die bevindings vanuit die selektiewe steekproefneming vanuit die literatuur gebruik om die potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap te ontwikkel.

Die verskillende kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë wat reeds met betrekking tot hul eienskappe en dimensies asook paradigmatiese verwantskappe ontwikkel is ten einde digtheid en rykheid te verleen, is reeds onder drie hoofkategorieë ingedeel (Hoofstuk 4). Sekere kontekste word aangedui waarin die toestande vanweë die dinamika van die kontekste in die akademiese en kliniese eenhede voortdurend verander. Elk van die hoofkategorieë verteenwoordig dus 'n konteks wat bepaalde programverwagtings en -eise stel vanweë die wisselende toestande wat voorkom. Die voorgraadse Verpleegkundestudente benodig sekere

pro-aktiewe en remediërende begeleiding- en ondersteuningstrategieë om einde professionele en persoonlike groei te ervaar. Die hoofkategorieë wat volgens die paradigmamodel in Hoofstuk 4 ontwikkel is, vorm uiteindelik die subkategorieë wat in analitiese volgorde onder die kernkategorie ingedeel word.

Waarneembare verhoudings ten opsigte van eienskappe en dimensies van die kategorieë begin na vore kom en patrone vorm. 'n Konseptuele beeld van die werklikheid wat uit die data begrond is, word in die vooruitsig gestel, waarna 'n potensieel-visuele model ontwikkel word. Die proses van selektiewe kodering voltooi die begronding van die teorie. Verskeie stappe word tydens selektiewe kodering gevolg, wat nie noodwendig liniêr verloop nie. Dit word slegs ter wille van sistematiek onderskei ten einde die sentrale fenomeen van die navorsing te ontdek, wat die kernkategorie sal vorm. Die proses van selektiewe kodering word vervolgens in perspektief geplaas.

5.2 DIE PROSES VAN SELEKTIEWE KODERING EN DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE

Die begronding van die teorie vind tydens die laaste fase van selektiewe kodering plaas en bestaan uit verskillende stappe. Die proses en die stappe wat gevolg word, word vervolgens uiteengesit.

5.2.1 Inleiding

Die finale integrasie van die teoretiese data deur middel van selektiewe kodering is 'n gekompliseerde proses. Bestaande hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë word deur middel van die paradigmamodel onder die kernkategorie georden. Die integrasie word egter op 'n meer abstrakte vlak van ontleding onderneem as tydens aksiale kodering om die ontwikkeling van die begronde teorie te bewerkstellig.

Die volgende verdere stappe word volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:116-132) aangewend om die sentrale fenomeen van die navorsing, wat die kernkategorie sal vorm, te identifiseer:

- 5.2.2 Die beskrywing van die storie en konseptualisering van die storielyn;
- 5.2.3 die verbinding van subkategorieë aan die kernkategorie deur middel van die paradigmamodel;
- 5.2.4 die verbinding van die kategorieë by dimensionele vlakke;

5.2.5 die validering van verhoudings van kategorieë teenoor die data wat bevind is; en

5.2.6 die groepering en verfyning van kategorieë.

Bogenoemde stappe voltooi die proses van selektiewe kodering waarop die teorie uiteindelik begrond word. Die eerste stap, naamlik die beskrywing en konseptualisering van die storielyn, vind vervolgens plaas.

5.2.2 Stap 1: Die beskrywing van die storie en konseptualisering van die storielyn

Die beskrywing van die storie en konseptualisering van die storielyn volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:119-121) behoort 'n storie van die bevindings van die data te gee. Die storie bestaan uit 'n beskrywende samevatting van die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente binne kontekste wat onder die hoofkategorieë, kategorieë, sub- en verdere kategorieë in Hoofstuk 4 ingedeel is. So word die storie wat ontwikkel het, volledig in konteks geplaas. Die storielyn fokus op die essensie van die storie, sodat die sentrale fenomeen of kernkategorie hieruit duidelik kan word. Die kernkategorie is meer abstrak van aard as die bestaande hoofkategorieë en word benut om die ander hoofkategorieë as die ontwikkelde subkategorieë te orden.

Die storie word vervolgens beskryf, waaruit die storielyn na vore sal kom.

5.2.2.1 DIE BESKRYWING VAN DIE STORIE

Die storie sentreer rondom die persepsies wat die voorgraadse Verpleegkundestudente handhaaf van die verskillende programverwagtings en -eise wat beide professioneel en persoonlik aan hulle gestel word. Die essensie van die bevindings is geïdentifiseer, naamlik die hoofprobleme wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die programverwagtings en -eise beleef het. Dit behels ook die meegaande persepsies wat hulle handhaaf oor die begeleiding en ondersteuning wat op 'n pro-aktiewe en remediërende basis aan hulle verleen word en hoe dit hul professionele en persoonlike groei gefasiliteer of geïnhibeer het. Die wyse waarop bogenoemde veranderlikes hul lewenstyl beïnvloed en die wyse waarop hulle die programverwagtings en -eise - afhangende van hul ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede hanteer - word in perspektief geplaas. Die storie word in spontane afdelings verdeel om die lees van die inhoud te vergemaklik. Enkele persepsies ten opsigte van die storie wat die navorser deduktief uit die data afgelei het, word eerstens inleidend bespreek.

5.2.2.1.1 Inleidende persepsies van die storie

Daar word vervolgens gepoog om die belewensisse wat uit die data voortspruit, te ondersoek en aan die leser 'n oorsigtelike beeld te gee van die navorser se geheelindruk van die bevindings.

Die persepsies van die programverwagtings en -eise van die voorgraadse Verpleegkundestudente wissel sodanig dat twee groepe na vore kom. Dit is naamlik diegene wat ten spyte van die programverwagtings en -eise hul beroepskeuse positief ervaar, teenoor die meerderheid wat hoofsaaklik negatiewe belewensisse verbaliseer. Dit lyk of die belewensisse binne 'n gegewe tydperk van programvordering en hul professionele en persoonlike ervaringsveld geïnterpreteer behoort te word. Die eerste jaar blyk 'n deurslaggewende tydperk te wees wat die voorgraadse Verpleegkundestudente se professionalisering betref. Gedurende dié jaar kan hulle positief óf negatief ten opsigte van hul beroepsosialisering beïnvloed word, afhangende van die begeleiding en ondersteuning wat aan hulle gebied word. Volgens afleidings wat uit die response gemaak word, blyk dit dat die voorgraadse Verpleegkundestudente sonder uitsondering daarna streef om ten alle koste hul program te voltooi. Die redes waarom hulle ten spyte van die beperkende onderrigprogram en die belemmering van hul professionele en persoonlike groei aanhou tot die program voltooi is, blyk verskuild te wees. Daar word weinig tot geen verdere betrokkenheid deur die meerderheidsgroep by die verpleegberoep na voltooiing van die program voorsien nie.

Daar blyk dus oor die algemeen voldoende volharding by albei groepe aanwesig te wees om die program te voltooi. Die verskille is egter geleë in die wyse waarop die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise op 'n deurlopende basis gehanteer word asook in die uitkomst wat ten opsigte van professionele en persoonlike groei bereik word. Dit blyk dat 'n minderheidsgroep voorgraadse Verpleegkundestudente die programverwagtings en -eise as minder problematies ervaar as die meerderheidsgroep wat professionele en persoonlike probleme ervaar om die programverwagtings en -eise te hanteer. Dit is waarskynlik vanweë die feit dat eersgenoemde groep oor voldoende ontwikkelde professionele bekwaamheid beskik, wat aan die tydperk van programvordering en bepaalde ervaring in die akademiese en kliniese komponente van Verpleegkunde gekoppel kan word. Dit blyk verder dat die minderheidsgroep wat oor voldoende ontwikkelde lewensvaardighede - wat nie noodwendig aan 'n bepaalde tydperk van programvordering en ervaring gekoppel kan word nie, soos selfhandhawing en interne lokus van kontrole, positiwiteit behou en aktief aan hul eie vordering deelneem. Ten spyte daarvan dat hulle die programverwagtings en -eise moeilik hanteer, bly die groep by hul eie vordering en die beroep betrokke en wil hulle die leemtes daarin self regstel. Deur verantwoordelikheid vir die ontwikkeling van hul eie professionele bekwaamheid en die

ontwikkeling van persoonlike lewensvaardighede te aanvaar, blyk dit dat dié minderheidsgroep ook meer tevredenheid verbaliseer teenoor alle aspekte van die beroep. Die meerderheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente bly egter deurgaans negatief ingestel, speel 'n passiewe rol in hul eie vordering, terwyl hulle die verantwoordelikheid vir die ontwikkeling van professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede na die akademiese en kliniese begeleiers verplaas. Die afleiding kan gemaak word dat die professionele bekwaamheid en lewensvaardighede waaroor hulle beskik, nie voldoende is om die programverwagtings en -eise te hanteer nie. Daar word dus twee hoofgroepe voorgraadse Verpleegkundestudente onderskei. Hulle het nie alleen verskillende persepsies oor dieselfde beroep en soortgelyke pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning asook organisatoriese hulpbronne nie, maar benut waarskynlik verskillende lewensvaardighede ten einde die programverwagtings en -eise te bestuur. Dit verskil ook ten opsigte van die beroepsbetrokkenheid wat hulle openbaar. Die laaste deel van die program, veral die vierde jaar, word deur 'n groter groep voorgraadse Verpleegkundestudente as meer positief beleef, maar verseker nie die gebrek aan toekomstige betrokkenheid wat deur die minderheidsgroep aangedui word nie. Die rol wat ervaringskennis ten opsigte van die meer positiewe belewenisse in die vierde jaar speel, blyk egter nie voldoende te wees om weerstand teen die beroep te verminder nie. Die meerderheidsgroep, wat aan dieselfde ervaring as die meer positiewe groep blootgestel was, het aan die einde van die program lewensmoeg en sonder belangstelling uit die beroep getree. Die positiewe belewenisse in die vierde jaar kan dus moontlik beskou word as die vooruitsig dat die einde van die program in sig is en hulle die stres as gevolg van meer ervaringskennis en bekendheid met die kliniese situasie beter hanteer.

Dit kom voor of die twee groepe dus die programverwagtings en -eise asook die meegaande pro-aktiewe en remediërende professionele en persoonlike begeleiding en ondersteuning wat deur Verpleegkundedosente en kliniese begeleiers verleen word, verskillend evalueer. Die programuitkomste ten opsigte van hul professionele vordering en veral hul persoonlike groei word in samehang met die ontoereikende organisatoriese strukture, klimaat en hulpbronne oorweeg. Dit bepaal in 'n groot mate die verdere betrokkenheid by verpleging wat hulle as gevolg van hul belewenisse bereid is om te oorweeg. Hierdie keuses kulmineer in 'n bereidheid om medeverantwoordelikheid vir die tekortkomings van die beroep te aanvaar of om as alternatief uit die beroep te beweeg. Dié bevinding behoort as van groot belang beskou te word. Twee hoofkategorieë wat beroepsbetrokkenheid behoort te bevorder, blyk uit die navorsing. Eerstens beïnvloed die persepsies van die begeleiding en ondersteuning wat pro-aktief en remediërend aangebied word, die beroepsbetrokkenheid wat ervaar word. Die ontwikkelde

professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede waaroor hulle reeds beskik, blyk die tweede faktor te wees wat die belewenisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die programverwagtings en -eise en hul voornemens om verdere beroepsbetrokkenheid te toon, wysig of beïnvloed. Die programverwagtings wat die Beroepsraad stel en die onderriginstansies implementeer, word in hierdie navorsing deur die voorgraadse Verpleegkundestudente binne gegewe kontekste voltooi, waarbinne wisselende toestande verdere eise aan hulle stel. Vanuit hierdie kontekste en die wisselende toestande wat voorkom, ontwikkel die eise wat in samehang met die voorgestelde programverwagtings van die Beroepsraad en die onderriginstansies gehanteer of bestuur behoort te word.

Volgens die hantering van die programverwagtings en die gepaardgaande eise blyk dit dat die ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede van die twee groepe voorgraadse Verpleegkundestudente opvallende verskille toon, ongeag die veranderlike van ervaringsleer wat tydens en veral aan die einde van die program 'n rol behoort te speel. Laasgenoemde veranderlike moet egter nie uit die oog verloor word nie, aangesien dit outonome besluitneming vanweë ervaring moontlik maak, wat tot werksbevrediging sal bydra. Dit mag meebring dat voorgraadse Verpleegkundestudente met voldoende lewensvaardighede 'n andersoortige begeleiding en ondersteuning benodig as diegene wat oor minder lewensvaardighede beskik. 'n Uitsondering behoort egter tydens die eerste jaar gemaak te word. Die fokus behoort op rolmodelskap, korrekte werksmetodiek en ondersteuning ten opsigte van die kultuurvreemde omgewing gerig te word ten einde traumatiese situasies waaraan eerstejaar Verpleegkundestudente blootgestel word, te verlig. Die begeleiding en ondersteuning moet as van kardinale belang beskou word vir alle voorgraadse Verpleegkundestudente in die eerste jaar, met slegs enkele uitsonderings wat toegelaat word ten opsigte van reeds bestaande persoonlike lewensvaardighede, aangesien dit die grondslag vir kwaliteitverpleging vorm.

'n Beskrywende storie volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1990:120-122) volg. Die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente, wat hoofsaaklik handel oor die programverwagtings en -eise wat ervaar word, in samehang met die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat deur portuurgroepe, professionele eenheidsverpleegkundiges, lede van die multidissiplinêre span en begeleiers verleen word, word uiteengesit. Die organisasiestrukture en -klimaat asook die probleme wat ervaar word ten opsigte van beskikbare hulpbronne, word in samehang met die voorafgaande bevindings van die data-ontleding in perspektief geplaas. Twee hoofkategorieë word onderskei, naamlik die belewenisse ten opsigte van die *professionele* en die ten opsigte van die *persoonlike*

programverwagtings en -eise in die konteks van verpleegonderrig. Dit word in samehang met die kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë beskryf.

5.2.2.1.2 *Beskrywing van die belewenisse ten opsigte van die professionele programverwagtings en -eise in die konteks van verpleegonderrig*

Die meerderheid voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar die belewenisse rondom *die* professionele aspekte van verpleegonderrig, wat die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise asook die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning in elke konteks insluit, onrealisties en ondoeltreffend. Dié akademiese en kliniese programverwagtings en -eise oefen egter nie 'n homogene invloed op al die voorgraadse Verpleegkundestudente uit nie. Gevolglik verskil die gewenste programuitkomste wat bereik word en wat in ooreenstemming is met dié wat die Beroepsraad en die onderriginstansie stel. Die akademiese programverwagtings en -eise word vervolgens uiteengesit.

(A) DIE AKADEMIESE PROGRAMVERWAGTINGS EN -EISE WAT ERVAAR WORD

Die akademiese programverwagtings en -eise as kategorie wat onder die professionele aspekte van verpleegonderrig ressorteer, word hoofsaaklik negatief ervaar. Daar word vervolgens eerste op die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente gefokus waarna die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat ervaar word, bespreek word.

(i) *Belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die akademiese programverwagtings en -eise wat gestel word*

Dit sentreer rondom die oorbelade onderrigprogram, die ontoepaslike en idealistiese kennisoordrag, die wisselende kontekse en standaarde in die onderskeie jaargange, die onrealistiese slaag- en vorderingsvereistes, die dubbele lading van die akademiese en kliniese komponente en die ontoereikende teoreties-kliniese integrasie wat ervaar word.

Die oorbelade program word as onhanteerbaar beskou en die programverwagtings en -eise word veral in die derde jaar as onredelik ervaar. Dit sluit ontoepaslike leerinhoud in, wat in 'n groot mate nie aan die behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente voldoen om toepaslike verpleging in die gemeenskappe waar die gesondheidsorgdienste gelewer word, te voorsien nie. Daarteenoor word die geringe uitsonderings van toepaslike programinhoud as positief en interessant beleef wanneer hulle dit in die kliniese situasie en in die gemeenskap wat hulle bedien, kan toepas. Dit blyk dat multikulturisme in die onderrigprogram geïgnoreer word en dat 'n meer kultuurgerigte benadering gevolg behoort te word. Die nuwe modelle van

verpleging, soos die primêregesondheidsorgbenadering, behoort ook programinhoud in te sluit wat kliniese praktykvoering op individuele, gesins- en gemeenskapsvlak beklemtoon. Sommige voorgraadse Verpleegkundestudente wil werklik 'n verskil maak in dié eenhede maar verskillende faktore lei daartoe dat stres en isolasie ervaar word. Dié faktore is, soos reeds bespreek, die idealistiese wyse van kennisoordrag waaraan hulle blootgestel word en waaraan moeilik in die realiteit van die kliniese eenhede voldoen kan word, in samehang met die volgehoue onredelike hoë standaarde en wisselende kontekste tussen jaargange. Belewensisse van 'n rigied gestruktureerde eerste en tweede jaar, gevolg deur onhanteerbare volumes leerstof met 'n hoë moeilikheidsgraad in die derde jaar, gee aanleiding tot stres en sosiale isolasie. In samehang met die volgehoue teoretiese en kliniese toets- en eksamendruk, veroorsaak die moeilikheidsgraad wat die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise gesamentlik meebring, dat hul toetsprestasies benadeel word en fisieke en emosionele uitputting ontstaan. Terseldertyd veroorsaak die ontoereikende integrasie tussen die teoretiese en kliniese leerinhoud weens die swak ondersteuning wat professionele eenheidsverpleekkundiges verleen, wat die voorgraadse Verpleegkundestudente hoofsaaklik as werkkragte beskou, dat die geheelbegrip van die leerinhoud verlore gaan. Foutiewe plasing in die kliniese eenhede wat veroorsaak word omdat die voorkennis van die voorgraadse Verpleegkundestudente verontagsaam en hulle aan kliniese spesialiseenhede toegewys word waarvoor hulle nie gereed is nie, dra daartoe by dat hul geïntegreerde verpleegvaardighede verlore gaan. Sodoende kan hulle nie as bekwame praktisyns met selfvertroue werk nie. Die realistiese standaard in die vierde jaar, gepaard met voldoende ervaringskennis, dra egter daartoe by dat hulle mettertyd meer positief oor die beroep voel en die program meer objektief beoordeel. Die meerderheid van die respondente wat aan die navorsing deelgeneem het, het egter ten spyte van die naderende voltooiing van die program en die ervaringskennis waaroor hulle beskik, nie hul sienswyse ten opsigte van toekomstige betrokkenheid by die beroep gewysig nie.

(ii) *Belewensisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die pro-aktiewe en remediërende akademiese begeleiding en ondersteuning wat ervaar word*

Die wisselende begeleidings- en ondersteuningservarings wat in die akademiese konteks beleef word, dra daartoe by dat die belewensisse van voorgraadse Verpleegkundestudente wissel. Positiewe belewensisse word aangedui wanneer Verpleegkundedosente individuele begeleiding verleen, soos 'n ouerfiguur optree en met probleemoplossing behulpzaam is. Die feit dat die individualiteit van Verpleegkundedosente noodwendig hul begeleidingstyl sal wysig, word deur

enkele voorgraadse Verpleegkundestudente erken en dié eiesoortige begeleiding word as uniek en aanvaarbaar beskou. 'n Gevoel van voorwaardelike affek tussen Verpleegkundedosente en -studente kom voor. Dit blyk uit die belewenisse dat ondersteuning en begeleiding dikwels onderhewig is aan die emosionele welstand wat die Verpleegkundedosente op 'n gegewe tydstip ervaar en die bereidheid wat die voorgraadse Verpleegkundestudente tot onderhandeling toon. Terselfdertyd word Verpleegkundedosente wat lae verwagtings stel, as positief beleef, terwyl diegene wat hoë verwagtings stel, meer negatief bejeën word.

Die meerderheid voorgraadse Verpleegkundestudente verbaliseer dat hul dosente hoofsaaklik ontoereikende begeleiding en ondersteuning verleen en dat hulle vanweë laasgenoemde se swak begrip vir die aansprake van die programverwagtings en -eise negatief teenoor die voorgraadse Verpleegkundestudente ingestel is. Die taakgerigte houding van Verpleegkundedosente en hul neiging om slegs 'n onderrigfunksie te wil vervul, dra daartoe by dat hulle nie as hulpbronne beleef word nie. Dié Verpleegkundedosente vorm nie deel van die multidissiplinêre span nie en neem ooreenkomstig nie aan aktiewe verpleging deel nie, sodat swak versoening tussen teoretiese verwagtings en die kliniese realiteit ervaar word. Die Verpleegkundedosente toon insgelyks 'n agterstand ten opsigte van resente praktykvoering en word as swak rolmodelle beleef. Hul onbesikbaarheid en onbereikbaarheid vir konsultasie dra by tot 'n professionele verwydering van voorgraadse Verpleegkundestudente wat veroorsaak dat vrymoedigheid by hulle ontbreek om hul dosente as begeleiers en ondersteuners te benut. Betrokkenheid van akademiese Verpleegkundedosente by onderrig-, administratiewe asook navorsingsverplichtings veroorsaak dat hulle dikwels nie dadelik vir konsultasie beskikbaar is nie. Die ongereelde kommunikasie wat gevolglik ontstaan, word soms as 'n rede aangedui waarom die akademiese prestasie van die voorgraadse Verpleegkundestudente benadeel word. Dit blyk ook dat Verpleegkundedosente en die bestuur van die Skool vir en die departemente van Verpleegkunde soms nie beloftes nakom nie. Andersins beskik Verpleegkundedosente nie oor uitvoerende magte nie en kan hulle soms nie situasies wysig nie. Klagtes wat herhalend gestel word en waarop geen reaksie verkry word nie, ontlok frustrasie en 'n gevoel dat hul versoeke verontagsaam word. Verpleegkundedosente gebruik ook nie die vorderingsverslae vanaf die kliniese eenhede doeltreffend nie, omdat geen of hoofsaaklik negatiewe terugvoering oor werkverwante prestasie gelewer word. Alternatiewelik bespreek hulle nie die inhoud met voorgraadse Verpleegkundestudente nie.

B DIE KLINIESE PROGRAMVERWAGTINGS EN -EISE WAT ERVAAR WORD

Die kliniese programverwagtings en -eise word met enkele uitsonderings as negatief beleef. Die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente en die belewenisse van die meegaande pro-aktiewe begeleiding en ondersteuning wat in die kliniese eenhede gebied word, word vervolgens uiteengesit.

(i) Die belewenisse ten opsigte van die kliniese programverwagtings en -eise wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar

Die meeste ontevredenheid word ervaar ten opsigte van die kliniese programverwagtings en -eise wat die voorgraadse Verpleegkundestudente deurlopend moet hanteer. 'n Voorstel dat geleidelike blootstelling aan die kliniese eenhede plaasvind soortgelyk aan die wyse waarop kliniese leergeleenthede en -ervarings aan byvoorbeeld fisioterapeute toegewys word, word deur die voorgraadse Verpleegkundestudente geverbaliseer. Die traumatiese uitwerking wat ondeurdagte plasings op die psige van die jong en onervare voorgraadse Verpleegkundestudent uitoefen, word veral duidelik wanneer van dié eerstejaars verwag word om sterwensbegeleiding te verleen.

Die negatiewe belewenisse ten opsigte van die professionele aspekte in die kliniese eenhede sentreer hoofsaaklik rondom die disfunksionele organisatoriese eenhede, die vyandige organisasieklimaat, die meegaande ontoereikende organisatoriese strukture en die ondoeltreffende begeleiding en ondersteuning wat ervaar word. Die disfunksionele organisatoriese milieu word deur swak werksomstandighede gekenmerk. 'n Tekort aan toerusting en die deurlopende pogings om apparaat te bekom, word as een van die hoofredes vir tydverkwisting en die beperking van kliniese leerervaring en evaluering aangedui. Die progressiewe toename in pasiëntgetalle en verhoogde morbiditeit weens die MIV/VIGS-pandemie en ander siektes verswaar die werklading. Verder beproef die realiteit van die situasie in die kliniese eenhede voorgraadse Verpleegkundestudente se vermoëns tot die uiterste. Die tydsdruk wat in samehang hiermee ontstaan, kortwiek die ideale werkwyse sodat kwaliteitverpleging ingeboet word. 'n Verdere eienskap van die kliniese eenhede is inkonsekwente praktykbemagtiging. Voorgraadse Verpleegkundestudente beleef dat hulle kundigheidsvlakke verontagsaam word, deurdat laevlaktake wat uit roetinepligte bestaan, aan hulle toegewys word. Die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar 'n gevoel van verontregting wanneer hulle krisissituasies wat wel binne hul vermoëns is, nie mag hanteer nie, sodat die kreatiwiteit waaroor hulle beskik en wat hulle as belangrik beskou, gedemp word. Dié beperkings spruit blykbaar voort uit die vrees wat die professionele eenheidsverpleegkundiges vir foutering ervaar en die probleme wat dit mag

meebring indien hospitaalbestuur hiervan sou kennis neem. Rigiede toepassing van reëls sonder toelating vir wisselende situasies is onderliggend aan die neiging van professionele eenheidsverpleegkundiges om hospitaalbestuur tevrede te stel, waardeur pasiënte dikwels benadeel word. In direkte teenstelling hiermee word gedwonge vroeë verantwoordelikheid waavor voorgraadse Verpleegkundestudente nie die kundigheid besit nie, weens die personeeltekort aan hulle toegewys. Dit versleg die omstandighede waaronder hulle moet werk. Die voorgraadse Verpleegkundestudente word as deel van die programuitkomste voorberei om as outonome praktisyne te funksioneer. Hulle moet verantwoordelikheid vir hul eie praktyk aanvaar, maar word nie by besluitneming betrek nie. Terselfdertyd word paradoksaal van hulle verwag om groot verantwoordelikhede in die kliniese eenhede te aanvaar, maar word as onvolwasse benader. Hulle beleef ook dat hulle as werkers deur die ander kategorieë gesondheidspersoneel uitgebuit word. Gevoelens van verwarring kom voor weens hul onafgebakende praktykbestek en die vae grense wat tussen dissiplines soos Maatskaplike Werk, Fisioterapie en Verpleegkunde bestaan. Hul voortdurende teenwoordigheid by pasiënte dra daartoe by dat hulle nie-verpleegkundige sleurtake moet verrig en as plaasvervaarders paramediese personeel se terapeutiese rolle moet vervul. Dit stel dikwels veeleisende verwagtings aan die voorgraadse Verpleegkundestudente. Vanweë hul onvoldoende kennis om die verantwoordelikhede buite hul kennisveld te hanteer en die oorvleuelende rolverdeling, ontstaan misverstande tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente en paramediese personeel dikwels. Dit lei tot frustrasie onder spanlede. 'n Positiewe respons word egter gevind in die belewenisse dat hulle 'n behoefte aan samewerking met ander dissiplines toon, sodat probleme uitgeklaar en hul program aan ander dissiplines bekend gestel kan word.

Die belewenisse van enkele voorgraadse Verpleegkundestudente dui daarop dat hul studentestatus deur die owerheid verontagsaam word. Enkele geïsoleerde situasies waar disrespek teenoor hulle op ministeriële vlak geverbaliseer is, word aangedui. Die status van voorgraadse Verpleegkundestudente is onuitgeklaar. Die tweërlei beheer deur die Skool vir of departemente van Verpleegkunde in samehang met die geassosieerde hospitale en gemeenskaps-gesondheidsorgdienste waar hulle kliniese leerervarings voltooi, skep probleme ten opsigte van die toepassing van dissipline. As gevolg hiervan ervaar die voorgraadse Verpleegkundestudente vyandigheid en min ondersteuning, wat tot 'n gevoel van onveiligheid en 'n verlies aan geborgenheid lei. Hul uitgebreide terapeutiese rol en funksies word oënskynlik verontagsaam en min ruimte word vir opleidingsbehoefte gelaat, sodat hul professionele en persoonlike groei ingeboet word. Die hooforsaak vir laasgenoemde probleem word toegeskryf aan die onrealistiese werkladings wat dikwels aan hulle toegewys word. Die kliniese eenhede word

verder deur die ontoereikende menslike hulpbrontoewysings en -bestuur gekompliseer, met 'n deurlopende personeeltekort, wat meebring dat hulle hoofsaaklik as werkkragte aangewend word. Slegs die fisieke versorging van pasiënte realiseer, terwyl totaliteitverpleging ingeboet word. Dit lei tot skuldgevoelens, veral omdat van hulle verwag word om die totale mens se verpleging volgens die verpleegproses te onderneem. Akademiese standaarde word nie altyd volgehou nie en hoewel korter stappe gevolg word, is die positiewe belewenis tog dat pasiënte nie hierdeur benadeel word nie. Die stres en uitputting wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, lei tot swak motivering en benadeel hul akademiese prestasie.

Die vyandige organisasieklimaat wat heers, is 'n volgende bydraende faktor wat veroorsaak dat die voorgraadse Verpleegkundestudente die kliniese eenhede met enkele uitsonderings as 'n negatiewe belewenis aandui. Dit word in 'n groot mate deur die professionele onverskilligheid van die professionele eenheidsverpleegkundiges veroorsaak. Vanweë laasgenoemde se gebrek aan deelname aan aktiewe verpleging en swak toesig oor kliniese aktiwiteite, word hulle as onvoldoende rolmodelle ervaar. As gevolg van dié neiging, beleef voorgraadse Verpleegkundestudente hulself as in bevel, deurdat verantwoordelikheid na hulle verplaas word. Gepaard met die verouderde kundigheidsvlakke van professionele eenheidsverpleegkundiges vanweë lang tydperke sedert programvoltooiing en gepaardgaande agterstande ten opsigte van resente verpleegtegnieke en -vaardighede, word dié rolmodelle as swak bronne van kennis en kundigheid in die kliniese eenhede beleef. Uit hul optrede lyk dit of die professionele eenheidsverpleegkundiges wat as permanente personeel werk, nie regtig hul beroep wil beoefen nie. Hulle openbaar 'n lae moreel, gekenmerk deur min werksbevrediging en stagnering. 'n Volgende aspek wat vyandigheid bevorder, is dat die hospitaalbestuur skynbaar beroepskategorisering bevorder deur statusverskille aan sekere groepe personeel toe te dig. Kentekens word gedra, wat met die gepaardgaande vooropgesette idees oor elke groep 'n kunsmatige skeiding skep en konflik tussen groepe veroorsaak. Die belewenis van vyandigheid vind ook inslag in die destruktiewe dissipline wat professionele eenheidsverpleegkundiges toepas. Misbruik van mag het skynbaar by hulle 'n gewoonte geword, soos blyk uit die vernederende interaksies met en aggressie teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente voor pasiënte in 'n poging om dissipline te handhaaf. Objektiewe tydsberamings deur voorgraadse Verpleegkundestudente ten einde die onrealistiese werklading te beheer, word as onwilligheid beskou. Dit versteur die vertrouensverhouding en vestig swak verhoudings tussen lede van die verpleegspan. Die voorgraadse Verpleegkundestudente moet hoë werkladings hanteer vanweë die beweerde verkorte ure wat hulle werk. Hulle beskou hulself as "bargains" omdat hulle as werkkragte uitgebuit word en geen tyd vir inoefening van noodsaaklike terapeutiese vaar-

dighede gebied word nie. Indien hulle nie in staat is om die onrealistiese werklading weens tydsdruk te hanteer nie, word die vorderingsverslae as tugmiddel gebruik. In stede daarvan dat evalueringinstrumente op die programvordering van die voorgraadse Verpleegkundestudente fokus, word hul onvermoë om aan onrealistiese verwagtings te voldoen, as leemtes beskou. Dit laat hulle blootgestel en bedreig voel. Terselfdertyd word vooroordeel en diskriminasie, wat as 'n volgende eienskap van die vyandige organisasieklimaat uitgewys word, teen voorgraadse Verpleegkundestudente geverbaliseer, weens verskeie redes. Dié studente beleef dat daar onreg teenoor hulle gepleeg word deur hulle onder meer vir die swak organisasie in die kliniese eenhede verantwoordelik te hou. Die gevolg is dat frustrasie en verset opbou. Die stereotipering wat hulle beleef vanweë vooropgesette idees oor wie presteerders is en wie nie, lei tot mismoedigheid en 'n verlies aan prestasie-motivering. Redusering van hul rol en funksie word ook aangedui omdat voorkeur aan multidisiplinêre spanlede soos fisioterapeute se opleidingsbehoefte gegee word, terwyl die Verpleegkundestudente hoofsaaklik as werkkragte beskou word. Hierdeur ontstaan 'n gevoel van hartseer dat professionele verpleegkundiges so min waarde aan hul eie beroep kan heg. Die beweerde houdingsprobleme wat die voorgraadse Verpleegkundestudente volgens die mening van die professionele eenheidsverpleegkundiges openbaar, bring hulle ook in konflik met die studente wat die diploma in Verpleegkunde volg. Die beleid van deurlopende personeelrotasie skep insgelyks konflik, deurdat permanente personeel in kliniese eenhede die roterende personeel met minder ervaringskennis van die bepaalde eenhede met ongeduld beskou en as "dom" bestempel.

Die organisasieklimaat word as vyandig beskou weens die wisselende kontekste van interdisiplinêre samewerking tussen die kategorieë verpleegkundiges, geneeshere en ander lede van die multidisiplinêre span. Die ortopediese satelietkampus by die Pretoria Akademiese Hospitaal en die Sterkfontein Psigiatrisiese Hospitaal word uitgesonder vanweë die goeie begeleiding en ondersteuning wat daar verleen word en die spanbenadering wat gevolg word. Dié bydraes lei tot beroepsvervulling. Die groepsamewerking en -integrasie van spanlede waar alle rolspelers deelneem, bevoordeel op sy beurt die pasiënte. Hierteenoor skep die kampvegterij en dislojaliteit tussen die multidisiplinêre spanlede by die res van die akademiese hospitale 'n probleem. Mededinging en professionele afguns vanweë verwagtings dat individue moet presteer, bring mee dat individuele prestasie en eie eer vir genesing van pasiënte bo spangees gestel word en pasiënte benadeel word. Daar heers egter nie noodwendig persoonlike konflik tussen lede nie en hulle handhaaf oënskynlik goeie verhoudings met mekaar. Die voorgraadse Verpleegkundestudente beleef tog vanaf die eerste jaar dat hulle uitgesluit word. Dit lei daartoe dat hulle aanvanklik vrees vir die spanlede ervaar, wat deur min

deelname aan die spanpoging gekenmerk word. Die spanlede word as ontoeganklik beleef en as gevolg van dié rolmiskening, ontstaan 'n gevoel van nutteloosheid en verlies aan eiewaarde. Dit word vergesel van 'n persepsie dat almal hulle as "dom" beleef. Geleidelike verset teen dié rolmiskening, wat hulle ten alle koste wil vervul, veroorsaak mettertyd konflik tussen die mediese studente, paramediese personeel en voorgraadse Verpleegkundestudente, omdat laasgenoemde veronreg voel. Sommige is egter bereid tot selfhandhawing teen die mediese studente en geneeshere, sodat hul eie take nie benadeel word nie.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente beleef die interorganisasoriese strukture as ontoereikend weens die swak kommunikasie wat tussen die Skool vir, die departemente van Verpleegkunde en die geassosieerde hospitale en gemeenskapsgesondheidsorgdienste aangetref word. Daar blyk oor die algemeen swak konsultasie oor professionele aspekte te wees en die versending van vorderingsverslae wat agterweë bly, word beklemtoon. Voorgraadse Verpleegkundestudente wat goeie verpleging ten doel stel, ervaar ontevredenheid wanneer hulle werkverwante prestasie verontagsaam word. Wedersydse blaamverplasing tussen die organisasies kom voor wanneer probleme ontstaan, sodat laasgenoemde onopgelos bly en gevoelens van ongeborgenheid en gebrek aan sekuriteit by voorgraadse Verpleegkundestudente voorkom.

(ii) Die pro-aktiewe en remediërende kliniese begeleiding en ondersteuning wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar

Die ontoereikende begeleiding en ondersteuning word in die kliniese eenhede voortgesit en word soortgelyk aan dié in die akademiese situasie met negatieweiteit bejeën, aangesien die stresvlakke van die voorgraadse Verpleegkundestudente hier as baie hoër ervaar word. Begeleiding en ondersteuning word as van kardinale belang in die eerste jaar beskou, aangesien alle voorgraadse Verpleegkundestudente positief, met ambisie om te presteer en beroepsvervulling te ervaar, tot die beroep toetree. Hulle het dus erkenning en stimulering nodig om entoesiasme vir die beroep te behou. Dié eerstejaars wil ook iemand met kennis, wat die korrekte werksmetodiek en optredes openbaar, navolg. Insteede van om aan verwagtings te voldoen sodat die gewenste begeleiding en ondersteuning verleen kan word, word die professionele eenheidsverpleegkundiges as onwillig en onbeskikbaar vir begeleiding beleef. Die onwilligheid blyk uit die indruk wat geskep word dat hulle nie vrywillig hulp aanbied nie of indien dit gevra word, realiseer dit nie. Professionele eenheidsverpleegkundiges as veronderstelde rolmodelle, raak nie betrokke by die verpleging van pasiënte nie. Dit blyk ook dat die

voorgaardse Verpleegkundestudente se onderrig- en kliniese behoeftes gering geskat of verontagsaam word.

Professionele verpleegkundiges behoort ware rolmodelle te wees. Daar blyk konsensus te wees dat rolmodelskap veral die eerstejaars se professionele ontwikkeling en persoonlike groei op 'n kontinue wyse beïnvloed en hul sosialisering sodanig rig dat 'n positiewe of negatiewe gesindheid tot die beroep kan ontwikkel. Rolmodelle bepaal ook grootliks die klimaat van omgee vir kollegas en pasiënte se behoeftes, wat in die huidige navorsing beleef word asof daar 'n verontagsaming hiervan voorkom. Enkele rolmodelle bestaan wel wat hul werk uitvoer soos dit gedoen moet word en almal ken hulle dan. 'n Positiewe rolmodel dra ook 'n beter beeld van beroepstatus na buite en verhoog die onderrigehalte, pasiëntsorg en verbeter interpersoonlike verhoudings. Die res van die rolmodelle word as nie-navolgenswaardig of selfs "pateties" beskou vanweë hul ontoereikende kennis en vaardighede en die verwarrende werksmetodiek wat gevolg word. Laasgenoemde verskil tussen kliniese eenhede en die onderriginstansies. Die foutiewe werkswyses wat so aangeleer word en die beperkte vakkennis wat geopenbaar word, belemmer voorgaardse Verpleegkundestudente se prestasie in die kliniese eksamens. Positiewe omgee vir pasiënte en kollegas ontbreek vanweë die verontagsaming van hul behoeftes om as eenheidswesens behandel te word. Die mening word uitgespreek dat indien die rolmodelle vir kollegas omgee, hulle ook vir pasiënte sal omgee. Die implikasies van omgee as die kernbegrip wat verpleging onderlê, benodig dus uitklaring.

Ondersteuning vanaf die multidissiplinêre span en ander rolspelers wissel tussen belewenisse van ambivalente ondersteuning deur geneeshere tot doeltreffende ondersteuning deur portuurgroepe. Indien geneeshere onbekend is met die program, staan hulle onverskillig teenoor voorgaardse Verpleegkundestudente en wys laevlaktake aan hulle toe. As gevolg van hul onvermoë om hulself te handhaaf, beleef voorgaardse Verpleegkundestudente hulself as persone wat geneeshere en mediese studente moet bedien en van wie hulle gedurig taakonderbrekings moet verduur. Die positiewe aanduidings is dat die voorgaardse Verpleegkundestudente goeie samewerking verkry wanneer geneeshere met die program bekend is. 'n Veranderende houding teenoor geneeshere word aangedui deurdat konflik op 'n volwasse wyse gehanteer word. Die voorgaardse Verpleegkundestudente handhaaf hulself ten spyte van moontlike konflik, sodat alle take nie geredelik aanvaar word nie. Die program benodig bekendstelling sodat beter begrip vir die diversiteit van voorgaardse Verpleegkundestudente se rol en funksies verkry kan word. Die begeleiding en ondersteuning van predikante en sielkundiges word as voorwaardelik beskikbaar beskou, aangesien die afspraakstelsel noodwendig 'n wagperiode noodsaak. Vertragings in die reël van afspraak verhinder dat

voorgaadsse Verpleegkundestudente wat onmiddellik ondersteuning benodig, dit kry, sodat dié lede van die multidissiplinêre span nie geredelik as ondersteuners beskou word nie. Die paramediese personeel word as uitsluitend en antagonisties beleef omdat teenkating en onwilligheid ervaar word om voorgaadsse Verpleegkundestudente as spanlede te erken. Laasgenoemde beweer dat hulle “uitgetrap word” dat hulle veral op die maatskaplike werker se terrein oortree, sodat hulle nie weet waar om grense tussen die twee beroepe te trek nie.

Verdere ondersteuning deur vriende en ouers word nie met veel positiwiteit bejeën nie, terwyl ondersteuning deur vriende as sporadies beleef word. Veral mansvriende bied nie genoeg begrip en ondersteuning nie en hoewel daar waardering vir mansvriende is wat die program verstaan, kom dit as uitsondering voor. Ongeloof oor die omvang van die voorgaadsse Verpleegkundestudente se rol en funksies word deur vriende uitgespreek. Daar blyk oor die algemeen 'n wanindruk van die programverwagtings en -eise asook die moeilikheidsgraad daarvan te bestaan. Ten spyte van die positiwiteit van reaksies by vriende wanneer die program bekend gestel word, bly ondersteuning ontoereikend. Vriendekringe verskraal tot medestudente in Verpleegkunde wat die eise verstaan. Ouers verleen hoofsaaklik misplaaste ondersteuning, aangesien hulle nie regtig hoor wat hulle kinders probeer sê nie en neig tot ongevraagde raadgeving. Die gevolg is dat voorgaadsse Verpleegkundestudente nie hul probleme met hul ouers wil bespreek nie. As gevolg van die traumatiese ervarings wat die voorgaadsse Verpleegkundestudente beleef - wat dikwels geweld deur pasiënte insluit - beskerm hulle hul ouers teen dié inligting. Dit laat hulle voel of hulle deurentyd aan diens is.

Belewensse rondom portuurgroepe se ondersteuning blyk hoofsaaklik positief te wees. Hulle deurlopende teenwoordigheid en inherente kennis van die beroep maak portuurgroepe goeie ondersteuners, aangesien hulle insig in situasies toon en die onderskeie aspekte in perspektief kan plaas. Hulle bemoedig en toon empatie met mekaar wanneer emosionele bystand verlang word. Portuurgroepe beskik ook oor goeie probleemoplossingsvaardighede en respekteer mekaar se leefwyse, sodat hulle nie inbreuk maak op mekaar se tyd nie. Vriendekringe ontwikkel vanuit portuurgroepe en as gevolg van die deurlopende beskikbaarheid vir ondersteuning, beïnvloed hulle mekaar op 'n positiewe of negatiewe wyse. Laasgenoemde aspek is dikwels nie bevorderlik vir hul eie professionele en persoonlike groei nie.

5.2.2.1.3 *Beskrywing van die belewensisse ten opsigte van persoonlike programverwagtings en -eise in die konteks van verpleegonderrig*

Die hoofkategorie van belewensisse hou verband met die programverwagtings en -eise wat aan die persoonlike lewensvaardighede van die voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word en wat met hul persoonlike groei verband hou.

(A) DIE PERSOONLIKE PROGRAMVERWAGTINGS EN -EISE WAT ERVAAR WORD

Daar is algemene konsensus onder die respondente dat die persoonlike programverwagtings en -eise as traumaties beleef word. Die belewensisse en die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat beleef word, word vervolgens beskryf.

(i) *Die belewensisse van voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die persoonlike programverwagtings en -eise wat ervaar word*

Daar word geverbaliseer dat veral emosioneelbelaaide situasies as traumaties ervaar word. Gevoelens van skokvolwassenheid word ervaar wanneer die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente onmiddellik na hulle met die program begin het, met die dood van pasiënte gekonfronteer word. Vanweë hul min ervaringskennis en persoonlike lewensvaardighede in sterwensbegeleiding, word dié aspek as traumaties ervaar. Die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente verstaan nie hul eie belewensisse oor die bystand wat hulle verleen nie en aanvaar persoonlike verantwoordelikheid indien 'n pasiënt sterf.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente bereik noodwendig vroeër volwassenheid as ander studente en die gevoelens wat hieroor geverbaliseer word, is meestal ambivalent van aard. Die helfte van die klas is reeds in die vierde jaar getroud en hulle voel verplig om vele rolle vol te staan, slaag bo verwagting daarin en is verbaas dat hulle dit regkry. 'n Belewens dat emosionele stres hul totale leefruimte deurdring, wat tot inperking en verenging van hul lewe lei, dra daartoe by dat die psigiese impak erger as die fisiese aansprake beleef word. Totale isolasie weens werksbetrokkenheid word afgedwing. Die eerste drie jaar word moeilik gehanteer deur die meerderheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente. 'n Gevoel bestaan dat niemand hulle verstaan nie, sodat hulle dikwels oorweeg om die program te staak. Hulle ruim nie tyd in om oor hul gevoelens te reflekteer nie, sodat emosionele uitbarstings tydens onbewaakte oomblikke voorkom, met nadelige gevolge vir die pasiënte op wie hulle verkeerdelik hul opgekropte emosies uithaal.

Persoonlike lewensvaardighede blyk veral 'n verskil te maak tussen die wyse waarop die voorgraadse Verpleegkundestudente die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise hanteer. Benewens kognitiewe vaardighede speel nie-kognitiewe en konatiewe veranderlikes 'n rol. Ten opsigte van die verskil tussen persoonlike lewensvaardighede word twee uiteenlopende groepe aangedui. Dit is naamlik diegene wat 'n interne lokus van kontrole toon, in teenstelling met diegene wat 'n eksterne lokus van kontrole openbaar. Dit mag moontlik lig werp op die verskillende wyses waarop hulle bereid is om met die beroep te identifiseer en die programverwagtings en -eise te hanteer. Diegene wat 'n eksterne lokus van kontrole openbaar, handhaaf oënskynlik 'n swak selfbegrip en neig tot swak identifikasie met hul rol en funksie. Hulle minimaliseer hul eie werk en beskou sommige take as “vuilwerk” wat nie op hul vlak tuishoort nie. Hulle evalueer en neem dikwels nie verantwoordelikheid vir hul eie gedrag nie en beskuldig Verpleegkundedosente daarvan dat laasgenoemde se verwagtings onredelik is. Hulle beskou hulself as slagoffers vir wie min ruimte vir eie beslissingsvermoë gelaat word. Hierdie groep benodig erkenning en aanprysing ten einde goed te voel oor hulself, terwyl negatiewe terugvoering oor hul werk tot selftwyfel lei. 'n Gevoel van swaarkry, soortgelyk aan die in die weermag, is inherent in die program verweef.

Wisselende kontekste van arbeidsvreugde en beroepsidentifikasie kom by voorgraadse Verpleegkundestudente voor. Die minderheidsgroep met 'n klaarblyklike interne lokus van kontrole wil graag 'n verskil maak ten opsigte van die leemtes in die verpleegberoep. Hulle wil verantwoordelikheid aanvaar vir hul lewenskeuses asook die swak profiel wat verpleging geniet. Dit lei tot volharding in die geval van terugslae en teleurstellings. Hulle verbaliseer dat hulle hul eie beslissings wil maak en dat hulle “sal sink” as hulle na ander moet luister. Ervaringsleer word hoog geag, aangesien dit tot outonome optrede lei, wat weer eens op individuele besluitnemingsvermoëns dui. Dit is ook vir dié voorgraadse Verpleegkundestudente 'n voorreg om as voorspraak vir pasiënte op te tree. Insteede van ontnugtering met die beroep, verbaliseer hulle dat verpleegpersoneel self verantwoordelik is vir hul swak profiel. Hulle beskou hulself insgelyks as leergierig en as individue wat oor kritiese denkvermoë beskik. Terselfdertyd toon hulle insig in die probleme wat Verpleegkundedosente en professionele eenheidsverpleegkundiges ervaar. Dit stel hulle in staat om te besef dat voorgraadse Verpleegkundestudente probleme vinnig gewysig wil hê. Dié groep is egter bereid om onredelike taakverwagtings teen te staan en hulself teen diegene wat dit delegeer, te handhaaf. Hulle bevraagteken rigiede riglyne en reëls wat nie begrond kan word nie en dring daarop aan dat hul kritiese denkvermoë, wat as 'n vereiste vir universiteitsonderrig gestel word, erken word.

Die groep met skynbaar minder doeltreffende lewensvaardighede, ervaar 'n progressiewe verlies aan werksbevreëdiging asook frustrasie met die herhaalde taakonderbrekings. Werkverwante stres kom dus voor. Ontnugtering met rolmodelle lei tot swak identifikasie met 'n beroep waarin hulle beleef dat hulle emosioneel leër raak namate die program vorder en geleidelik persoonlik verarm. Die groep verwag ook die onmoontlike van hulself en poog om ten alle tye totaliteitsorg te verleen, ongeag die tydsdruk en stressors wat hulle beleef. Wanneer dit nie realiseer nie, beleef hulle skuldgevoelens. Voorgraadse Verpleegkundestudente vrees dat hulle as negatief beskou sal word wanneer hulle hul belewenisse verbaliseer. Hulle pogings om 'n selfgeskepte oase in hulself te vind, skyn 'n illusie te wees namate hulle probeer om persoonlike vreugde uit verpleging te put. Lae lewensbevreëdiging word gekenmerk deur swaarkry wat hulle van alle krag dreineer, aangesien werk en toetse hulle deurlopend beperk en hulle skade in hul persoonlike groei ervaar. Dit spruit ook voort uit die swak selfbeleving wat hierdie groep ervaar vanweë die professionele etiek wat hulle handhaaf en die indruk wat bestaan dat hulle ten alle tye 'n "staalvrou" moet wees. Indien hulle wel emosies wys, word hulle aangeraai om 'n psigiater te gaan spreek, aangesien hulle blykbaar nie hul emosies kan hanteer nie. Dié reaksie lok verontwaardiging uit. As 'n laaste uitweg ontvlug hulle emosioneel uit die beroep deur beroepsverwante kommunikasie te ontwyk en nie na kollegas se standpunte te wil luister nie.

(i) *Belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning tot persoonlike groei wat hulle ervaar*

Namate die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaringsleer opdoen en 'n billike jaarprogram in die vierde jaar gevolg word, word die spanning en die uitbranding - selfs in die groep wat oor minder lewensvaardighede beskik - in 'n mate verminder. Dit vergoed egter nie vir die gevoel van persoonlike verlies wat hulle ervaar omdat hulle in vroeë volwassenheid geforseer word en so negatiewe persoonlike groei ervaar nie. Die algemene konsensus by beide hierdie groepe dui daarop dat doeltreffende begeleiding en ondersteuning in feitlik alles wat met professionele en persoonlike groei verband hou, ontbreek. Diegene wat die program oënskynlik as positief beleef, waardeer selfs die swak begeleiding, ondersteuning en toesig wat hulle te beurt val. Dit stel hulle in staat om uiting aan hul behoefte aan outonomie, kreatiewe denke en kritiese ingesteldheid te gee, sonder dat hulle aan 'n professionele eenheidsverpleegkundige hoef te rapporteer. Hierdie belewenis dui op die neiging van bestuur en begeleiers om ontoepaslike beheer en dissipline toe te pas.

Diegene wat die program negatief beleef, skryf hul spanning en frustrasie en selfs negatiewe persoonlike groei toe aan onvoldoende begeleiding en ondersteuning en die fragmentasie in die onderrig- en kliniese milieu. Die probleme wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, ontstaan weens verskeie probleme soos onder meer die realiteitskok, wat pro-aktief ondervang kon word, sodat die traumatiese ervarings wat hulle beleef in 'n groot mate onnodig is. Terselfdertyd dui die deurlopende probleme aan dat die ondoeltreffende lewensvaardighede om die stresvolle situasies te hanteer, nie remediërend aandag kry nie, sodat persoonlike groei volgens die verwagte programuitkomste nie realiseer nie. Die meerderheid voorgraadse Verpleegkundestudente bly negatief teenoor hul beroepskeuse ingestel en ervaar 'n gevoel van vervreemding wat hulle sal aanspoor om die akademiese hospitale en selfs die beroep te verlaat. Die groep met voldoende ontwikkelde lewensvaardighede vir die tydperk van programvordering daarenteen, behou beroepsidentifikasie en wil bestaande probleme probeer herstel.

Die storie blyk deurlopend op die leemtes te fokus, aangesien die Verpleegkundedosente en professionele eenheidsverpleegkundiges wat in beide akademiese en kliniese situasies begeleiding en ondersteuning lewer, blykbaar 'n onvermoë toon om doeltreffende professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente te fasiliteer. Laasgenoemde groep beleef dit asof niemand hulle verstaan nie en veral die swak prestasies in die kliniese eksamen as gevolg van stres lei tot ontevredenheid. Te midde van al die probleme en stres wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, word min geleentheid vir reflektoring van hul belewenisse en vir krisisondersteuning gebied. Slegs enkele van die voorgraadse Verpleegkundestudente beskik oor voldoende ontwikkelde persoonlike lewensvaardighede wat hulle in staat stel om positiewe ervarings ten spyte van die swak begeleiding en ondersteuning te verbaliseer. Hulle toon positiewe belewenisse oor hul beroepskeuse, hul selfbelewenis is positief, en hulle beskik terselfdertyd oor hoë selfhandhawing. Daar word egter steeds 'n behoefte by laasgenoemde groep aan begeleiding en ondersteuning ervaar. Hulle ervaar 'n gevoel dat hulle volwassewording deur die voortdurende akademiese en kliniese programverwagtings en -eise negatief beïnvloed word. Daar behoort egter nie prosesmatige begeleiding en ondersteuning toegepas te word nie, maar spesifiek op die individuele behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente gefokus te word ten einde persoonlike lewensvaardighede volgens die programuitkomste te fasiliteer.

Bogenoemde storie word in die verdere fase analities vertel sodat die storielyn kortliks in perspektief geplaas word.

5.2.2.2 DIE KONSEPTUALISERING VAN DIE STORIELYN

Die essensie van die storielyn word eerste vasgestel, waarna die konseptualisering van die storielyn onderneem word.

5.2.2.2.1 *Die vasstelling van die essensie van die storielyn*

Die storielyn handel oor die wyse waarop die voorgraadse Verpleegkundestudente wat die vierjarige B.Cur.-graad volg, die programverwagtings en -eise van beide die professionele en persoonlike aspekte van verpleegonderrig hanteer of bestuur. Alle voorgraadse Verpleegkundestudente wat aan die navorsing deelgeneem het, poog om die program binne die voorgeskrewe tydperk te voltooi. Daar is 'n aanvanklike behoefte aan sinbeleving in hul beroep en die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente sien blykbaar uit daarna om die gewenste professionele en persoonlike uitkomst suksesvol te bereik. Hulle tree optimisties, idealisties en met 'n goeie diensmotief tot die beroep toe. Die voorgraadse Verpleegkundestudente verskil egter in die wyse waarop hulle die verloop van die program hanteer. Met verloop van tyd kom negatiewe, 'n verlies aan toekomsvisie en die bereidheid om na afloop van die program met die beroep te identifiseer en betrokkenheid te behou, voor. Die belangrikste twee veranderlikes wat uit die belewenisse van die respondente blyk en wat suksesvolle voltooiing van die program voorspel, asook die mate van persoonlike en professionele groei wat ervaar word bepaal, blyk die volgende te wees, naamlik:

- Die ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudente op 'n gegewe tyd volgens programvordering beskik en die ontwikkelende professionele en persoonlike vaardighede wat nagestreef word; en
- die meegaande pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat akademiese en kliniese Verpleegkundedosente, professionele eenheidsverpleegkundiges, die multidissiplinêre spanlede en portuurgroepe in samehang met die hulpbronne wat in die organisasie beskikbaar is, bied.

Die meerderheidsgroep van die voorgraadse Verpleegkundestudente in hierdie navorsing beskik oor onvoldoende ontwikkelde professionele bekwaamhede en persoonlike lewensvaardighede vir die tydperk van die programvordering en streef oënskynlik nie verdere ontwikkeling na nie. Hulle word dus nie in staat gestel om die programverwagtings en -eise sodanig te hanteer dat hulle optimale professionele en persoonlike groei kan ervaar nie. Die

teenoorgestelde word bereik, deurdat hulle 'n negatiewe belewenis ten opsigte van die genoemde twee aspekte verbaliseer. Dit dui daarop dat programkongruente uitkomst nie bereik word nie. Hierdie groep doen skynbaar afstand van hul verantwoordelikheid en neem 'n passiewe houding teenoor hul eie professionele en persoonlike groei in, wat hulle deurlopend benadeel. Hulle toon uitbranding en lewensmoegheid aan die einde van die program, ontspoor deur 'n onderrig- en gesondheidsorgdiensleweringstelsel wat kwaliteitverpleging en verdere betrokkenheid in die verpleegberoep onmoontlik maak. Die minderheidsgroep beskik oënskynlik oor voldoende ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede vir die tydperk van programontwikkeling, sodat hulle ten spyte van dieselfde kontekste en omstandighede waaraan hulle blootgestel is, in so 'n mate positief bly dat hulle die leemtes in die beroep self wil regstel. Hulle bly redelik in beheer van hul leer- en lewenservarings en wil 'n verskil maak deur self verantwoordelikheid te aanvaar vir die wyse waarop hul professionele en persoonlike groei plaasvind. Daar is egter die belewenis dat hulle sinvolle begeleiding en ondersteuning sou waardeer.

Die afleiding wat uit die storie gemaak word, is dat die hantering en bestuur van die programverwagtings en -eise dus nie eensydig as die verantwoordelikheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente beskou behoort te word nie, maar dat hulle volwaardige vennote met die begeleiers en ondersteuners in die proses moet wees. Dit is duidelik dat die professionele en persoonlike groei van voorgraadse Verpleegkundestudente deur middel van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuningstrategieë onderneem moet word, aangesien dit die belangrikste veranderlike is wat uit die bevindings blyk. Gestruktureerde en ongestruktureerde begeleidings- en ondersteuningsprogramme behoort deur die akademiese Verpleegkundes dosente en bestuur van die onderriginstansie in oorhoofse beheer beplan te word. Dit moet interafhanklik onderneem word met die voorgraadse Verpleegkundestudente, akademiese Verpleegkundes dosente, bestuur van die onderriginstansies, kliniese diensbestuurders, professionele eenheidsverpleegkundiges, multidissiplinêre spanlede van die betrokke gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en ander belanghebbendes wat gesamentlik die ondersteuners en begeleiers sal wees. Die kerngedagte wat dus geverbaliseer word, is dat daar 'n fokus op die begeleiding en ondersteuning van die voorgraadse Verpleegkundestudent geplaas word.

5.2.2.2 Die konseptualisering van die storielyn en benoeming van die sentrale fenomeen

Na aanleiding van die beskrywing van die storie in 5.2.2.1 en die storielyn wat in 5.2.2.2.1 vasgestel is, word daar tydens hierdie fase na die konseptualisering van die storielyn beweeg. Dit impliseer 'n analitiese vertolking van die hoofveranderlikes wat uit die data blyk. Die sentrale fenomeen wat oor voldoende abstraktheid beskik sodat dit die hoofveranderlikes wat belangrik is en wat induktief en deduktief alles wat van die storie en die storielyn afgelei is omsluit, word tydens hierdie fase ontwikkel (Strauss & Corbin, 1990:120-121). Aangesien daar op pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning gefokus word en die idee van interafhanklikheid tussen voorgraadse Verpleegkundestudente en -dosente mettertyd gemanifesteer het, word nie een van die vorige hoofkategorieë as omvattend genoeg beskou om as 'n kernkategorie te benoem nie. Die hoofidee van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning en die aard en wyse waarop dit onderneem behoort te word, word deduktief uit die bevindings afgelei. Die konseptualisering van die storielyn word vervolgens na aanleiding van Strauss en Corbin (1990:120-121) se riglyne onderneem deur die sentrale fenomeen 'n naam te gee. Die enigste vereiste wat aan die kernkategorie gestel word, is dat die konseptuele benaming moet pas by die storie wat vertel word.

Die lys van bestaande kategorieë behoort dus oorweeg te word ten einde die toepaslikheid te oorweeg. Die benoeming van die sentrale fenomeen word soos volg onderneem.

(A) BENOEMING VAN DIE SENTRALE FENOMEEN OF KERNKATEGORIE

Die veranderlikes wat dus in hierdie navorsing van belang is, sentreer rondom die beheer oor en bestuur van die programverwagtings en -eise wat deur die voorgraadse Verpleegkundestudente, hul begeleiers en ondersteuners, interafhanklik binne die onderrig- en gesondheidsorgdienslewingsorganisasies, onderneem behoort te word. Ten einde die konsep *interafhanklikheid* te inkorporeer, behoort bogenoemde rolspelers met behulp van deurlopende samewerking die pro-aktiewe en remediërende wyse van begeleiding en ondersteuning op 'n volgehoue basis te onderneem. Hierdie interafhanklike benadering dra daartoe by dat die voorgraadse Verpleegkundestudente bepaalde behoeftes kan identifiseer ten opsigte van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat hulle moet hanteer. Die akademiese en kliniese begeleiding en ondersteuning wat gefasiliteer moet word, sal noodwendig die begeleiers en ondersteuners betrek, aangesien hulle só op die hoogte bly van resente onderrig- en kliniese vereistes. Gevolglik sal hulle die meegaande vaardighede om die voorgraadse Verpleegkundestudente te begelei en te ondersteun, ontwikkel, terwyl optimale professionele en

persoonlike groei by beide die voorgraadse Verpleegkundestudente en begeleiers gefasiliteer sal word.

Die sentrale fenomeen, wat die konsepte begeleiding en ondersteuning op 'n interafhanklike wyse weergee, word deur die samevoeging van die begrippe *fasilitering en mentorskap* ontwikkel. Die hoofidee van die mentorskap wat verleen behoort te word, is geleë in die proses wat dit impliseer. Dit is omdat die fasiliterende wyse waarop pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning aan voorgraadse Verpleegkundestudente binne die akademiese, kliniese en persoonlike kontekste van gestelde programverwagtings en -eise die begrip van interafhanklikheid tussen alle rolspelers behels. Dit word dus as die proses *fasiliterende mentorskap* vertolk. Vervolgens word eerstens 'n meer verdiepende ondersoek vanuit die literatuur na die konsepte *fasilitering en mentorskap* onderneem, waarna die aannames van die navorser met betrekking tot die konsepte in perspektief geplaas word.

Die konsep “fasilitering” word eerstens bespreek.

(i) Die konsep fasilitering

Enkele benaderings tot die konsep fasilitering word vervolgens bespreek.

Die opvoeder as fasiliteerder word as 'n nuwe soort leierskap deur Musinski (1999:25-29) beskou, waardeur 'n volwasse student vanaf afhanklikheid deur onafhanklikheid na interafhanklikheid begelei kan word. Dié outeur konsentreer op die onderrigsituasie wanneer na die konsep fasilitering verwys word. Aktiewe betrokkenheid in eie leer word aangemoedig. Besprekings met portuurgroepe, die wegbeweeg van akademiese dosente as voorsieners van leerinhoud na prosesbestuurders, met 'n meer studentgerigte, nie-direktiewe benadering in samehang met 'n wysiging van klaskamer- en aanbiedingstyl, maak leer meer interessant. Daar word ook klem gelê op kommunikasievaardighede, toepaslike leerinhoud wat die verhouding met die werklikheid weerspieël, uitklaring van filosofieë ten opsigte van wat sosiaal en professioneel onaanvaarbare gedrag behels en die alternatiewe wat gestel word, asook die ontwikkeling van die selfbewussyn van die verpleegkundige. 'n Leeratmosfeer met positiewe ondersteuning, idees en opinies word dus beklemtoon.

'n Verdere benadering volgens die American Heritage Dictionary (2000) verwys na fasilitering as 'n proses waardeur iets makliker gemaak word. In Webster's Revised Unabridged Dictionary (1998) word fasilitering beskou as: “To make easy or less difficult; to free from difficulty or impediment; to lessen the labor of; to facilitate the execution of a task” en “To invite and facilitate that line of proceeding which the times call for”.

Die beskouing wat die Cognitive Science Laboratory at Princeton (1997) handhaaf, is dat fasilitering na die werkwoord verwys om iets te vergemaklik, naamlik: "you could facilitate the process by sharing your knowledge" en dat dit sinoniem met "vergemaklik", "van nut wees" of "van hulp wees", beskou kan word. Fasilitering dui volgens die definisie van Rothman (1997:6) op hulpverlening, wat op 'n pro-aktiewe wyse onderneem word. Geleenthede vir ontwikkeling aan individue of groepe word moontlik gemaak deur 'n gunstige klimaat te skep. Hierdeur word prosesse op so 'n wyse bestuur dat individue verantwoordelikheid vir hul eie gedrag aanvaar, wat hulle in staat sal stel om stelsels te verander wat nadelig is, of om dit beter te bestuur, om sodoende hul doelwitte te bereik. Daar word nie verder op fasilitering as konsep gekonsentreer nie, aangesien die onderliggende beginsel van hulpverlening, met die voorbehoud van eie verantwoordelikheid, aanvaar word. Daar word ook aanvaar dat dit die voorgraadse Verpleegkundestudente in staat sal stel om professioneel en persoonlik te groei.

Daar word vervolgens volstaan met die samevatting van die konsep fasilitering, wat uit die voorafgaande siening vir die doel van die huidige studie soos volg vertolk word. Fasilitering dui op 'n aksie of interaksie wat op leierskap dui en wat die opvoeder onderneem. Die fasiliteerder begelei die volwasse voorgraadse Verpleegkundestudent vanaf afhanklikheid deur onafhanklikheid na interafhanklikheid. In die klassituasie word wegbeweeg vanaf voorsiener van leerinhoud na die aktiwiteit van prosesbestuurder wat aktiewe betrokkenheid in eie leer van die voorgraadse Verpleegkundestudent vereis. Deur middel van besprekings en met die hulp van portuurgroepe word 'n meer studentgerigte as direktiewe wyse van onderrig dus voorsien. Dit moet in samehang met 'n wysiging van klaskamer- en aanbiedingstyl plaasvind ten einde leer meer interessant te maak. 'n Leeratmosfeer met positiewe ondersteuning van idees en opinies word dus beklemtoon, met mentors wat oor voldoende kommunikasievaardighede beskik waardeur fasilitering van leerbegeleiding onderneem kan word.

Fasilitering dui verder op die wyse waarop iets makliker gemaak word of dat hulp verleen word. Die proses wat hieruit voortspruit, mag wissel deurdat dit pro-aktief of remediërend mag plaasvind. 'n Pro-aktiewe wyse van hulpverlening waarin geleenthede vir ontwikkeling moontlik gemaak word aan individue of groepe deur 'n gunstige klimaat te skep, word dus aangedui. Hierdeur word prosesse op so 'n wyse bestuur dat individue verantwoordelikheid vir hul eie gedrag aandui, wat hulle in staat sal stel om stelsels wat nadelig is te verander of om dit beter te bestuur om hul doelwitte te bereik. Die remediërende aspek van moontlike ontoereikende professionele vaardighede en persoonlike lewensvaardighede wat deduktief uit hierdie navorsing afgelei word, word as 'n verdere veranderlike van fasilitering tot begeleiding en ondersteuning toegevoeg.

Die konsep mentorskap benodig vervolgens toeligting en word eerstens deduktief vanuit die literatuur begrond. Daarna word die induktiewe afleidings van die begronde teorie uiteengesit. Dié konsep word egter nie as sodanig ontleed nie.

(ii) Die konsep mentorskap

Aangesien daar tydens hierdie navorsing gebruik gemaak word van die bevindings wat uit die data-ontleding voorspruit, word die betekenis van mentorskap slegs kortliks volgens die historiese oorsprong vanuit die literatuur aangedui. Daarna word daar op die toepassing daarvan in verpleging gefokus. Die deduktiewe afleidings wat uit die literatuurstudie met betrekking tot die begrip mentorskap in hierdie hoofstuk gemaak is, word gevolg deur 'n krities-analitiese opsomming van die bevindings wat die begrip mentorskap duideliker omskryf. Die rol en funksies wat mentors tans vervul of behoort te vervul en die moontlike wyses waarop die begeleiding en -ondersteuning deur mentors pro-aktief en remediërend binne die verskillende organisatoriese strukture onderneem kan word, die kwalifikasies en opleiding waarvoor mentors behoort te beskik, asook die voor- en nadele van mentorskap, word in samehang ondersoek. Na 'n voorlopige eksplorering van dié bevindings sal 'n verklaring van die begrip fasiliterende mentorskap konseptueel aangedui word.

Daar bestaan verskeie algemene sienings van wat mentorskap behels, wat egter nie in hierdie navorsing benut word nie. Daar word vervolgens eerstens 'n kort uiteensetting gegee van die historiese oorsprong van die konsep mentorskap, waarna die huidige toepassing in verpleging ondersoek word.

□ Die historiese oorsprong van die konsep mentorskap

Volgens oorlewering het mentorskap sy ontstaan in die Griekse mitologie wat die konsep "mentorskap" aan Homer, die vroeë Griekse digter, toeskryf. Hiervolgens vertel Homer van die koning van Ithaca wat sy vriend Mentors gevra het om na sy seun Telemachus om te sien terwyl hy in die Trojaanse oorlog veg. Meer algemeen word die oorsprong in die moderne gebruik van die konsep mentorskap in die werk van die agtiende eeuse Franse skrywer en opvoeder Fenelon gesien. Afrika-vakkundiges (Peer Resources, 2002:1) dui egter aan dat mentors algemene praktyk was in Afrika lank voor die antieke beskawing. Meer resent word mentorskap as 'n kragtige en gewilde wyse beskou waardeur individue 'n verskeidenheid van persoonlike en professionele vaardighede kan aanleer, onder meer organisasies wat hul werknemers met oriëntering, loopbaanbevordering, afrigting, probleemoplossing en ondersteuning help. Peer Resources (2002:2-5) onderskryf die beginsel en toepassing van

mentorskap sedert 1975 en konsentreer veral op die ontwikkeling van menslike hulpbronne in Kanada en veral die nasionale mentorstrategieë wat aangewend word ten einde uitvalle by skole te voorkom. Laasgenoemde is een van die suksesvolste opvoedingsveldtogte wat die Kanadese regering nog geloods het.

Daar word vervolgens 'n oorsig gegee van die konsep mentorskap, die kwalifikasies en vereistes wat deur enkele verpleegonderriginstansies aan mentors gestel word, die rolle en funksies wat moontlik mentorskap impliseer en die meegaande funksies wat aan diegene wat dié rolle en funksies vervul, binne die verskillende kontekste toegewys word. Dit kan moontlik met die bevindings van hierdie navorsing ooreenstem en as mentorskap aangedui word.

□ **Die konsep en roltoepassing van mentorskap in Verpleegkunde**

Daar word nie algemeen in Verpleegkunde na mentors verwys nie. 'n Literatuurkontrole wat verskeie bevindings aandui ten opsigte van die rol en funksies van Verpleegkundedosente, eenheidsverpleegkundiges, portuurgroepe, lede van die multidissiplinêre span en ander belanghebbendes binne die organisatoriese strukture - soortgelyk aan hierdie navorsing se praktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning aan voorgraadse Verpleegkunde-studente - word binne die raamwerk van mentorskap geïnterpreteer. 'n Verskeidenheid kontekste waar verskillende verpleegpersoneel werk en die verskillende vereistes wat aan laasgenoemde gestel en die benamings wat gegee word, word ook ondersoek.

Die akademiese dosente word deur Phillips (1994:216-221) as persoonlike dosente (tutors) beskou, terwyl na die kliniese dosente as mentors verwys word. Die oorvleueling tussen dié rolle het implikasies vir die teoreties-kliniese gaping wat deurlopende kommunikasie tussen die twee kategorieë dosente benodig ten einde bestaande probleme reg te stel. Die rol van die persoonlike dosent word gekompliseer deur die hoë verhouding studente wat per dosent toegewys word. Daar behoort by wyse van 'n kontrak vir selfgerigte leer by Verpleegkunde-studente onderhandel te word. Phillips (1994:221) bepleit terselfdertyd dat die persoonlike dosente se rol en die bydraes tot onderrig dieselfde erkenning behoort te verkry as die wat die kliniese dosent ten opsigte van ondersteuning en die fasilitering van leer geniet. 'n Model wat mentorskap aandui word deur Spouse (1996:32-5) bespreek. In ooreenstemming met Phillips (1994:221) se siening word na die professionele verhouding tussen Verpleegkundestudente en kliniese toesighouers as mentorskap verwys. In 'n studie waar voorgraadse Verpleegkunde-studente as 'n teikenpopulasie geneem en deur die verloop van die vierjarige program opgevolg is, dui bevindings daarop dat die kliniese mentors en die aard van die verhouding tussen die twee groepe sentraal tot die Verpleegkundestudent se kennisbasis staan. Spouse (1996:32-35)

se bevindings dui daarop dat mentors 'n vriendskapsverhouding met die Verpleegkunde-studente vestig en die aanpassing by die nuwe omgewing deur oriëntering verbeter. Die proses van beplanning is daarop gerig om verskeie leergeleenthede te voorsien, areas van belang vir die onderrigprogram in die kliniese eenhede uit te wys en die organisasie van leergeleenthede te bespreek. Dit is ook daarop gerig om aandag te gee aan individuele behoeftes met die Verpleegkundestudent as 'n volle vennoot in die proses. *Samewerking* impliseer dat die proses deur die mentors geïnisieer word en die vaardighede waarvoor die mentors beskik, met die begeleide *gedeel word*. Die Verpleegkundedosent word as die sleutelpersoon beskou om die verpleegaktiwiteit te inisieer, terwyl mentors die student se vaardigheid aanvul deur begeleiding te verleen. Daarna word tyd vir reflektoring toegelaat met gesprek tussen die Verpleegkundestudente en mentors en moontlike verwysing wanneer die mentors nie antwoorde kan verskaf nie.

Daar is egter nie ooreenstemming hieroor nie en die gevoel bestaan dat die rolle wat mentors vervul, uitklaring benodig. Riglyne wat die voorbereiding vir mentorskap, die werklike rol en verantwoordelikhede, die personeelkwalifikasies en die pro-aktiewe ondersteuning deur die organisasie aandui, is nodig (Watson, 1999:261).

Met betrekking tot die professionele aspekte, bevind Watson (1999:255) dat die begrip mentorskap algemeen as 'n belangrike aspek van kliniese toesig aanvaar word, veral sedert die die projek 2000-diploma in die Verenigde Koninkryk ingestel is. Hiervolgens word 'n mentor gekies as 'n persoon wat 'n Verpleegkundestudent bystaan, begelei, bevriend, beraad mee voer en advies gee, maar nie by formele evaluering betrokke raak nie. Spouse (1998:347) se bevindings dat Verpleegkundestudente se leer benadeel word deur die afwesigheid van doeltreffende mentorskap sodat 'n vertraging in hul professionele groei teweeggebring word, stem met die bevindings van hierdie navorsing ooreen. Onderhandelings met 'n toesighouer ten einde dié Verpleegkundestudente, wat in die Verenigde Koninkryk gedeeltelike botallige status geniet, betrokke te kry in die verpleging van pasiënte deur waar te neem of take onder toesig uit te voer, afhangende van hul vlakke van vordering, word benodig. Die doel sou wees om in hul leerbehoefte te voorsien en hulle eers te bevriend, en dan deur beplanning, samewerking en reflektoring in hul behoeftes te voorsien. Spouse (1996:32-34) is van mening dat die doeltreffende mentorproses subtiel van aard is. Hoewel die herkenbare ontwikkeling in die Verpleegkundestudent se professionele ontwikkeling op vordering dui, moet in gedagte gehou word dat die eise van die kurrikulum ook meer word. Dit veroorsaak dat die Verpleegkunde-student deurlopend deur 'n siklus van hoë afhanklikheid na onafhanklikheid beweeg. Afgesien van die toenemende bekwaamheid wat die afhanklikheidsstadium in elke siklus verkort, sal die

siklus by elke nuwe leerervaring voorkom. Die mikroleeromgewing en die vennootskap met die mentors bepaal die vordering van die Verpleegkundestudente wat hulle in staat stel om die realiteit te ondersoek. Die kennis en vaardighede van mentors asook hul entoesiasme en toewyding word as medebepalend beskou. Die beplanningsaspek deur mentors word as belangrik geag. Aangesien hulle nie voortdurend beskikbaar is nie, behoort deurlopende en toepaslike leergeleenthede voorsien te word.

Mentors beskou hulself as ondersteuners en leerfasiliteerders, terwyl hulle terselfdertyd ook as rolmodelle dien. Mentorskap word deur Fox (1991:34-36) as sentraal tot enige inisiatiewe in verpleegonderrig beskou. Volgens Gray en Smith (1999:646) word van die standpunt uitgegaan dat twee steutelfaktore die proses van professionele sosialisering by Verpleegkundestudente beïnvloed. Dit is naamlik die mentors en die leeromgewing wat bogenoemde sodanig beïnvloed dat dit selfs as meer belangrik as die botallige status van Verpleegkundestudente in die Verenigde Koninkryk beskou word. Formele evaluering deur mentors word nie aanbeveel nie, aangesien dit interpersoonlike verhoudings sal beïnvloed. Volgens Watson (1999:259) se bevindings word mentors as rolmodelle, beplanners en ondersteuners in die kliniese situasie benodig. Hoewel die beplanningsrol nie deur mentors as baie belangrik beskou word nie, beskou die Verpleegkundestudente dit as die sleutelrol. Soortgelyk word goeie mentors as diegene beskou wat ondersteun, begelei, toesig hou en evalueer. Daar word ook 'n geleidelike distansiëring van die Verpleegkundestudente teenoor die mentors waargeneem (Gray & Smith, 2000:1542-1548).

Hayes (1998:53-57) beskou mentorskap as 'n strategie waardeur selfvertroue en gevorderde praktykvaardighede bereik kan word, wat dan vir beide die preceptor en die begeleide van voordeel sal wees. Die kort preceptortermyn behoort egter verleng te word. Hier word interafhanklik na die twee rolle as sinoniem verwys.

Earnshaw (1995:274-279) wys op die klem wat op ondersteuning geplaas word, aangesien die studente mentorskap as 'n geldige metode van ondersteuning beskou, veral in die vroeë stadium van opleiding. Hierdie beginsel word deur Nordgren *et al.* (1998:27-32) ondersteun, veral wanneer aspekte soos hoë student-fakulteitverhoudings, geïndividualiseerde onderrig, rolmodellering en probleme soos tyd wat ten opsigte van studietoekennings vir Verpleegkundestudente verminder word, ter sprake kom. Mentors word beskou as persone wat 'n sosialiserende rol vervul, wat norme van gedrag vasstel en roetine-aspekte in die kliniese omgewing onderrig. Earnshaw (1995:274-279) bevind dat die rol van mentors benewens die ondersteuning van Verpleegkundestudente, ook dié van inspireerder en investeerder insluit. Emosionele begeleiding ten einde stres te verminder, hulp met oriëntering en bekendstelling om

hulle 'n gevoel van "behoort tot" te gee, gaan hand aan hand met die ontwikkeling van professionele vaardighede.

Die definisie van die konsep is egter volgens Brown (1996:15) onuitgeklare, terwyl die funksies van mentors aangedui word as die betrokkenheid van eerstevlakverpleegkundiges. Laasgenoemde staan Verpleegkundestudente by en ondersteun hulle deur hul voorbeeld en fasilitering ten einde nuwe vaardighede, gedrag en houdings aan te leer wat op die professie en persoon afgestem is. Die klem blyk egter redelik op die aanleer van nuwe vaardighede en houdings en ook op die bystand aan nuwe aanstellings te wees. Aangesien daar geen algemene aanvaarding ten opsigte van die rol en funksie van mentors vasgestel kan word nie, word die konsep mentor na aanleiding van Watson (1999:260) verklaar as "die individuele insig en betekenis wat daaraan toegeskryf word en dat dit nie op die oorspronklike konsep gebaseer kan word nie".

In die lig van bogenoemde persepsies rakende mentorskap, is dit duidelik dat realistiese en konsekwente riglyne die basiese aspekte en probleme ten opsigte van mentorskap moet behels. Riglyne behoort aspekte soos voorbereiding vir mentorskap, die werklike rol en verantwoordelikhede, toepaslike personeelkwalifikasies en die organisatoriese ondersteuning wat benodig word, uit te klaar (Watson, 1999:261).

Mentorskap word volgens Spouse (2001:512-22) se bevindings as sinoniem met preseptorskap en toesighouding beskou. Mentors en preseptors beoefen verwante aktiwiteite wat professionele en opvoedkundige ontwikkeling behels. Dit is aangesien mentors met oriëntering te make het, terwyl preseptors vir 'n langer tydperk aan nuutaangestelde personeel as begeleiers en ondersteuners toegewys word. Usher *et al.* (1999:507) definieer 'n preseptor as 'n ervare verpleegkundige wat onderrig kan gee, toesig kan hou en as 'n rolmodel vir die Verpleegkundestudente en graduandi vir 'n spesifieke tydperk in 'n geformaliseerde program kan optree. Die opstel en onderhoud van die program vereis deurlopende beplanning en toewyding deur die betrokke opvoedkundige instansies en kliniese rolspelers. 'n Preseptor word op 'n een-tot-een-basis toegewys aan 'n nuwe gegradueerde of verpleegkundige op grond van eersgenoemde se kennis en vaardighede wat soortgelyk behoort te wees aan die rol wat die nuwe gegradueerde of student moet vervul. Die rol van preseptorskap word deur die United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (2001:3) beskryf as begeleiding en ondersteuning wat aan nutgekwalfiseerde verpleegkundiges of professionele verpleegkundiges wat na 'n afwesigheid tot die beroep toetree, of van praktykveld verander, verleen word. Die tydperk wat toegelaat word, mag tot vier maande duur en die individue werk in dieselfde eenheid om hulp te verleen indien nodig. Die preseptors beskou dit dan as 'n

manier om kennis in te win van diegene wat begelei word, fasilitering van die nuutaangestelde personeel te bewerkstellig en om erkenning en werksbevrediging te verkry. Dit hou dus tweeledige voordele vir beide die Verpleegkundedosent en -student in. Usher *et al.* (1999:153) bevind dat preceptorskap dié voordele inhou dat integrasie van personeel en Verpleegkundestudente in die eenhede kan plaasvind, dat hulle kennis kan deel, hul onderrigvaardighede kan verbeter en persoonlike werksbevrediging kan ervaar. Laasgenoemde sal 'n bydrae tot die professie lewer en hul rolmodelskap ontwikkel. Hieruit kan afgelei word dat professionele en persoonlike groei by preceptors plaasvind vanweë hul bereidwilligheid tot betrokkenheid by die Verpleegkundestudente se professionele en persoonlike begeleiding.

Die rol en seleksie van preceptors wissel en samewerking word benodig tussen die onderriginstansie en die personeelontwikkelingsdosente in die kliniese afdelings. Die meerderheid respondente identifiseer rolle wat intrinsiek onder preceptorskap verstaan word as die van veranderingsagent, opvoeder, indiensopleier, voorsiener, mentors vir portuurgroepe, ondersteuningspersoon, rolmodel, fasiliteerder van verandering, behoeftebepaler, hulpbron, fasiliterende en toeganklike persone (Dusmohamed & Guscott, 1998:154-160). In die Suid-Afrikaanse konteks wys Brink (1989b:65) egter reeds op die onuitgeklarde betekenis van die begrip preceptor en dat dit in die meeste hospitale nie aanvaar word nie. Die wyse waarop preceptors van kliniese dosente onderskei en aangewys word en wat hul funksies en verantwoordelikhede behoort te wees, blyk onuitgeklare of slegs breed algemeen aangedui te wees. Uit 'n vergelyking blyk dit dat 'n preceptor verantwoordelik is vir verpleging. Vanweë hul kliniese vaardighede word hulle aan 'n eenheid toegewys om 'n informele rol te beklee wat fasiliterend van aard is. Die kliniese dosent daarenteen, is meer mobiel, beweeg van eenheid tot eenheid, neem onderrig en demonstrasies van die prosedures in die praktyk waar en is by die evaluering van Verpleegkundestudente betrokke (Brink, 1989b:65).

Elcock (1998:1092-1098) verwys na dosentpraktisyns wat as 'n verdere groep begeleiers en ondersteuners in die VSA optree. Hul voorbereiding is daarop toegespits om as sleutelfigure op te tree en die teorie en die praktyk te integreer, deurdat die verpleegkundige as skakel tussen verpleegonderriginstansies en die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies kan optree. Hulle is terselfdertyd bekwaam in praktykvoering, onderrigbestuur en navorsing en lei 'n span verpleegkundiges om 'n professionele diens aan pasiënte te lewer. Hulle ontwikkel daarmee saam ook persoonlike vaardighede en kennis in die self en verpleegkundiges wat in die span is. Die rol van dosentpraktisyns in die VSA word as botallig tot die professionele eenheidsverpleegkundiges beskou. Outoriteit en verantwoordelikheid vir die praktyk word binne 'n afgebakende kliniese eenhede toegewys ten einde die behoud van standaarde ten opsigte van

praktykbeoefening en die toepassing van beleid te verseker. Dit verseker ook die voorbereiding vir die onderrigprogram om teorie en praktyk te versoen. Die rolvulling van direkte pasiëntkontak, personeelontwikkeling, beplanning en organisering van Verpleegkundestudente se leerprogramme in die kliniese eenhede, asook evaluering, moet onderneem word. Die integrasie van teorie en praktyk deurdat die dosentpraktisyn as skakel tussen verpleegonderrig en die gesondheidsorgdienste optree, word hier beoog (Elcock, 1998:1097).

In die Suid-Afrikaanse konteks word die navorsing van Goodchild-Brown (1986:5-9) as van belang geag. Die begrip begeleiding word gebruik vir die bystand of teenwoordigheid van 'n geregistreerde verpleegkundige om die Verpleegkundestudent se aktiwiteite te onderrig, te ondersteun, te evalueer en vir dinamiese interaksie beskikbaar te wees, wat soortgelyk aan preceptorskap beskryf word. Dié navorsingsbevindings word redelik volledig aangehaal. Hoewel dit reeds 'n geruime tyd gelede bevind is, word dit in 'n groot mate deur die induktief en deduktief afgeleide bevindings van hierdie navorsing bevestig. 'n Span bestaande uit die kliniese dosent, die professionele eenheidsverpleegkundige, die sone-matrone, die Verpleegkundedosent wat as hulpbron aangewys is, portuurgroepbegeleiding en die inkorporering van geneeshere, word aanbeveel. Die ervarings van kollege- en kliniese dosente is volgens Goodchild-Brown (1986:5-9) positief en die uitdaging is deur die span aanvaar. Die aanvanklike onsekerheid is gevolg deur geleidelike betrokkenheid by die beplanning van en tussentredes by verpleegaksies, wat deur oop en vertrouende verhoudings tussen Verpleegkundedosente, -studente en deur toenemende kommunikasie met eenheidsbestuurders versterk is. Laasgenoemde is geselekteer vanweë hul status om probleme te identifiseer, dit objektief te kan oplos en spanning te verlig. Insgelyks het die Verpleegkundestudente positiewe belewenisse geverbaliseer en het hulle waardering gehad vir dié toesig. Die aanvanklike spanning vanweë die Verpleegkundedosente se oënskynlike kritiese ingesteldheid het plek gemaak vir sekuriteit in die wete dat hulle beraad sal ontvang indien hulle sou wou bedank. Verpleegkundestudente het ervaar dat emosionele ervarings met ander gedeel word, kritiese denke gestimuleer word en bystand tydens sterwensbegeleiding verleen word, sodat hul doeltreffendheid verbeter het. Die sterk band wat tussen Verpleegkundedosent en -student in die kliniese eenhede gesmee is, het 'n groot mate van beraad en terapeutiese hulp geïmpliseer. Die prosesse wat as belangrik beskou is, is naamlik binding, hantering van gevoelens, aanvaarding van strukturering en grense, gerusstelling en alle aspekte van toepassing soos buigsaamheid, eerlikheid, egtheid, gesonde verdraagsaamheid en warmte. Goodchild-Brown (1986:5-9) kom tot die gevolgtrekking dat die begeleidingskomponent in die verpleegmodel verweef kan word. Dit dui 'n wyse aan waardeur die Verpleegkundestudent in die realiteit van

die praktyk beoordeel kan word en waardeur die onderrigdoelstellings van die student vervul kan word. Die konsep fasilitering is dus in die student-kliënt-opvoederinteraksie geïnkorporeer. Begeleiding behoort deel te wees van die beleid van student-pasiëntgesentreerde sorg. Die belang van die aspekte van 'n personeeltekort, die ekonomiese implikasies, bestuur, vaardigheidsontwikkeling en die onderrigrol van die kliniese verpleegkundige, word te berde gebring (Goodchild-Brown, 1986:9). Die bevindings wys weer eens op die belang van 'n geïntegreerde benadering ten opsigte van professionele en persoonlike begeleiding en ondersteuning.

Bezuidenhout en Basson (1992a:29) is van mening dat die afrigting en ontwikkeling van ondergeskiktes ten einde taakverrigting te verbeter en loopbaanbereiking te bevorder, as mentorskap beskou kan word.

Die voordele van mentor- en preceptorskap wys op die interafhanklikheid en die geleentheid tot professionele en persoonlike groei wat plaasvind. Die preceptors beskou die rol wat hulle moet vervul as 'n wyse om kennis in te win, van die studente te leer, fasilitering van die nuutaangestelde personeel te bewerkstellig en om erkenning en werkstevredenheid te verkry. Dit hou dus tweeledige voordele in vir beide die Verpleegkundedosent en die -student. Letizia (1998:215) wys insgelyks op die impak wat preceptors op Verpleegkundestudente se professionele groei en ontwikkeling uitoefen, deur hulle te begelei, te ondersteun en te onderrig, wat waarde tot hul eie rol en funksie toevoeg. Deelname aan die hospitaalorganisasie verbeter terselfdertyd preceptors se organisatoriese vaardighede, sodat verandering in die verpleegeenhede teweeggebring word, terwyl kans op 'n verhoging of bevordering as 'n laaste prioriteit beskou word. Usher *et al.* (1999:504-514) bevind dat preceptorskap dié voordele inhou dat integrasie van personeel en Verpleegkundestudente in die eenhede kan plaasvind, dat hulle kennis kan deel, hul onderrigvaardighede kan verbeter en persoonlike werksbevrediging kan ervaar. So kan hulle 'n bydrae lewer tot die professie en rolmodelskap ontwikkel.

Die nadele is dat preceptors 'n tweeledige rol moet vervul ten opsigte van eenheidsadministrasie, pasiëntsorg en preceptorskap, waarvoor daar dikwels geen beloning of ondersteuning is nie. 'n Negatiewe aspek wat aangedui word, is die Verpleegkundestudente se oordrewe behoefte om "te behoort", sodat hulle mentors se standarde as absoluut aanvaar. Ten spyte van die feit dat mentorskap stresvol vir die professionele eenheidsverpleegkundige is, hou dit andersinds die voordeel in dat mentors gedwing word om met die nuutste ontwikkelings tred te hou. 'n Volgende nadeel wat Myrick en Barrett (1994:197) uitwys, is die feit dat preceptors met minimale voorbereiding in die VSA en Kanada in dié rol aangestel word. Foutiewe toewysings van diploma-opgeleide preceptors aan graadstudente, verhinder dat die

rol suksesvol uitgevoer kan word. Dit blyk dat die onderriginstansies die oorhoofse beheer in die toewysing van preceptors aan Verpleegkundestudente oor 'n spesifieke tydperk onderneem. Met betrekking tot die kwalifikasies waarvoor mentors behoort te beskik, word geen riglyne neergelê nie. Indirek word die aandag daarop gevestig dat diegene wat as mentors optree, ten minste gelykwaardige kwalifikasies as die Verpleegkundestudente behoort te hê. Elcock (1998:1092-1098) verwys na die rol van dosentpraktisyns in die VSA wat soortgelyke funksies as mentors vervul waarvoor ten minste 'n meestersgraad vereis word. Voorbereiding word daarop gerig om hulle as sleutelfigure voor te berei en om as skakels tussen die verpleeg-onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies op te tree. Sommige mentors het nie 'n keuse in die toewysing van hul funksies as mentors nie en word vanweë die Verpleegkundestudente se toenemende getalle aan hulle toegewys. Seleksiekriteria word nie duidelik gestel nie. Interpersoonlike vaardighede, toeganklikheid en ondersteuning, word egter as belangrik beskou, aangesien dit leer fasiliteer. Ten einde hierdie rol en funksies te vervul, word formele opleiding as 'n noodsaaklikheid aangedui (Andrew & Wallis, 1999:201-207). Die ideale mentors sou volgens Brown (1996:18) die dosentpraktisyn wees, wat in beide die kliniese en die opvoedkundige instelling werk. Ten opsigte van die mentorskap wat op professionele personeel betrekking het, benut die Department Verpleegkunde aan die Universiteit van Liverpool mentorskapprogramme as deel van die department se portefeulje van voortgesette professionele ontwikkelings-programme. 'n Oop en buigbare benadering word gevolg ten einde die ontwikkeling van professionele kwalifikasies moontlik te maak. Dié doelstellings is daarop gerig om professionele werkers wat 'n toegewese onderrig- en evalueringsrol beklee, te help om onderrig- en evalueringsvaardighede te bekom. Dit moet in ooreenstemming wees met hul rol om die onderrig van professionele verpleegkundiges in die kliniese omgewing te ondersteun (Liverpool. University. 2002:10). Die ondersteuning is dus nie direk op die Verpleegkundestudent afgestem nie, maar op die ontwikkeling van mentors ten einde die toepaslike vaardighede te bekom om te begelei en te ondersteun.

Na aanleiding van bogenoemde literatuurkontrole blyk dit dat geen vaste riglyne bestaan vir die verskillende rolle en funksies, die kwalifikasies waarvoor hulle behoort te beskik en die voorbereiding en opleiding wat mentors benodig nie.

Die volgende krities-analitiese sintese van die konsep mentorskap word dus deduktief uit bogenoemde kort oorsig afgelei. Dit is naamlik die kwalifikasies en vereistes wat gestel word, die wyses waarop hulle aangewend word, die aksies en interaksies wat hulle behoort te onderneem, asook die voor- en nadele verbonde aan mentorskap. Daar word verwys na

mentors, preceptors, begeleiers, kliniese dosente en dosentpraktisyns wat as begeleiers en ondersteuners optree, wat die rolle in beide die kliniese en akademiese onderrigsituasie van toepassing maak.

(iii) 'n Krities-analitiese sintese ten opsigte van die konsep mentorskap

Die literatuur verwys na mentors, toesighouers, preceptors, begeleiers, kliniese dosente, dosentpraktisyns en persoonlike dosente wat as begeleiers en ondersteuners optree. Hoewel daar in verskillende lande verskillende verwagtings aan hulle gestel word en verskillende benamings gegee word, blyk dit uit 'n deduktiewe afleiding ten opsigte van die rol en funksies dat daar geen ooreenstemming bestaan oor die funksies wat hulle binne die rolverdeling behoort te vervul nie. Aangesien die rolle en funksies verwant is, word 'n deduktiewe afleiding gemaak dat dit mentorskap impliseer. Vervolgens word 'n krities-analitiese sintese vanuit die voorafgaande literatuurstudie onderneem ten einde die verskillende aspekte waaruit mentorskap bestaan, te vertolk.

□ Kwalifikasies van en vereistes aan mentors gestel

Geen vaste riglyne ten opsigte van kwalifikasies of kriteria vir seleksie word aangedui nie. Sommige mentors het geen keuse ten opsigte van die rol wat hulle moet vervul nie en word vanweë die toenemende getalle Verpleegkundestudente wat begelei en ondersteun moet word en hul beskikbaarheid as professionele verpleegkundiges in die eenhede as mentors toegewys. Dit blyk dat daar meer gekonsentreer word op vereistes wat gestel word. Die volgende bevindings word uit die literatuur aangedui:

- Kwalifikasies mag wissel tussen vereistes wat 'n diploma in Verpleegkunde as voldoende beskou, tot poste wat 'n graad in Verpleegkunde as vereiste stel. Soms word 'n meestersgraad vereis;
- ten minste dieselfde kwalifikasies as wat die begeleide persoon benodig, word voorgestel;
- samewerking tussen onderriginstansies en personeelontwikkelingsdosente is nodig om mentors te selekteer;
- formele ongespesifiseerde opleiding word verlang en mentors moet in staat wees tot persoonlike ontwikkeling van hulself en die Verpleegkundestudent;

- 'n spanbenadering moet deur alle rolspelers gevolg word;
- eerstevlakverpleegkundiges wat deur hul voorbeeld Verpleegkundestudente kan ondersteun en bystaan tot 'n nuwe vaardigheid bereik is of 'n gedrag of houding aangeleer is, word benut;
- vaardigheid in beide kliniese en onderrigvaardighede word vereis, asook dat mentors verkieslik in beide die onderriginstansie en kliniese eenhede moet werk;
- positiewe houdings teenoor preceptorskap word verwag;
- bereidheid tot volgehoue ontwikkeling van vaardighede en persoonlike ontwikkeling is 'n vereiste;
- bekwaamheid in onderrig, eenheidsbestuur en navorsing word by sommige instansies benodig ten einde standarde en begeleiding in klinies afgebakende velde te behou en 'n span van verpleegkundiges te lei ten einde 'n professionele diens te lewer;
- sommige mentors behoort sleutelposte volgens realistiese standarde en konsekwente riglyne te vervul en outoriteit en verantwoordelikheid vir praktyk binne afgebakende kliniese eenhede te aanvaar;
- mentors behoort ervare verpleegkundiges te wees wat onderrig kan gee, toesig kan hou en as rolmodelle kan optree ten einde begeleiding en ondersteuning te onderneem;
- kennis en vaardighede in samehang met toewyding en entoesiasme word as medebepalend vereis ten einde die vordering van Verpleegkundestudente te fasiliteer;
- interpersoonlike vaardighede soos toeganklikheid, egtheid, verdraagsaamheid en warmte word as belangrik beskou; en
- voortgesette ontwikkelingsprogramme word benodig ten einde professionele, onderrig- en evalueringskwalifikasies te bekom.

Aksies en interaksies wat op mentorskap dui

Daar word veral op die onderrig en oordrag van kennis, vaardighede en die evaluering daarvan gefokus. Die begeleiding, ondersteuning en sosialisering van Verpleegkundestudente in die vroeë stadium van hul loopbaan word as belangrik beskou, terwyl die nuutaangestelde

graduandi ook soortgelyke bystand ontvang. Die volgende samevatting van die spesifieke indelings van die aksies of interaksies wat van mentors verwag word, blyk uit die literatuuorsig wat ten opsigte van mentorskap onderneem is.

- **Aksies en interaksies ten opsigte van die akademiese aspekte van verpleegonderrig**

Mentorskap behoort sentraal tot enige inisiatiewe in verpleging beskou te word en behoort op die volgende aspekte van verpleegonderrig te fokus:

- Die beplanning en organisering van leer- en evalueringsprogramme;
- dinamiese interaksie as vereiste ten einde leer by nuutaangestelde Verpleegkundestudente te fasiliteer,
- mentors behoort as leerfasiliteerders op te tree wat professionele ontwikkeling ten doel stel;
- selfgerigte leer moet kontraktueel met die Verpleegkundestudente onderhandel word;
- 'n mikroleeromgewing en vennootskap tussen Verpleegkundestudente en mentors wat die vordering van eersgenoemdes sal bevorder, is nodig;
- evaluering van vaardighede wat binne 'n vertrouensverhouding onderneem word sodat mentors nie as prestasie-evalueerders beskou word wat die vertrouensverhouding sal verbreek nie; en
- die aard van die verhouding tussen mentors en die Verpleegkundestudente wat sentraal tot laasgenoemde se kennisbasis staan.

- **Aksies en interaksies ten opsigte van kliniese aspekte van verpleegonderrig**

Ten opsigte van teoreties-kliniese integrasie word die volgende ten doel gestel:

- Die oriëntering van die kliniese eenhede om 'n gevoel van “behoort” te gee;
- versoening van teorie en praktyk deur direkte pasiëntekontak;
- 'n begeleidingsproses geïnisieer deur die mentors waar die Verpleegkundedosent in beheer van die aktiwiteit geplaas word;

- alle aspekte van kliniese toesig moet nagekom word;
 - beplanning en organisering van Verpleegkundestudente se leer- en evalueringsprogramme binne 'n vennootskap met die Verpleegkundedosent en deur middel van 'n geformaliseerde program;
 - dinamiese interaksie en deurlopende kommunikasie met eenheidsbestuur;
 - deelname aan die hospitaalorganisasie ten einde verandering in die kliniese eenhede teweeg te bring;
 - 'n skakelrol tussen verpleegonderrigingsinstansies en die gesondheidsorgdiensleweringorganisasie;
 - die behoud van standarde en die toepassing van vasgestelde beleid;
 - outoriteit en verantwoordelikheid vir implementering van praktyk;
 - integrasie van personeel en Verpleegkundestudente in die kliniese eenhede;
 - dinamiese interaksie met medekollegas en Verpleegkundestudente as norm;
 - die bevordering van rolmodelskap en ontwikkeling van medekollegas; en
 - die vervulling van 'n sosialiserende rol deur norme van gedrag vas te stel.
- **Aksies en interaksies ten opsigte van persoonlike begeleiding en ondersteuning**

Ten opsigte van persoonlike begeleiding en ondersteuning word die volgende aksies en interaksies as belangrik beskou, naamlik:

- Ondersteuning aan Verpleegkundestudente deur fasilitering en 'n voorbeeld te stel;
- die rol van inspireerder en investering in Verpleegkundestudente;
- die vestiging van verhoudings tussen Verpleegkundestudente wat vriendskap, vennootskap, en reflektering van probleme insluit;
- berading en terapeutiese hulp indien Verpleegkundestudente tydens traumatiese emosionele belewenisse en ervarings sou wou bedank;

- emosionele begeleiding ten einde stres te verminder;
- rolmodelle en ondersteuners om Verpleegkundestudente te begelei, te bevriend en van raad te voorsien;
- hulp met die hantering van emosies en gevoelens wat tydens emosioneelbelaaide tye voorkom;
- aanvaarding en strukturering van grense vir begeleiding en ondersteuning met eienskappe soos buigsaamheid, egtheid, eerlikheid en verdraagsaamheid as belangrik beskou;
- die rol om as veranderingsagente, opvoeders en indiensopleiers op te tree ten einde nuwe gedrag en houdings aan te leer; en
- bystand met sterwensbegeleiding.

- **Wyses waarop mentors aangewend word**

Die volgende riglyne blyk uit die literatuur as moontlike wyses waarop mentors aangewend kan word, naamlik:

- Sommige dosentpraktisyns word botallig in eenhede geplaas;
- 'n een tot een basis vir interaksie word in sommige situasies as vereistes vir preceptorskap by nuwe graduandi benodig;
- 'n spanbenadering tussen alle rolspelers in die kliniese en onderriginstansies met inbegrip van die geneeshere en portuurgroepe wat kan deelneem, word gevolg; en
- beplanning en behoud van toewyding van alle rolspelers is nodig terwyl mentors vir spesifiek afgebakende tydperke binne 'n geformaliseerde program betrokke bly.

- **Voordele van mentorskap**

Die tweeledige voordele van mentorskap vir beide Verpleegkundedosente en -studente word soos volg aangedui.

- Mentors word gedwing om met die nuutste ontwikkeling tred te hou;

- personeel en Verpleegkundestudente kan geïntegreer word;
- die kundigheid en vaardighede van beide deelnemers verbeter;
- Verpleegkundestudente waardeer toesig en ervaar geborgenheid deur emosionele ervarings te deel;
- verbeterde werksbevreiding en erkenning word deur alle deelnemers ervaar;
- rolmodelskap word bevorder deurdat onderrig- en kliniese vaardighede verbeter;
- doeltreffendheid ten opsigte van professionele en persoonlike vaardighede verbeter deur Verpleegkundestudente te begelei, wat 'n bydrae tot die professie lewer;
- onderrigvaardighede van mentors verbeter en onderrigdoelstellings word bereik;
- geïndividualiseerde onderrig word bereik en kritiese denke word gestimuleer; en
- verandering word in die verpleegeenhede teweeggebring.

- **Nadele van mentorskap**

Die volgende nadele ontstaan wanneer mentors nie doeltreffend benut word nie, naamlik:

- Die tweeledige rol ten opsigte van eenheidsadministrasie en verpleging van pasiënte word as te veel ervaar;
- die oordrewe behoefte om te behoort dra by dat die Verpleegkundestudente die mentors se standarde as absoluut aanvaar;
- swak ondersteuning en belangstelling deur hospitaalbestuur en die onderriginstansies word as ontmoedigend ervaar;
- swak voorbereiding vir mentorskap en geen direkte riglyne waarvolgens hulle moet funksioneer nie, lei tot rolmislukking; en
- geen beloning word gegee nie met isolasie en uitbranding tot gevolg.

Bogenoemde krities-analitiese sintese wat uit die literatuurstudie voortvloei en wat aangehaal is, dui op 'n verskeidenheid interpretasies van mentorskap in die Verpleegkunde. Dit dui ook op die

neigings ten opsigte van die benutting van die verskillende kategorieë Verpleegkundepersoneel, die aksies en interaksies ten opsigte van onderrig, teoreties-kliniese integrasie en begeleiding en ondersteuning wat van toepassing is, asook die voor- en nadele aan mentorskap verbode. Die bevindings wat uit die literatuurstudie voortvloei, is spesifiek op mentorskap in die Verpleegkunde gerig. Ter afsluiting word enkele resente sienings oor die aannames wat oor mentorskap bestaan, volgens die aanbevelings van Peer Resources (2002:2-5) in Kanada aangehaal, ten einde bestaande aannames aangaande mentorskap die nek in te slaan. Dié aannames is naamlik:

- Dat 'n mentor nie noodwendig 'n wyse persoon hoef te wees nie, aangesien enige persoon 'n kragtige leerervaring mag voorsien;
- dat enige persoon 'n mentor kan wees, afhangende van die kundigheid waaroor hy/sy beskik deur die nuutste tegnologie soos die telefoon, faks, of Internet te benut;
- dat jonger persone dikwels ouer persone suksesvol mag begelei, terwyl portuurgroepe doeltreffende mentors uitmaak;
- dat informele mentorskap waarskynlik die mees algemene metode van kennisoordrag is, waarvan feitlik enige persoon ervaring het en dus nie 'n vreemde ervaring is wat slegs enkeles te beurt val nie;
- dat mentorskap nie loopbaanbevordering waarborg nie, maar leer vermeerder wat in die werksplek plaasvind;
- dat mentorskap wat sonder monitering plaasvind, die waarde verydel wat dit vir albei partye inhou;
- dat suksesvolle persone dikwels met swak houdings en minimale werkspogings begin het, wat deur die toedoen van 'n mentor wat geluister, hulle gerespekteer en op die pad na sukses geplaas het; en
- dat albei partye voordeel uit mentorskap verkry wat die beginsel van wederkerigheid impliseer, dat alle partye sal groei, hul tyd sinvol sal bestee en waarde sal ervaar wanneer interaksie plaasvind, sodat mentors nie alleen insette lewer nie.

Bogenoemde sintese van die verskillende veranderlikes wat op mentorskap betrekking het, word in samehang met die volgende veranderlikes aangewend om die begeleiding en

ondersteuning wat as fasiliterende mentorskap aangedui word, te begrond. Die veranderlikes is naamlik: die induktiewe data wat uit die begronde teorie bevind is, die deduktiewe afleidings uit die literatuurkontrole om data te bevestig en die verdiepende literatuurstudie waaruit moontlike oplossings vir probleme deduktief afgelei is.

Daar word voortgegaan om die kernkategorie, *fasiliterende mentorskap*, te bespreek, wat die kern van die integrasieproses is. Volgens Strauss en Corbin (1990:124) vorm dit die “sement” wat al die komponente in die teorie verbind. Die konseptualisering van fasiliterende mentorskap word onder 5.2.3.3 onderneem. Die wyse waarop die subkategorieë aan die kernkategorie deur middel van die paradigmamodel verbind word ten einde die analitiese verloop van die storie in perspektief te plaas en die konseptuele beeld van die realiteit daar te stel, volg.

5.2.3 Stap 2: Die verbinding van die subkategorieë aan die kernkategorie deur die paradigmamodel

Die verbinding van die subkategorieë aan die kernkategorie word soortgelyk aan aksiale kodering deur middel van die paradigmamodelkomponente onderneem. Dit toon 'n spesifieke analitiese verloop waarvolgens die kernkategorie as organiserende hoof aangewend word ten einde die subkategorieë te orden. Die toepassing van die analitiese verloop word vervolgens beskryf.

5.2.3.1 DIE TOEPASSING VAN DIE ANALITIESE VERLOOP

Die sentrale fenomeen, *fasiliterende mentorskap*, wat as die kernkategorie benoem en gekonseptualiseer is, word as die organiserende hoof aangewend waaronder die bestaande hoofkategorieë as subkategorieë ingedeel word. Die subkategorieë word volgens die komponente van paradigmamodel, naamlik die toestande, die konteks, die aksies of interaksies (strategieë) en gevolge onder die sentrale fenomeen of kernkategorie ingedeel. Die benamings wat aan die subkategorieë toegeken word, kom nie noodwendig ooreen met die name wat aan die komponente van die paradigmabegrippe gegee word nie, maar word slegs in paradigmatische verwantskap georden.

Die twee eienskappe van die kernkategorie en die dimensionele reikwydtes daarvan, word samevattend as *pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat deur interafhanklike betrokkenheid tussen voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors en die bestuur van die organisasies (gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en onderrig-instansies)* onderneem word. [“Organisasie” dui hierna dus op laasgenoemde twee instellings].

Die *kontekste* gee aanleiding tot wisselende toestande wat *aksies of interaksies noodsaak* of wysig wat weer tot spesifieke *gevolge* behoort te lei. Volgens die bevindings van hierdie navorsing vertel dit die storie analities. Die ordening van subkategorieë word volgens die verloop van die storie onderneem. 'n Hipotetiese stelling wat die verhoudings tussen die kategorieë vasstel, behoort volgens Strauss en Corbin (1990:129) die storie in perspektief te plaas, wat dan teen die data geverifieer kan word.

Die volgende **stelling** wat 'n skematiese voorstelling van die **analitiese verloop** van die ordening van die subkategorieë onder die kernkategorie aandui, word volgens die paradigmamodel se komponente in perspektief geplaas. Die fenomeen of kernkategorie verwys in dié verband na die sentrale idee waarmee die aksies of interaksies verband hou (Strauss & Corbin, 1990:96) en word dus nie in die stelling aangedui nie

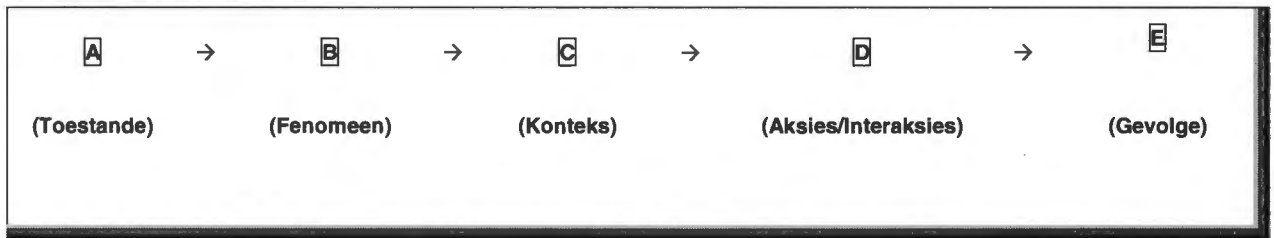
Die voorgraadse Verpleegkundestudente wat met wisselende programverwagtings en -eise (toestande) binne die akademiese en kliniese situasies van die deelnemende organisasies en ook persoonlik gekonfronteer word (kontekste), benodig pro-aktiewe en remediërende begeleiding en -ondersteuning. Laasgenoemde vereis interafhanklike betrokkenheid tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente (aksies en interaksies) ten einde programkongruente leeruitkomst te opsigte van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente te fasiliteer (gevolge).

Die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat deur interafhanklike betrokkenheid tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente gefasiliteer behoort te word, word hierna deur die konsep *fasiliterende mentorskap* vervang. Laasgenoemde bring verandering in al die aksies en elemente van die paradigmamodel mee. Die verskillende kontekste word toestande wat aksies of interaksies noodsaak, die wyse waarop hulle behou of gewysig word, dui die strategieë waardeur dit onderneem word aan, terwyl die verandering wat intree, proses aandui, met bepaalde gevolge vir diegene wat daarby betrokke is.

Ter wille van duidelikheid word die komponente van die paradigmamodel kortliks herhaal en skematies aangedui ten einde die verloop van die hipotetiese stelling meer duidelik te verklaar.

5.2.3.2 DIE KOMPONENTE VAN DIE PARADIGMAMODEL

Die komponente van die paradigmamodel word skematies soos volg verbind, sodat 'n duidelike analitiese verloop herken word, naamlik:



Bogenoemde verloop dui aan dat bepaalde wisselende toestande tot 'n fenomeen aanleiding gee, wat binne bepaalde kontekste plaasvind. Die voorbehoud is dat sekere veranderlikes wat 'n rol mag speel, in ag geneem moet word sodat die toepaslike aksies en interaksies tot spesifieke gevolge behoort te lei.

Daar word vervolgens voortgegaan om die kernkategorie en die subkategorieë volgens die paradigmamodel se komponente te konseptualiseer. Die subkategorieë verteenwoordig in hierdie fase die verskillende funksies wat die komponente van die paradigmamodel in die analitiese verloop vervul. Die komponente word volgens 'n konseptuele term georden, wat saam die toestande in wisselende kontekste aandui, asook die aksies of interaksies wat onderneem word en die gewenste gevolge wat bereik moet word (Strauss & Corbin, 1990:96).

5.2.3.3 DIE KONSEPTUALISERING VAN DIE KERNKATEGORIE EN SUBKATEGORIEË

Die konseptualisering van die kernkategorie word voorlopig onderneem, waarna die res van die subkategorieë aangedui word. Fasiliterende mentorskap dui die breë algemene aard en beginsels van begeleiding en ondersteuning aan wat pro-aktief en remediërend onderneem word en wat deurlopende interafhanklike betrokkenheid tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente veronderstel. Deduktiewe afleidings uit die krities-analitiese sintese word benut om die kernkategorie te ontwikkel. Die afleidings is verder verkry uit die selektiewe steekproefneming uit die literatuur, die literatuurkontrole asook die verdere verdiepende literatuurstudie in Hoofstuk 4. Die kernkategorie word soos volg konseptualiseer.

5.2.3.3.1 Die konseptualisering van fasiliterende mentorskap

Fasiliterende mentorskap verwys na die aard van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning, wat interafhanklik tussen mentors en professionele verpleegkundiges en voorgraadse Verpleegkundestudente onderneem word. As rolmodelle beskik mentors oor basiese of na-basiese/nagraadse kwalifikasies ten opsigte van professionele bekwaamheid, en/of oor formele opleiding as 'n mentors. Daardeur kan programkongruente professionele bekwaamheid ten opsigte van die akademiese en kliniese aspekte van verpleegonderrig deur

selfgrigte leer by die voorgraadse Verpleegkundestudent gefasiliteer word. Teoreties-kliniese integrasie word deur pro-aktiewe beplanning en begeleiding asook remediëring ten opsigte van wisselende leergeleenthede en -ervarings binne 'n geformaliseerde program gefasiliteer. Alle mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente is interafhanklik hierby betrokke. Deur middel van dinamiese interaksie tussen die bestuur van die onderriginstansie en gesondheidsorgdienslewingsorganisasies word die program dan gefasiliteer. Mentors aanvaar gedelegeerde outoriteit en verantwoordelikheid ten einde noodsaaklike tussentredes volgens die voorgraadse Verpleegkundestudente se individuele behoeftes te fasiliteer. Daar word verseker dat kwaliteitstandaarde ten opsigte van pasiëntsorg behou en die meegaande organisatoriese en wetlike beleidsbepalings eerbiedig word. Mentors beskik oor voldoende intra- en interpersoonlike lewensvaardighede en professionele bekwaamhede en streef daarna om te verbeter ten einde hulle in staat te stel om as veranderingsagente op te tree. Hulle kan dus intra- en interpersoonlike lewensvaardighede by voorgraadse Verpleegkundestudente en ander kollegas fasiliteer, sodat programkongruente leeruitkomste bereik word, waardeur wederkerige professionele en persoonlike groei by alle rolspelers kan plaasvind.

Die kernkategorie, naamlik fasiliterende mentorskap, wat deduktief as die sentrale fenomeen uit die data afgelei word, dien as die organiserende hoof aangedui waaronder die subkategorieë georden word ten einde die konseptuele beeld van die realiteit te vorm. Die konseptualisering van die subkategorieë vind vervolgens plaas na aanleiding van die funksies wat die komponente van die paradigmamodel vervul (sien 5.2.3.2).

5.2.3.3.2 Die konseptualisering van die subkategorieë

Die subkategorieë dui op die toestande wat binne spesifieke kontekste voorkom asook dié aksies en interaksies wat benodig word om beplande gevolge te bereik.

DIE TOESTANDE (A)

Die toestande wat manifesteer, wissel binne die spesifieke kontekste van die organisasies waarin fasiliterende mentorskap onderneem sal word. Die wisselende toestande kompliseer die professionele en persoonlike programverwagtings en -eise wat aan die voorgraadse Verpleegkundestudente en indirek aan die mentors gestel word.

DIE FENOMEEN OF KERNKATEGORIE (B)

Die kernkategorie is reeds gekonseptualiseer in 5.2.3.3.1.

DIE KONTEKSTE (C)

Die kontekste dui onderskeidelik die akademiese kontekste aan waarin onderrig ontvang word en waarin die akademiese mentors en die bestuur van die Skool vir en die departemente van Verpleegkunde, die owerhede en die Beroepsraad betrokke is. Die kliniese kontekste sluit in die kliniese eenhede waarin leergeleenthede en -ervarings voltooi word en waarin die professionele eenheidsverpleegkundiges, lede van die multidissiplinêre span, die bestuur van gesondheidsorgdiensleweringorganisasies, owerhede en die Beroepsraad betrokke is. Die persoonlike kontekste dui die lewensvaardighede waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudente beskik, aan.

AKSIES OF INTERAKSIES (D)

Die aksies en interaksies dui op fasiliterende mentorskap, waar die aard van die begeleiding en ondersteuning aandui dat dit pro-aktief en remediërend, in die algemeen of spesifiek behoort te wees, volgens die behoeftes wat die voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar. Die wyse waarop dit onderneem behoort te word, benodig interafhanklike betrokkenheid tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente. Dit moet binne die organisasiestrukture onderneem word, met inagneming van sekere inmengende veranderlikes wat die fasiliterende mentorskap sal wysig.

DIE GEVOLGE (E)

Die gevolge dui op die ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudente volgens die Beroepsraad behoort te beskik, sodat aan programkongruente leeruitkomste ten opsigte van professionele en persoonlike groei voldoen kan word. Die leeruitkomste word steeds as ontwikkelend in sommige aspekte beskou, aangesien die voorgraadse Verpleegkundestudente nooit voltooid sal wees in hul navolging van professionele en persoonlike groei nie en altyd na heelheid sal streef.

Spesifieke inmengende veranderlikes veroorsaak egter 'n kompleksiteit in die verloop van bogenoemde ordening. Die wisselende toestande wat in die genoemde kontekste, naamlik die akademiese en kliniese situasies aangetref word, beïnvloed die programverwagtings wat deur die Beroepsraad gestel word en deur die onderriginstansie geïmplementeer word. Daar word dus diverse programverwagtings en -eise - professioneel en persoonlik - aan die voorgraadse

Verpleegkundestudente gestel. In samehang met die ontwikkelde bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede waaroor die Verpleegkundestudente op 'n gegewe tydstop van programvordering beskik, wysig dit die aard van fasiliterende mentorskap.

Die kategorieë word vervolgens na aanleiding van dimensionele vlakke in perspektief geplaas.

5.2.4 Stap 3: Die verbinding van kategorieë volgens die eienskappe en dimensionele vlakke

Volgens Strauss en Corbin (1990:123) behoort die kernkategorie ontwikkel te word met betrekking tot die eienskappe en dimensies wat vanuit die storielyn ontwikkel het. Die begronde teorie noodsaak 'n aksiegeoriënteerde benadering en behoort dus aksie en verandering aan te dui. Die eienskappe van die kernkategorie behoort dus geïdentifiseer te word sodat die ander kategorieë daaronder ingedeel kan word (Strauss & Corbin, 1990:123).

Die kernkategorie - fasiliterende mentorskap - vervang soos reeds aangedui is (sien 5.2.3.3.1) die konsepte "begeleiding en ondersteuning" en word deur twee eienskappe gekenmerk. Die **eerste eienskap**, pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning, dui op die aard van fasiliterende mentorskap. Vir die doel van hierdie navorsing word daar slegs na twee dimensies verwys wat die aard van fasiliterende mentorskap in perspektief plaas. Dit is naamlik dat die begeleiding en ondersteuning wat *pro-aktief en remediërend* is, in die *algemeen of spesifiek gerig* behoort te word ten opsigte van die individuele behoeftes in die *akademiese, kliniese en persoonlike komponente* waar begeleiding en ondersteuning benodig word en dat dit van 'n *uitgebreide of beperkte omvang* mag wees. Die **tweede eienskap** dui die wyse waarop fasiliterende mentorskap beoefen deurdat *interafhanklike betrokkenheid* tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente vereis, wat mag wissel van 'n *meerdere tot mindere* mate van betrokkenheid. Mentors mag onder andere die hoofde van verpleegonderrigingsinstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies, verkose leiers van die Beroepsraad, Verpleegkundedosente, kliniese dosente, professionele eenheidsverpleegkundiges, lede van die multi-dissiplinêre span, portuurgroepe en ander belanghebbende persone insluit.

Die inmengende veranderlikes wysig die aard en wyse waarop fasiliterende mentorskap verleen word. Die volgende inmengende veranderlikes word geïdentifiseer, naamlik:

- Die ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudente op 'n gegewe tydstop van programvordering beskik; en

- die wisselende toestande wat in die akademiese en kliniese kontekste tussen jaargange en in die organisasiestrukture aangetref word en wat ook in die persoonlike aspekte van die voorgraadse Verpleegkundestudente manifesteer.

Samevattend impliseer die proses van fasiliterende mentorskap dan dat die aard en die wyse waarop dit onderneem word, sal wysig. Die proses is daarin geleë of dit pro-aktief of remediërend, in die algemeen of spesifiek gerig moet word en of die omvang daarvan uitgebreid of beperk moet wees. Die mate van interafhanklike betrokkenheid tussen voorgraadse Verpleegkundestudente en mentors mag wissel. Laasgenoemde sal afhang van die inmengende veranderlikes wat die programkongruente leeruitkomste ten opsigte van professionele en persoonlike groei by die voorgraadse Verpleegkundestudente sal kompliseer.

Daar word vervolgens voortgegaan om die verhoudings tussen die kategorieë teen die data wat bevind is, te valideer.

5.2.5 Stap 4: Die validering van verhoudings tussen kategorieë en die data wat bevind is

Volgens Strauss en Corbin (1990:129) kan 'n hipotetiese stelling geskryf word waardeur die verhoudings tussen die kategorieë aangedui word, wat dan teen die data gevalideer kan word. Die hipotetiese stelling behoort van toepassing te wees vir elke individu wat aan die navorsing deelgeneem het. Die stelling word dikwels as staties aangedui en dui nie die kompleksiteit en variasie wat die navorser beoog aan nie.

Voor die hipotetiese stelling bespreek word, is dit egter belangrik om die verskillende patrone wat manifesteer, aan te dui. Die ontwikkeling van patrone, die validering van verhoudings tussen kategorieë met die data en die invul van kategorieë wat verfyning benodig, word vervolgens onderneem.

5.2.5.1 DIE ONTWIKKELING VAN PATRONE

Die tentatiewe patrone wat tydens aksiale kodering ontwikkel het, behoort tydens selektiewe kodering verder verfyn te word. Dit is belangrik om die patrone te identifiseer en die data ooreenkomstig te groepeer. Die volgende twee patrone ontwikkel ten opsigte van die fasiliterende mentorskap wat verleen moet word. Aangesien die belewenisse meestal - met enkele uitsonderings- as negatief ervaar is, word daar slegs op twee groepe voorgraadse Verpleegkundestudente gefokus wat onderskeidelik fasiliterende mentorskap benodig. Die

volgende situasies behoort die oorwegende riglyne te wees waarop fasiliterende mentorskap onderneem word.

Groep 1:

Wanneer voorgraadse Verpleegkundestudente oor 'n voldoende staat van ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede vir die tydperk van programvordering beskik om die programverwagtings en -eise te hanteer, benodig hulle minder interafhanklike betrokkenheid. Dit kan ook van 'n meer beperkte omvang wees ten opsigte van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning. Laasgenoemde kan in die algemeen of spesifiek in die akademiese en/of die kliniese kontekste van die organisasiestrukture en in die verskillende jaargange verleen word ten einde programkongruente professionele en persoonlike groei te fasiliteer.

Groep 2:

Wanneer voorgraadse Verpleegkundestudente nie oor 'n voldoende staat van ontwikkelde en professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede vir die tydperk van programvordering beskik om die programverwagtings en -eise te hanteer nie, benodig hulle meer interafhanklike betrokkenheid van 'n meer uitgebreide omvang ten opsigte van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning. Dit kan in die algemeen of spesifiek in die akademiese en/of kliniese kontekste van die organisasiestrukture en in die verskillende jaargange verleen word ten einde programkongruente professionele en persoonlike groei te fasiliteer.

Die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente wat hul program begin, word onder groep 2 geplaas. Enige voorgraadse Verpleegkundestudent van enige jaargroep mag egter in hierdie groep val of terugval. Dit mag veroorsaak dat daar in elke jaargroep 'n herevaluering van elke voorgraadse Verpleegkundestudent moet plaasvind, aangesien professionele en persoonlike vaardighede opnuut ontwikkel moet word. Nuwe programverwagtings en -eise word aan voorgraadse Verpleegkundestudente in elke jaargroep gestel. Dit sal hulle dan van 'n vorige groep 1, afhangende of hulle aan die kriteria wat daarvoor gestel is, na 'n groep 2 verskuif

volgens die verskillende vaardighede wat hulle benodig om aan programkongruente uitkomst te voldoen vir die tydperk van programontwikkeling waarin hulle verkeer.

Bogenoemde patrone word nie as sulks bespreek nie, aangesien die twee groepe se belewisse reeds onder die storie (sien 5.2.2.1) beskryf is. Die rou data is egter by die navorser ter insae. Die data wat uit aksiale kodering bevind is, word as onderbou gebruik tydens selektiewe kodering. Dit dui daarop dat fasiliterende mentorskap ten opsigte van elk van die programverwagtings en -eise wat deur die twee groepe aangedui word, wysig volgens die dimensionele reikwydte van die aard wat dit aanneem en die wyse waarop dit onderneem behoort te word (sien 5.2.4). Die nodige wysigings in fasiliterende mentorskap wanneer programverwagtings en -eise as toestande en die ontwikkelde en steeds ontwikkelende professionele bekwaamheid en lewensvaardighede van voorgraadse Verpleegkundestudente onderskeidelik wissel, word sodoende beplan.

5.2.5.2 DIE SISTEMATISERING EN VERSTERKING VAN DIE VERHOUDINGS

Tydens hierdie fase word 'n kombinasie van induktiewe en deduktiewe redenering benut waar daar deurlopend tussen vraagstelling, die generering van hipoteses en vergelyking beweeg word. Na aanleiding van die bestaande kontekste en inmengende veranderlikes word fasiliterende mentorskap gewysig ten einde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede by die voorgraadse Verpleegkundestudente te fasiliteer. Dit sal verseker dat programverwagtings en -eise gehanteer of bestuur kan word. Die volgende uiteensetting verklaar die kontekste wat fasiliterende mentorskap as gevolg van inmengende veranderlikes by die twee oorkoepelende groepe voorgraadse Verpleegkundestudente wysig. 'n Verdere verfyning van die patrone wat mag voorkom wat die mentors in staat sal stel om variasie en beweging in die proses van fasiliterende mentorskap in te bou, kan ontwikkel word deur die kontekste waarin die aksies en interaksies plaasvind, te identifiseer. Die volgende twee stellings dui die moontlike patrone aan wat ten opsigte van professionele bekwaamheid voorkom.

Stelling 1

Die voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor 'n voldoende staat van ontwikkelde akademiese en kliniese vaardighede vir die tydperk van programvordering beskik om die programverwagtings en -eise te hanteer en ook verdere ontwikkeling nastreef, word as **professioneel bekwaam** beskou om aan programkongruente uitkomst te voldoen.

Stelling 2:

Die voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor 'n onvoldoende staat van ontwikkelde akademiese en kliniese vaardighede vir die tydperk van programvordering beskik om die programverwagtings en -eise te hanteer en nie verder daaraan ontwikkel nie, word as **professioneel onbekwaam** beskou om aan programkongruente uitkomst te voldoen.

Die volgende verdere variasies mag voorkom in die professionele aspekte, wat uit akademiese en kliniese kontekste bestaan:

- Akademies-bevoegd en klinies-bevoegd;
- akademies bevoegd en klinies onbevoegd;
- akademies onbevoegd en klinies bevoegd; en
- akademies onbevoegd en klinies onbevoegd.

Die volgende twee stellings dui die patrone aan wat ten opsigte van persoonlike lewensvaardighede bestaan.

Stelling 3:

Voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor 'n voldoende staat van ontwikkelde lewensvaardighede vir die tydperk van programvordering beskik en verdere ontwikkeling nastreef, beskik oor **emosionele volwassenheid en lewensvaardighede** om aan programkongruente uitkomst te voldoen.

Stelling 4:

Voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor 'n onvoldoende staat van ontwikkelde lewensvaardighede vir die tydperk van programvordering beskik en nie verdere ontwikkeling nastreef nie, word as **emosioneel onvolwasse beskou en beskik oor onvoldoende lewensvaardighede** om aan programkongruente uitkomst te voldoen.

Die volgende variasies mag in die persoonlike aspekte in interaksie met die reeds genoemde professionele aspekte voorkom:

- Voldoende emosionele volwassenheid; lewensvaardighede en professioneel bevoegd;
- voldoende emosionele volwassenheid; lewensvaardighede en professioneel onbevoegd;
- onvoldoende emosionele volwassenheid; lewensvaardighede en professioneel onbevoegd; en
- onvoldoende emosionele volwassenheid; lewensvaardighede en professioneel bevoegd.

Bogenoemde patrone wat fasiliterende mentorskap sal wysig, benodig uitgebreide insig van mentors om aan die diverse behoeftes van voorgraadse Verpleegkundestudente te voldoen wat pro-aktief aangepak of alternatief remediërend reggestel behoort te word. 'n Verskeidenheid behoeftes by voorgraadse Verpleegkundestudente manifesteer. Daar is ook 'n verskeidenheid dimensies by elk van die behoeftes, wat die oorgang tussen 'n voldoende of onvoldoende staat van ontwikkelde professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede en die verdere ontwikkeling daarvan beïnvloed. Geen rigiede riglyne vir fasiliterende mentorskap kan dus neergelê word nie. Daar word dus nie gepoog om die wisselende patrone en die spesifieke fasiliterende mentorskap wat vir elke situasie aangedui word, te bespreek nie. Die mentors wat betrokke is, behoort unieke en individuele fasiliterende mentorskap interafhanklik met die voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors asook die bestuur van die organisasiestrukture - met inagneming van die beskikbare hulpbronne - te beplan en te implementeer.

Die finale stap waardeur die kategorieë voltooi word, word onderneem deur die data in kategorieë te plaas en te voltooi.

5.2.6 Stap 5: Die invul en voltooiing van die kategorieë

Die kategorieë word gegroepeer langs die dimensionele reikwydte van die eienskappe van die fenomeneem in ooreenstemming met die patrone wat te voorskyn kom. Dit word onderneem deur vrae te vra en vergelykings te tref tussen die kategorie-eienskappe en die dimensionele reikwydte waarvoor elke kategorie beskik. Die koderingstegnieke van Straus en Corbin (1990:61-142) word hierdeur voltooi.

Die kategorieë wat sodoende ontwikkel, word ooreenkomstig die dimensionele reikwydte van hul eienskappe gegroepeer. Die kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë word voltooi, verfyn, en die teorie in die realiteit begrond. Daar word vervolgens voortgegaan om die bevindings van die aksiale en selektiewe kodering ten opsigte van fasiliterende mentorskap in tabelvorm uiteen te sit. Die proses van fasiliterende mentorskap, wat moontlik in elke konteks volgens die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente van toepassing kan wees en wat na aanleiding van alle programverwagting en -eise wat ervaar is, onderneem kan word, word breedvoerig uiteengesit. Die uiteensetting dui alle moontlike variasies van pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning aan. Dit mag wissel ten opsigte van die omvang en spesifisiteit van die kontekste waarin dit onderneem word en die mate van interafhanklikheid wat benodig word. Fasiliterende mentorskap in hierdie navorsing is afgestem op die totaliteit van programverwagtings en -eise wat die respondente geverbaliseer het en wat interafhanklik met mentors en Verpleegkundedosente binne die organisasiestrukture onderneem moet word. Die verskillende wyses waarop fasiliterende mentorskap onderneem word en die aard daarvan, is nie op alle voorgraadse Verpleegkundestudente van toepassing nie. Die verskillende patrone wat mag voorkom, word dus nie bespreek nie, aangesien dit in verskeie kontekste binne wisselende situasies kan verskil.

Fasiliterende mentorskap begrond in die realiteit volgens die belewenisse wat geverbaliseer is, word vervolgens bespreek.

5.3 FASE 3: DIE BEGRONDING VAN DIE TEORIE

Die begronding van die teorie vind plaas deur die data diagrammaties uiteen te sit. 'n Kort inleidende beskrywing van die kernkategorie fasiliterende mentorskap word onderneem, waarna die persepsies van die navorser aangedui word. Die bevindings wat uit die data voortspruit, word daarna onder die kernkategorie en subkategorieë in tabelvorm uiteengesit.

5.3.1 Inleiding

Fasiliterende mentorskap wat aanbeveel word, word vanuit verskillende bronne induktief en deduktief afgelei. Induktiewe afleidings is vanuit die data-ontleding tydens aksiale kodering gemaak. In samehang hiermee word deduktiewe afleidings gemaak uit die meegaande literatuurkontrole waarvolgens die data bevestig is of nie. Die afleidings kom verder uit die verdiepende literatuurstudie wat tydens aksiale kodering onderneem is om moontlike wyses waarop pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning onderneem kan word, te

eksplorieer. Dordens kom dit uit die selektiewe steekproefneming wat tydens selektiewe kodering benut is ten einde die kernkategorie, fasiliterende mentorskap, te konseptualiseer. Hiervolgens word 'n verskeidenheid strategieë wat op pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning dui, geïdentifiseer, waarvolgens die programverwagtings en -eise wat binne akademiese, kliniese en persoonlike kontekste manifesteer, gehanteer kan word. Die kreatiwiteit van die mentors behoort verskeie benuttingsmoontlikhede te ontsluit en geen spesifieke wyse vir die aanwending van die bevindings word aangedui nie. Een van die belangrikste bevindings wat beklemtoon word, is dat die verpligting nie uitsluitlik op die voorgraadse Verpleegkundestudente geplaas moet word om in isolasie verantwoordelikheid te aanvaar vir die professionele en persoonlike groei wat hulle moet bereik nie. Die kontekste waarin die programverwagtings en -eise ervaar word en die rol wat die mentors ten opsigte van begeleiding en ondersteuning behoort te vervul, behoort volgens die bevindings as geheel aandag te geniet.

Enkele samevattende persepsies van die navorser na die wyse waarop fasiliterende mentorskap onderneem behoort te word, word eerstens weergegee, alvorens die bevindings van die navorsing as die proses van fasiliterende mentorskap uiteengesit word. Die siening van die navorser oor wie as mentors aangewys mag word, die wyse waarop fasiliterende mentorskap onderneem kan word, waarom dit onderneem moet word en in watter omstandighede dit onderneem kan word, word slegs oorsigtelik en by wyse van 'n voorbeeld in hierdie uiteensetting aangedui. Dit sal die persepsies wat die navorser oor die moontlike toepassing van die proses handhaaf, in perspektief plaas.

5.3.2 Samevattende persepsies van die wyse waarop fasiliterende mentorskap onderneem behoort te word

Die bevindings wat induktief uit die data-ontleding blyk en die daaropvolgende deduktiewe afleidings wat uit die bevestigende literatuurkontrole en verdiepende literatuurstudie bevind is, verskil nie veel nie. In 'n soeke na die betekenis wat fasilitering en mentorskap onderlê, blyk uit die literatuurstudie dat die funksies van mentors, preceptors, toesighouers, dosentpraktisyns en kliniese dosente verwant is en dat daar slegs enkele rolverskuiwings paasvind. Die verwagtings wat spesifiek ten opsigte van die onderrigrol aan die professionele eenheidsverpleegkundiges gestel word en die verdere verwagtings wat aan die Verpleegkundedosente gestel word om by die verpleging van pasiënte betrokke te raak, word oor dekades reeds bespreek sonder dat daar enige waarneembare vooruitgang in die debat was. Die twee genoemde kategorieë professionele personeel word weens hoë werkloadings en voltydse betrokkenheid by ander take

blykbaar nie in staat gestel om die verwagte rolle en funksies te vervul nie. Tog word daar voortdurend vereistes gestel dat aan die verwagtings voldoen moet word. Te midde van toenemende krisis in die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies, die tekort aan verpleegpersoneel en die toenemende veranderinge in die gesondheidsorgdiensleweringstelsels, blyk die opleidingsfunksie van die professionele eenheidsverpleegkundige en die kliniese rol van die Verpleegkundedosent nie voldoende te realiseer nie. Dit is dus noodsaaklik dat alternatiewe vir die begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente - in hierdie navorsing as fasiliterende mentorskap benoem - ontwikkel moet word. Die verskeidenheid verwagtings wat aan professionele verpleegkundiges en akademiese dosente gestel word, is nie uitvoerbaar nie. Dit dra gevolglik daartoe by dat die Verpleegkundedosente, voorgraadse Verpleegkundestudente, asook die professionele eenheidsverpleegkundiges, professioneel en persoonlik benadeel word.

Dit is die mening van die navorser dat 'n meer redelike en uitvoerbare benadering sou wees om die velde waarin fasiliterende mentorskap onderneem moet word, te versprei sodat die werklading nie uitsluitlik op die akademiese en kliniese mentors afgewentel word nie. 'n Uitdaging word aan die akademiese mentors gerig om as deel van die jaarbeplanning die kliniese eenhede en die gemeenskap vir moontlike en belangstellende deelnemers te ondersoek ten opsigte van diegene wat sinvolle fasiliterende mentorskap sou kon onderneem. Moontlike belangstellende deelnemers kan die volgende insluit: professionele eenheidsverpleegkundiges, geneeshere, paramediese personeel, administratiewe beamptes, potuurgroepe, gemeenskapsleiers, gasdosente, pasiënte (MIV/VIGS-beraders en diegene wat met die siekte saamleef), kultuurkenners, kreatiwiteitsontwikkelingsaanbieders, leerbegeleiers van ander dissiplines en stomaterapeute. Hulle kan genader word om aan die onderrigprogram deel te neem en moontlik as mentors by die universiteit aangestel word.

Die siening wat die navorser oor mentorskap handhaaf, is dat enige persoon wat bekwaam is in die veld van kundigheid wat die voorgraadse Verpleegkundestudente benodig, as mentors aangewys kan word. Die wyse waarop fasiliterende mentorskap onderneem behoort te word, verskil dus ten opsigte van die rol en funksie wat deur individuele mentors vervul moet word. Die rol van die akademiese mentors word as die van 'n koördineerder of 'n koppelrol beskou. Dit omsluit die beplanningsfunksie ten opsigte van beide komponente van professionele en persoonlike onderrig deur interafhanklike betrokkeheid van alle rolspelers, asook om sommige begeleiding en evaluering tydens teoreties-kliniese integrasie te onderneem. Die akademiese mentors raak egter nie betrokke in aktiewe verpleging nie, vanweë verskeie redes wat buite die bestek van die huidige navorsing val. Dit benodig roluitklaring. Die standpunt

waarvan uitgegaan word, is dat 'n gestruktureerde program individueel en interafhanklik met die betrokke Verpleegkundestudente ontwikkel behoort te word. Die betrokke mentors wat aan die program deelneem, moet as lede van 'n komitee benoem word om die beplanning te finaliseer en uit te voer. 'n Voorbeeld van die wyse waarop 'n verskeidenheid mentors benut kan word en die terapeutiese vaardighede wat hiervolgens aangeleer kan word, word slegs ter wille van duidelikheid uiteengesit. Stomaterapeute of professionele eenheidsverpleegkundiges wat as kliniese mentors optree, kan binne 'n geformaliseerde program betrek word ten einde die mees resente tegnieke vir stomasorg aan Verpleegkundestudente bekend te stel. Begeleiding om die inoefening van die prosedure in simulاسie te vervolmaak, kan deur portuurgroepleiers van dieselfde klasgroep plaasvind. Dit kan moontlik gemaak word deur aanvanklik informele onderrig in simulاسie te onderneem en daarna informele leerbegeleiding tussen groepe te onderneem. Die evalueringinstrumente behoort alle kriteria aan te dui waarop die voorgraadse Verpleegkundestudente geëvalueer word, met die klem op die kritieke en belangrike punte waardeur hulle pasiënte mag benadeel. Terselfdertyd kan dit as 'n leerinstrument in simulاسie aangewend word. Hierdeur kan die vrees vir evaluering uitgeskakel word. Die daaropvolgende plasings behoort die voorgraadse Verpleegkundestudent 'n geleentheid te bied om onder begeleiding van die stomaterapeut of professionele eenheidsverpleegkundiges wat as kliniese mentors toegewys is, die totale fisieke, emosionele en spirituele behoeftes van die pasiënt met kolonkanker te beraam en beplanning van verpleegtussentredes te onderneem. Dit mag oor 'n redelike tydsverloop plaasvind. Tussentredes kan dan geïmplementeer word met inagneming van die vlak van professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudente volgens die tydperk van programvordering beskik. Die daaropvolgende evaluering van die toepaslike verpleegstrategieë behoort voorsiening te maak vir die kreatiwiteit waaroor die voorgraadse Verpleegkundestudent beskik. Dit behoort ook die benutting van alle rolspelers binne spanverband in aanmerking te neem. Ten laaste word die plan wat volgens die verpleegproses ontwikkel is, binne klasverband voorgedra te word as deel van 'n formele evalueringssessie. Laasgenoemde kan gesamentlik deur die akademiese mentors en portuurgroepevalueerders onderneem word ten einde 'n toetspunt te verwerf. Sommige van die leerinhoud wat so geëvalueer is, mag dan van formele eksaminering vrygestel word volgens riglyne wat die Skool vir of departemente van Verpleging neerlê.

Professionele eenheidsverpleegkundiges wat nie deel uitmaak van die mentorspan en die spesifieke toewysing vir fasiliterende mentorskap nie, behoort ongestruktureerd en slegs op informele vlak by die alledaagse begeleiding en ondersteuning in die kliniese eenhede betrokke te raak. Voorbeelde hiervan is die byhou van die registers vir die toediening van afhanklik-

heidsvormende middels, toewys aan kliniese rondes saam met geneeshere om korrekte voorskrifte vir medikasie te ontvang en te vertolk, die kontrole van die noodtrollie en bestel van voorraad. Die korrekte teoretiese onderbou moet self deur die voorgraadse Verpleegkundestudente bygebring word deur byvoorbeeld aptekers te raadpleeg wat as mentors aangewys word, sodat medies-regstrisiko's uitgeskakel kan word. 'n Kliniese opdrag vir voltooiing van 'n werksboek wat die belangrikste medikasies, gebruike, nuwe-effekte, interaksies en kontra-indikasies aandui, behoort vir evaluering ingehandig te word.

Enige verdere begeleiding en ondersteuning behoort binne 'n vasgestelde program plaas te vind. Die akademiese mentors as koördineerders, in samewerking met die voorgraadse Verpleegkundestudente en die bestuur van die Skool vir en departemente van Verpleegkunde asook die toepaslike owerhede, onderhandel met die gesondheidsorgdienslewering-organisasies. Dit sal die verpleegdiensbestuurder wat betrokkeheid by die voorgraadse Verpleegkundestudente se professionele en persoonlike ontwikkeling aanvaar en die toepaslike owerhede insluit om die beoogde kliniese leergeleenthede en -ervarings in samewerking met die onderrigkomitee te bekom. Dit is uiters belangrik dat noodtoestande waaraan die voorgraadse Verpleegkundestudent blootgestel gaan word, soos kardiopulmonêre resussitasie, by die aanvang van opleiding pro-aktief onderneem word. Dit sal die voorgraadse Verpleegkundestudent as deel van die span en individueel in staat stel om lewens te red. Verskeie ander professionele en persoonlike vaardighede behoort, volgens die voorkennis van die akademiese mentors pro-aktief binne 'n begeleidingsprogram, aandag te geniet.

Die onmiddellike vraag rondom die vergoeding van mentors verdien aandag en behoort voor begroot te word binne redelike perke op 'n konsultasiebasis vir diegene wat nie op 'n vrywillige basis betrokke wil raak nie. 'n Alternatiewe beloningstelsel behoort ingestel te word, deur byvoorbeeld 'n erestatus aan mentorposte te gee wat op 'n nie-finansiële inslag berus. Diegene wat betrokke is, behoort deel te vorm van 'n span en volgens behoefte deur die akademiese mentors vaste riglyne te kry oor die kriteria wat spesifiek ten opsigte van mentorskap vir die afgebakende leerinhoud gestel word. Die belangrikste aspekte wat aandag moet geniet, is dat 'n passing tussen die mentors, die voorgraadse Verpleegkundestudente, die rol en funksie van die mentors en die fasiliterende mentorskap wat onderneem moet word, gevind moet word.

Die grootste probleem wat voorsien word volgens die ervaring van die navorser, is die toepassing van fasiliterende mentorskap in die kliniese praktyk. Die rede is dat werks- en tydsdruk die beskikbaarheid van die Verpleegkundestudente vir begeleiding en ondersteuning sporadies maak. 'n Deeglike ontleding van die terapeutiese prosedures wat werklik in die kliniese eenhede benodig word volgens 'n beginselgerigte benadering en wat in die praktyk

uitvoerbaar is, behoort onderneem te word. Die afskaling van onnodige terapeutiese tussentredes behoort tot minder opeenhoping in die kliniese onderrigprogram te lei, sodat voorgraadse Verpleegkundestudente pro-aktief op die belangrikste prosedures wat vir hul daaropvolgende plasing benodig word, voorberei kan word. Dit sal meebring dat hulle op 'n gegewe tydstip indiensopleiding moet ontvang ten opsigte van die belangrikste verpleegtussentredes wat hulle in die spesifieke kliniese eenhede sal benodig. Hulle kan aan die bepaalde kliniese eenhede as botallig toegewys word vir 'n paar uur tot enkele dae, soos onderhandel kan word onder begeleiding van toegewese mentors. 'n Voorbeeld hiervan sou die voorbereiding vir beheer in 'n kliniese eenheid op nagdiens wees. Daartydens kan die kliniese protokol en werkwyses wat gevolg behoort te word aan hulle verduidelik word in die eenhede waar hulle vir toegewese nagdiens sal werk. Die kliniese eenhede behoort bekend gestel te word voordat voorgraadse Verpleegkundestudente nagdiens doen, sodat hulle hulself vooraf kan vergewis van onbekende en moeilike terapeutiese tussentredes waaroor hulle nie kennis besit nie. Dit sal vrees en traumatiese ervarings vanweë die onkunde van die voorgraadse Verpleegkundestudente uitskakel. Die status van die voorgraadse Verpleegkundestudent benodig dus daadwerklike uitklaring. Daar behoort beding te word vir proporsioneel botallige status wat in die onderskeie jaargroepe sal wissel. Die medies-regstrisiko's waaraan hulle blootgestel word, behoort uitgeklaar te word, aangesien die voorgraadse Verpleegkundestudente nie opgewasse is teen die programverwagtings en -eise wat die kliniese eenhede aan hulle stel nie.

Die onderskeie bevindings uit die induktiewe en deduktiewe afleidings vanuit die data-ontleding, die meegaande literatuurkontrole om data te bevestig, asook uit die verdere verdiepende literatuurstudie, in samehang met die selektiewe steekproefneming ten opsigte van fasiliterende mentorskap, word vervolgens benut om die proses van fasiliterende mentorskap uiteen te sit. Prosesbeskrywing as komponent van teoriegenerering word slegs kortliks uiteengesit om proses in fasiliterende mentorskap te verduidelik.

5.3.3 Prosesbeskrywing as komponent van teorievorming

Proses is reeds volledig beskryf (sien 2.3.1.3.2) en word slegs kortliks aangehaal om die proses van fasiliterende mentorskap te verduidelik. Proses dui op die ineenskakeling van 'n reeks gevolge weens aksies of interaksies wat aangewend word om beheer of kontrole oor response te verkry, wat op 'n fenomeen gerig is. Daar word dus op groei, ontwikkeling en beweging teenoor mislukking, terugvalle en stagnasie gefokus. Die weerhouding van response teenoor verandering in toestande is van dieselfde belang as wat positiewe reaksie op 'n respons is.

5.3.3.1 DIE ONTWIKKELING VAN PROSES

Die ontwikkeling van proses is dinamies en behels die inbou van aksies of interaksies wat dan verbind word om 'n verloop van gebeurtenisse aan te dui of om 'n reeks aksies aan te dui.

Proses word analities onderneem, sodat die ontvouende aard van die gebeure aangedui word. Daar word aangedui waarom en hoe aksies of interaksies in die vorm van gebeure, aksies sal verander (Strauss & Corbin, 1990:145). Dit behels 'n indiepte-ondersoek en eksplorering van veranderende aksies of interaksies wat oor verloop van tyd as 'n respons tot verandering in toestande voorkom. Proses word in so 'n mate aangedui dat die leser 'n aanduiding sal kry van die verloop van gebeure wat as gevolg van 'n aksie of interaksie voorkom.

Daar word van induktiewe sowel as deduktiewe denkstrategieë gebruik gemaak. Indien onvoldoende data bestaan oor die bewys van proses in data, mag deduktiewe tegnieke so gebruik word en stellings van verhoudings oor moontlike potensiële situasies van verandering gemaak word om dié stellings te ondersteun, te weerlê of te modifiseer. In hierdie navorsing word in samehang met die data, uitgebreid van literatuur gebruik gemaak om stellings te ondersteun of te weerlê.

5.3.3.2 DIE MEGANIKA VAN PROSES

Verandering in toestande stel proses in werking en word deur Strauss en Corbin (1990:146) beklemtoon. Verandering word weerspieël deur 'n gebeurtenis of 'n situasie wat 'n verskil in 'n toestand in so 'n mate aanbring, dat die aksies of interaksionele strategieë wat daarop gerig is om 'n fenomeen te behou of 'n bepaalde doel te bereik, wysig. Tyd en beweging kom te voorskyn. Insteede daarvan om die aksies of interaksies in tyd en ruimte te vries, sal die ontleder poog om aan te dui hoe dit verander, beweeg en reageer op veranderings, wat noodwendig met verloop van tyd plaasvind. Die tydsverloop tussen elke verandering in toestande en die ooreenkomstige verandering in aksies of interaksies wat een deel mag uitmaak van 'n verloop of 'n reeks van aktiwiteite, kan kortstondig, gedurende 'n week, tot oor jare, verloop. Die tydsverloop tussen elke deel van 'n gevolg is nie so belangrik as die konsep van tydsverloop of beweging wat plaasvind nie. Die uiteensetting van die proses van fasiliterende mentorskap word vervolgens onderneem.

5.3.4 Uiteensetting van die proses van fasiliterende mentorskap

Die bevindings van die navorsing wat op die proses van fasiliterende mentorskap dui, word in tabelvorm uiteengesit. Die tabelvorm word verkies omdat die komponente van die

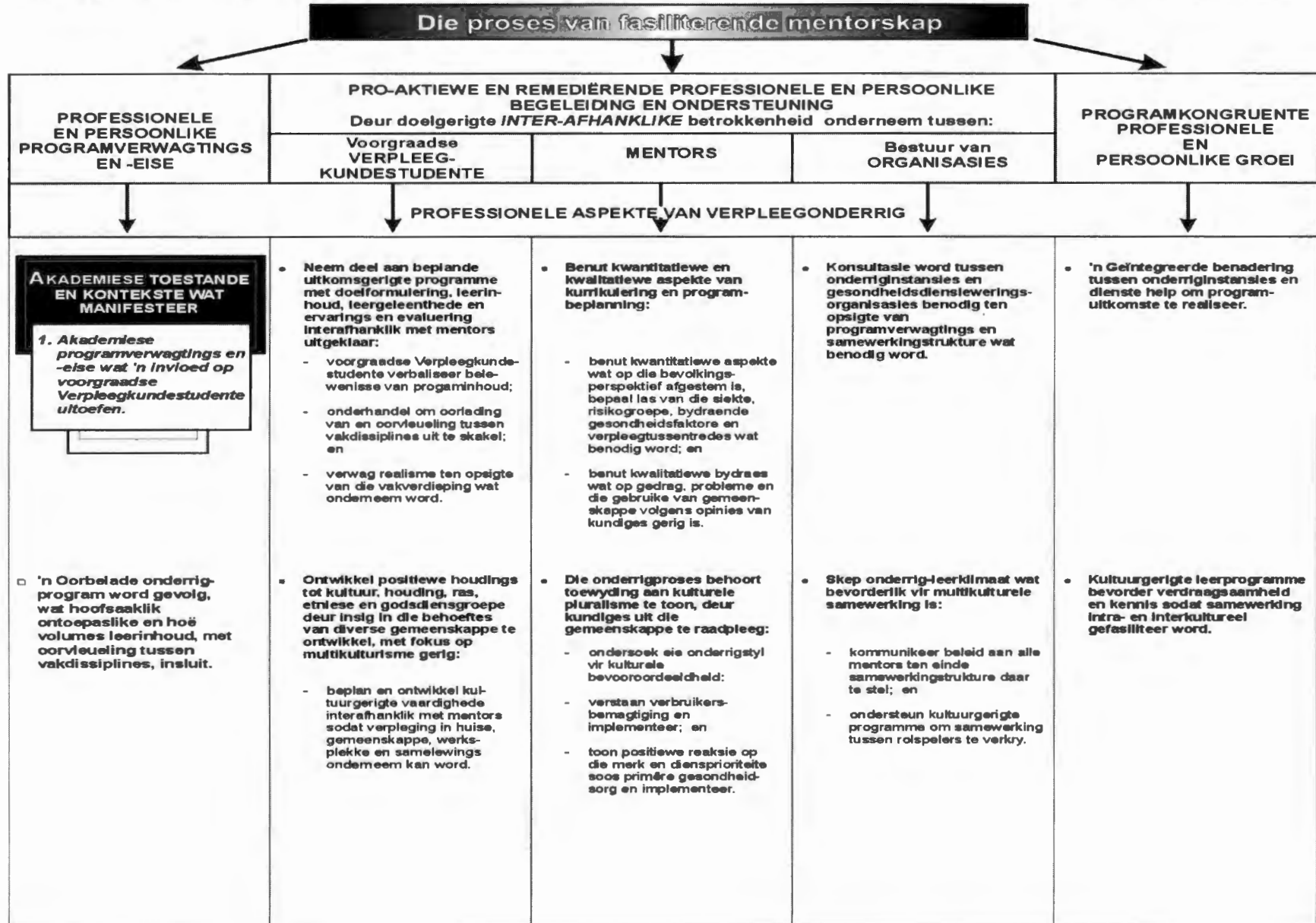
paradigmamodel en die analitiese verloop daarvan uitstekend daarin pas. Tabel 5.1 word soos volg geïnterpreteer. In kolom 1 word die programverwagtings en -eise wat aan die voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, onder twee hoofkontekste ingedeel. Dit is naamlik die professionele en persoonlike aspekte van verpleegonderrig. Die programverwagtings en -eise wat ten opsigte van die professionele aspekte gestel word, vind in die akademiese en kliniese kontekste van spesifieke organisasiestrukture plaas. Die persoonlike aspekte word as 'n volgende konteks beskou, waar programverwagtings en -eise ten opsigte van voorgraadse Verpleegkundestudente se ontwikkelde lewensvaardighede gestel word. Die programverwagtings en -eise verteenwoordig die toestande wat binne die genoemde kontekste voorkom en wat wissel. Die proses van fasiliterende mentorskap word gekenmerk deur bepaalde aksies wat pro-aktief en remediërend is. Die proses vind plaas deur interafhanklike betrokkenheid en deur middel van verskeie strategieë tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors en die bestuur van organisasies (gesondheidsorg-diensleweringorganisasies en onderriginstansies). Die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat op fasiliterende mentorskap dui, behels verskillende strategieë wat ter bereiking van programkongruente leeruitkomste aangewend kan word. Die strategieë word nie volledig as gedragsuitkomste geformuleer nie. Dit fokus slegs op die breë strategieë wat deur interafhanklike betrokkenheid bereik kan word. Dit moet doelgerig tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente, (kolom 2), die mentors (kolom 3) en die bestuur van die organisasies (kolom 4) beplan en geïmplementeer word ten einde programkongruente professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede by die voorgraadse Verpleegkundestudent te fasiliteer. Deur laasgenoemde kan die programverwagtings en -eise sodanig bestuur word dat programkongruente leeruitkomste bereik word.

'n Kort verduideliking van die navorser se denkpatroon volg na aanleiding van die programverwagtings en -eise wat in die akademiese kontekste weens 'n oorbelade onderig-program voorkom (kolom 1). Ten opsigte van die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat interafhanklike betrokkenheid tussen die benoemde rolspelers vereis, word die fokus op die voorgraadse Verpleegkundestudente in kolom 2 aangedui. Hul aandeel en die uitkomste van beplande strategieë ten opsigte van beplanning van programme word in kolom 2 aangedui. Die ontwikkeling van positiewe houdings tot kultuur en etniese groepe dui as 'n voorbeeld die uitkomste wat bereik moet word aan. Die verpligtings van die betrokke mentors (kolom 3) fokus op die kwantitatiewe en kwalitatiewe aspekte van programbeplanning en die toewyding wat aan kulturele pluralisme verwag word. Die rol van die bestuur van die organisasies is konsulerend ten opsigte van die samewerkingstrukture wat nodig is tussen die

akademiese en kliniese mentors en vir die skep van 'n onderrig-leerklimaat wat bevorderlik is vir multikulturele samewerking. Die strategieë word in kolom 4 aangedui. Dié rol van die voorgraadse Verpleegkundestudente in die beplanning van hul eie leer, hoe hulle die leersituasie ervaar en die voorkennis waaroor hulle beskik, benodig die interafhanklike betrokkenheid van alle rolspelers. Volgens die benadering waar die verpligting op die Verpleegkundedosent geplaas is om die voorgraadse verpleegkundestudent te onderrig, sou hierdie funksies dan deur eersgenoemde vervul word. Met fasiliterende mentorskap word daar deurlopend insette van die voorgraadse Verpleegkundestudente vereis ten einde die mees toepaslike strategieë vir die leer- en kliniese asook persoonlike behoeftes wat individueel toepaslik is, moontlik te maak. Hierdie strategieë, wat dus op die ontwikkeling van die voorgraadse Verpleegkundestudente afgestem is, word dus in kolom 2 aangedui. Alle mentors wat deur die onderriginstansies aangewys is en wat moontlik betrokke sal wees by die verskillende strategieë, word kollektief onder die opskrif "mentors" in kolom 3 ingesluit. Die strategieë is gerig op vaardighede waaroor die mentors moet beskik of behoort te ontwikkel en sekere strategieë wat mentors moet onderneem ten einde hulpbronne te ontwikkel om die fasilitering van professionele en persoonlike vaardighede van die voorgraadse Verpleegkundestudente teweeg te bring. Dit word aan die oordeel van die akademiese mentors wat die koppelrol vervul, oorgelaat om die nodige mentors by die verskillende strategieë te betrek. Die bestuur van die organisasies wat die onderriginstansie en die gesondheidsdiensleweringorganisasies insluit, behoort mentors te bemaagtig ten einde fasiliterende mentorskap te verleen. Die programkongruente leeruitkomstes dui op die gevolge wat verwag word wanneer die verskillende strategieë deur fasiliterende mentorskap onderneem word.

Tabel 5 1 wat die proses van fasiliterende mentorskap uiteensit, word vervolgens bespreek.

TABEL 5.1 : DIE UITEENSETTING VAN DIE PROSES VAN FASILITERENDE MENTORSKAP



<p>□ Idealistiese kennisoordrag vind plaas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel vaardighede om met ander te kan saamwerk: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel kliniese kennis en toesigbeheerde praktyk wat blootstelling aan verskeie diensleweringmodelle, roluitklaring en veranderingsbestuur aanspreek; en - ontwikkel lees-, skryf-, en taalvaardighede. • Evalueer die impak van die program in samehang met mentors: <ul style="list-style-type: none"> - benut streshanteringsprogramme wat gebied word. • Benut bestaande kennis van die voorgraadse Verpleegkundestudente as die raamwerk waarbinne nuwe kennis geherkonstrueer en geherorganiseer word, alvorens dit geïnternaliseer word: <ul style="list-style-type: none"> - verbaliseer die voorkennis waaroor Verpleegkundestudente beskik; - beding vir realiteitsgebonde onderrig wat behoeftes van gesondheidsorgdienste aanspreek asook die intellektuele ontwikkelingsfases waarin hulle verkeer; - verbaliseer die spesifieke verpleegvaardighede en bekwaamheidsvlakke waaroor beskik; - identifiseer die individuele begeleiding en ondersteuning wat benodig word, interafhanklik met mentors volgens die ouderdomme en onderrigting waaroor beskik; en - verwag realistiese kennisoordrag wat in die kliniese eenhede uitvoerbaar is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Herbeplan vir ondersteuningsprogramme wat op sosio-ekonomiese, kognitiewe en nie-kognitiewe veranderlikes, kulturele deelname, intra- en interpersoonlike verhoudings en die verwerwing van lees-, skryf-, en taalvaardighede afgestem moet word. • Volg 'n deurlopende en summatiewe evalueringsproses, interafhanklik met voorgraadse Verpleegkundestudente onderneem om stressituasies te ondervang. • Besin oor die verwagtinge en standaarde wat gestel word: <ul style="list-style-type: none"> - Beskik oor 'n ingeligte teorie van onderrig oor die wyse waarop kennis ingewin word, hoe leer plaasvind en hoe die rol van die voorgraadse Verpleegkundestudente in verhouding met hul leertaak beskou word; - akademiese en kliniese mentors verstaan hul eie leerproses in terme van eie ervarings; en - reflekteer oor onderrigpraktyk, wát leerinhoud behels, hoe aangebied, en waarom dit so gedoen word; 	<ul style="list-style-type: none"> • Samespreking met mentors om die impak van die program vir voorgraadse Verpleegkundestudente en mentors te bepaal en te remedieer. • Beplan en ontwikkel indiensopleiding van mentors in onderriginstansies ten einde vernuwing in die onderrigsituasie teweeg te bring en veranderingsbestuur te onderneem. • Fasiliteer integrasie tussen teorie en dit wat in die kliniese areas moontlik is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Begeleiding volgens behoeftebepaling onderneem dra tot professionele en persoonlike groei by. • Toepaslike onderrig vir die viak van ontwikkeling waarin die voorgraadse Verpleegkundestudente verkeer en vir die kliniese milieu en gemeenskap waarin verpleging onderneem word, bevorder toepaslike gesondheidsorgdienslewering. • Geheelsiening van die leerinhoud word bevorder.
--	---	---	--	---

<p>□ Wisselende akademiese kontekste word in verskillende jaargange van onderrig ervaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'n Rigid-gestruktureerde eerste en tweede jaar word ervaar wat kritiese denke en kreatiewe optredes inhibeer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaar fasilitering van begeleiding en ondersteuning ten opsigte van selfgerigte leer soos volg: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel vermoëns van en verkry betrokkenheid by leerproses deur kreatiewe, beginselgerigte leer te onderneem; - benut die verpleegproses om kritiese denkvaardighede en ontleding te bewerkstellig; en - doen keuses ten opsigte van die leerstyle en leeraktiwiteite wat benodig word, ten einde outonome leer te bevorder. • Fasiliteer 'n proses van onderhandeling tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente en die akademiese en kliniese mentors ten einde verantwoordelikheid vir eie leer te aanvaar en ondersteuningsprogramme te benut: 	<ul style="list-style-type: none"> • Volg 'n andragogiese benadering vir volwasse onderrig: <ul style="list-style-type: none"> - verplaas mag in die opvoedingsituasie na die voorgraadse Verpleegkundestudente; - tree as tussengangers en eksploreerders in die proses van kennisoordrag op; en - neem deurdagte besluite deurlopend, wat gebaseer is op wat werklik in die onderrigsituasie gebeur, sodat alternatiewe oorweeg kan word. • Ontwikkel ondersteuningsprogramme om vasgestelde kognitiewe en nie-kognitiewe probleme op te los. • Toepaslike leerhulp volgens behoefte moet verleen word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skep voortgesette onderrig- en indiensopleidingsgeleentehede om mentors in staat te stel om leerbegeleiding te bied. • Moedig professionele kennisvernuwing en verantwoordelike lewenslange leer by mentors aan ten einde stagnering te voorkom. • Voorsien hulpbronne en tyd om ondersteuningsprogramme te ontwikkel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorgraadse Verpleegkundestudente word in staat gestel om effektief in toenemende, komplekse gesondheidsorgdiensleweringstelsels te funksioneer. • Outonome denke en professionele outonomie ontwikkel. • Voorgraadse Verpleegkundestudente neem verantwoordelikheid vir eie leer en voortgesette onderrig.
---	---	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Hoë stresvlakke weens veeleisende tweede en derde jaar ontwikkel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel kritiese denke en kreatiewe probleemoplossingsvermoë sodat voorgraadse Verpleegkundestudente bevoeg en bekwaam in hul denkprosesse en besluitneming is: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel voldoende abstrakte, hoër kognitiewe denke en neem aan reflekeringsessies deel; - ontwikkel toepaslike studie- en leermetodes, asook leermotiveringsteorieë wat probleme remedieer; en - ervaar begeleiding volgens realistiese standaarde in die praktyk en die mate van ontwikkelde professionele bekwaamheid en lewensvaardighede waaroor hulle beskik. • Verminder volgehoue teoretiese en kliniese ladinge asook eksamendruk en beperkte tydstoewysing deur: <ul style="list-style-type: none"> - konsultasie en hulp ten opsigte van hoë studielading wat veral in die derde jaar voorkom; en - ontvang hulp met organisering van studieskedules en beplanning van eksamens, toetse en kliniese verpligtings. • Spesifieke stresshantering- en verliggende ingrepe word benodig, wat spesifiek volgens die tydvak van opleiding en individuele behoeftes oorweeg moet word: <ul style="list-style-type: none"> - benut onderrig in spesifieke stresshanteringsvaardighede wat volgens die tydvak van opleiding en individuele behoeftes oorweeg word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementeer 'n verskeidenheid akademiese en kliniese leergeleenthede en -ervarings ten einde vaardighede te ontwikkel: <ul style="list-style-type: none"> - fasiliteer leer wat kreatiewe denke-gerig, eerder as gedragsoriënteerd is en wat binne 'n interaktiewe proses plaasvind; - ontwerp modules en interaktiewe studiegidse wat selfgerigte leerbehoefes aanspreek; en - benut leermotiveringstrategieë om probleme te ondervang. • Fokus op die totale program en begeel voorgraadse Verpleegkundestudente as 'n heel persoon. • Konsulteer met akademiese en kliniese mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente om akademiese en kliniese programverwagtings en -eise te versoen. • Beskik oor vaardighede om individuele begeleiding en stresshantering te onderneem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verleen erkenning vir kreatiewe probleemoplossingsvermoë en stel beleid vas vir prestasie-motivering en beloning wanneer kreatiewe denke benut word. • Fasiliteer 'n onderrigleer-klimaat waar voorgraadse Verpleegkundestudente probleme kan bespreek. • Reël Indiensopleidingsprogramme om stresshantering by akademiese en kliniese mentors te ontwikkel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatiewe denke en hoë kognitiewe vermoëns ontwikkel. • Faal-angs vir semestertoetse en eksamens word in beide akademiese en kliniese komponente van die onderrigprogram uitgeskakel. • Voorgraadse Verpleegkundestudente word in staat gestel om program binne voorgeskrewe tyd te voltooi.
--	--	--	---	---

<p>□ Ontoereikende integrasie tussen teoretiese en kliniese leerinhoud kom vanweë ontoepaslike teoretiese leerinhoud en tidsdruk voor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus op navorsing wat toepaslik in die praktyk is en probleme wat die pasiënt en die voorgraadse Verpleegkundestudent in die realiteit ervaar: <ul style="list-style-type: none"> - Verkry voldoende tyd vir benutting van leer geleent-hede en -ervarings. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besin oor teoretiese leerinhoud wat nie sinvol geïntegreer kan word nie: <ul style="list-style-type: none"> - ondersoek kragte soos sosialisering, akademiese aspirasies en beleidsaspekte wat tot teoreties-kliniese-gaping bydra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderhandel vir nasionale oorkoepelende beleid ten opsigte van teoreties-kliniese integrasie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toepaslike teoretisering vir vlak van voorgraadse Verpleegkundestudente se vordering ontwikkel.
<p>□ Wisselende akademiese begeleiding- en ondersteuningservarings</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geïndividualiseerde begeleiding word nagelaat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Benut formele en informele kommunikasiestrukture tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente: <ul style="list-style-type: none"> - verbaliseer geïndividualiseerde behoeftes aan belangstelling, wat persoonlik-georiënteerd, en probleem-oplossend van aard is; - beplan interafhanklike geïndividualiseerde begeleiding en ondersteuning volgens leerbehoeftes; en - ontwikkel onderhandelings-vermoë binne spanverband, wat tegemoetkomend en met insig plaasvind. • Ervaar regverdiige en koesterende omgang binne 'n persoonlike kenverhouding sodat hoop en sukses bevorder word: <ul style="list-style-type: none"> - bou en verwag 'n vertrouens-verhouding waarin onvoorwaardelike aanvaarding ontwikkel, sonder om vooropgesette idees en persepsies oor prestasie-vermoëns te ervaar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderhandel vir paradigma-verskuiwing van dosente se rol na dié van mentors wat leerbegeleiding en ondersteuning fasiliteer: <ul style="list-style-type: none"> - vervul leidinggewende rol ten opsigte van professionele verhouding met duidelike grense in stand gehou; - modelleer emosionele intelligensie deur respekvolle interaksie; en - ontwikkel netwerk, onderhandelings- en oorradersvermoëns asook positiewe vertrouens-verhoudings vanaf aanvang van program. • Tree as primêre begeleiers van voorgraadse Verpleegkundestudente op: <ul style="list-style-type: none"> - openbaar toeganklikheid en wees beskikbaar om professionele en persoonlike vaardighede te fasiliteer en tree as voorspraak vir voorgraadse Verpleegkundestudente op. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderriginstansies ontwikkel 'n eie filosofie, waardes en etiek ten opsigte van begeleiding en ondersteuning binne die raamwerk wat deur die professionele Beroepsraad gestel word. <ul style="list-style-type: none"> - voorsien voortgesette onderwysprogramme om die vereiste vaardighede te ontwikkel; - stel beskikbare tyd vir begeleiding en konsultasie daar; en - ondersoek hoë werkkladings van mentors en stel alternatiewe voor. • Erken en formaliseer kliniese en akademiese rolle van mentors. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe beroepsosialisering volg. • Beroepsgeborgenheid volg.

<p>* Akademiese mentors beklemtoon akademiese aspekte en verontagsaam die kliniese begeleiding.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Berwerkstellig versoening tussen teoretiese en kliniese milieu: <ul style="list-style-type: none"> - ontvang hulp van Verpleegkundedosente tydens begeleidingssessies; - ervaar beplande leer-geleenthede wat teoretiese onderbou versterk binne 'n optimale leerklimaat; - onderneem interafhanklike kliniese evaluering wat toepaslik is en informele, self-en portuurgroepevalueringssessies insluit; en - verkry deurlopende mentorskontak ten einde probleme uit te klaar en veranderings in werkskedules te monitor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Behou aktiewe kliniese betrokkenheid tydens verpligte begeleidingssessies om as rolmodelle op te tree: <ul style="list-style-type: none"> - verkry samewerking tussen die onderriginstansies en die gesondheidsorgdienslewingsorganisasies ten einde begeleidingstrukture te vestig. • Wees toerekenbaar by die evaluering van bekwaamheid ten einde onbekwame verpleegkundestudente uit te sluit, en diegene wat kwalifiseer, in staat te stel om te vorder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel hulpkategorieë personeel, kliniese evalueerders of deeltydse personeel vir fasiliterende mentorskap beskikbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieselfde gewig word aan die akademiese en kliniese komponent van Verpleegkunde verleen.
<p>* Akademiese mentors vorm nie deel van die multidisziplinêre span nie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die eerstejaar Verpleegkundestudente ervaar meer begeleiding en deelname binne spanverband: <ul style="list-style-type: none"> - deeglike interafhanklike beplanning van kliniese leer-ervarings en -geleenthede vind plaas; en - beplan vir deelname binne multidisziplinêre spanverband deur met spanlede te onderhandel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademiese mentors onderhandel roluitklaring met kliniese mentors en neem nie aan aktiewe pasiëntsorg deel nie. • Akademiese mentors toon toewyding aan klinies: <ul style="list-style-type: none"> - bewerkstellig egtheid en empatiese omgang met kliniese mentors; - verleen fasilitering en hulp volgens behoeftes. - tree as kliniese koördineerders op; en - beklee die rol van veranderingsagent deur in samewerkingsverband en op deelnemende wyse op te tree ten einde aksieplanne te beraam. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die bestuur van onderriginstansie en gesondheidsorgdienslewingsorganisasie stel beleid ten opsigte van samewerkingstrukture vas. • Ondervang die rolkonflik en marginalisasie wat akademiese mentors in die kliniese milieu ervaar deur ondersteuningsprogramme en bemaatiging ten opsigte van begeleiding en ondersteuning te verleen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die rol van voorgraadse Verpleegkundestudente word binne multidisziplinêre spanverband gevestig.

<ul style="list-style-type: none"> • Akademie mentors is onbereikbaar en onbeskikbaar vir konsultasies, wat akademiese prestasie beïnvloed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorgraadse Verpleegkundestudente ontvang konsultasie volgens die leerbehoefes wat hulle aandui: <ul style="list-style-type: none"> - benut beskikbare konsultasies; - vergewis van bestaande netwerke vir hulpverlening wanneer akademiese mentors nie beskikbaar is nie; en - benut die portuurgroepbegeleiers wat in groep aangestel is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademie mentors onderneem roluitklaring met akademiese onderriginstansies om beskikbaar te wees as mentors. • Ontwikkel netwerke vir hulpverlening aan voorgraadse Verpleegkundestudente wanneer akademiese mentors nie beskikbaar is nie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel ondersoek in na werkladings wat aan mentors toegewys word en stel alternatiewe voor deur: <ul style="list-style-type: none"> - oorsake van negatiewe en demotivering by akademiese mentors vas te stel; en - akademiese mentors wat in 'n vakgebied met 'n kliniese komponent onderrig gee, as primêre begeleiers aan te stel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademie en kliniese prestasie van voorgraadse Verpleegkundestudente geoptimaliseer.
<ul style="list-style-type: none"> • Akademie mentors toon gebrekkige praktykervaring en word nie as rolmodelle beskou nie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundestudente tree as ko-eksplorieerders van resente kliniese vaardighede op en stel nuwe vaardighede en behoeftes aan die onderriginstansie bekend. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel kliniese paraatheid deur die bywoning van opknappingskursusse en indiensopleiding om resente vaardighede te bekom. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorsien geriewe en hulpbronne en ontwikkel programme om kliniese en teoretiese paraatheid te verbeter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Korrekte aanwending van psigomotoriese vaardighede ontwikkel. • Roelmoedskap ten opsigte van vaardigheid en bekwaamheid word verstewig.
<ul style="list-style-type: none"> • Akademie mentors kom professioneel verwyderd van studente voor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bemoedig oop kommunikasie om oor probleme te beraadslaag: <ul style="list-style-type: none"> - verbaliseer professionele en persoonlike ondersteuning; - handhaaf goeie interpersoonlike verhoudings met kollegas deur vaardighede te ontwikkel; en - verbaliseer positiewe reaksies tot onderrig materiaal en dat emosies gekoester word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Handhaaf duidelike professionele afstand, wat nie verwydering impliseer nie: <ul style="list-style-type: none"> - verstaan leidinggewende rol wat ten opsigte van voorgraadse Verpleegkundestudente en akademiese mentors se verhouding ontwikkel; en - stel duidelike grense ten opsigte van professionele en sosiale verhouding vas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwerp programme om emosionele intelligensie en beraadvoering te ontwikkel. • Onderriginstansie modelleer omgee in die onderrigomgewing wat in die gesondheidsorgdienste geïnkorporeer word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interafhanklike en kollegiale samewerking word geoptimaliseer. • Geborgenheid en gevoel van veiligheid by voorgraadse Verpleegkundestudente gevestig.

<ul style="list-style-type: none"> • Akademiese mentors wend vorderingverslae oneffektief aan met hoofsaaklik negatiewe terugvoering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontvang objektiewe en positiewe terugvoer van mentors ten opsigte van die leervordering wat hulle gemaak het: <ul style="list-style-type: none"> - voorgraadse Verpleegkundestudente neem verantwoordbare en oordeelkundige besluite in samehang met akademiese mentors oor verdere begeleiding wat nodig is; - ontvang nie-evaluerende begeleiding wat potensiaal verwesenlik; en - evalueer die impak wat terugvoering op hul doelwit-oriëntasie en persepsies van doeltreffendheid maak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mentorskap ondergaan 'n paradigmerskuiwing vanaf die fokus op gedrag of prestasie wat geëvalueer word na onderrigfokus op leer wat plaasgevind het: <ul style="list-style-type: none"> - mentors neem rol van ko-eksploreerder tydens begeleidingssessies in, sodat veranderende vorderingsbehoefte aangespreek word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel beleid vas ten opsigte van die gewig wat vorderingsverslae ten opsigte van kliniese werkverrigting teenoor akademiese prestasie behoort te dra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deurlopende evaluering van vordering behoort leemtes in professionele en persoonlike groei te ondervang.
<ul style="list-style-type: none"> • Akademiese mentors beskik nie oor uitvoerende magte nie en is onmagtig om situasies vinnig te wysig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaar deurlopende begeleiding en hanteer probleme soos onvoldoende pogings en aangeleerde hulpeloosheid. • Demonstreer leer wat plaasgevind het in stede van op prestasie te fokus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademiese mentors beskik oor gedelegeerde outonomie ten einde probleme reg te stel: <ul style="list-style-type: none"> - ondergaan vaardigheidsopleiding om toepaslike probleemsituasies te hanteer. • Ontwikkel alternatiewe wyses van eksaminering en evaluering. • Evaluering van slaag- en vorderingsvereistes volgens objektiewe metodes onderneem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skakel beperkings uit wat akademiese mentors in die uitvoering van hul pligte strem. • Evaluering van slaag- en vorderingsvereistes volgens objektiewe metodes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Probleemoplossingsvaardighede ontwikkel. • Objektiewe evaluering lei tot insig in leemtes wat in bekwaamheid en lewensvaardighede voorkom en die remediëring daarvan.

**KLINIESE TOESTANDE
EN
KONTEKSTE WAT
MANIFESTEER**

**2. Kliniese program-
verwagtings en -eise
wat 'n invloed op
voorgaadse Verpleeg-
kundestudente uitoefen.**

□ Swak werksomstandighede heers.

• Inkonsekwente praktykbe-
magtiging manifesteer.

- Ontwikkel 'n realiteitsbesef ten einde realiteitskok te verminder:
 - ontwikkel werksmetodes wat in die realiteit toegepas kan word; en
 - ervaar begrip vir die situasies waaraan voorgaadse Verpleegkundestudente blootgestel word.
- Ontwikkel outonomie ten opsigte van verpleeghandelinge en kundigheid waaroor beskik:
 - betrek by besluitneming op alle vlakke van die verpleegonderriginstansie;
 - ontwikkel beheer oor werksomgewing en uiteindelik oor professionele praktykvoering; en
 - ondemeem verantwoordbare, oordeelkundige besluitneming, interafhanklik met pasiënte, kollegas, multidisiplinêre span en betrokke mentors.
- Implementeer werksbeskrywings en toelaatbare terapeutiese tussentredes wat vir hul vlak van vordering toepaslik is.
 - vergewis van werksbeskrywings.

- Fokus op die realiteit van die kliniese milieu en verleen realiteitsgebonde begeleiding en ondersteuning.
- Beywer vir regstelling van probleme en gebreke wat onderrig in kliniese milieu belemmer.
- Ontwikkel onderrigprogramme en programinhoud wat outonome besluitneming beklemtoon.
- Klaar die bestek van praktyk uit wat voorgaadse Verpleegkundestudente mag onderneem.

- Stel taakmag saam wat die onvoldoende finansiering, gebrek aan toerusting en hulpbronne aanspreek.
- Klaar die begrip outonomie van optredes in Verpleegkunde in die Suid-Afrikaanse konteks uit.
- Stel beleid ten opsigte van bestek van praktyk vas en verleen konsekwente praktykbemagtiging wat spesifiek en toepaslik vir die vlak van vordering is.

- Behou nuutgekwalifiseerde voorgaadse Verpleegkundiges in akademiese hospitale.
- Ontwikkel outonoomdenkende verpleegpraktisyns wat verpleeghandelings toepaslik en verantwoordbaar uitvoer.
- Inter- en onafhanklike samewerking binne multidisiplinêre span word aangemoedig.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vereis toepaslike verantwoordelikheid deur die korrekte plasing volgens voorkennis en spesialisasiegebied asook vlak van vordering: <ul style="list-style-type: none"> - plasing in die gemeenskap in eerste jaar om stres te voorkom; - ontvang oriëntering aan kliniese eenhede, pro-aktief en op kontinue wyse; - beraadslag met onderrigkomitee oor verantwoordelike blootstelling wat onderrig behoeftes aanspreek; - ervaar afgebakende leerervarings- en geleentheid wat toepaslik vir toegelate tyd en vlak van programvordering is; - ontvang oriëntering alvorens aan nagdiens toegewys word; en - ruim tyd in vir verbalisering van gevoelens en refleksie oor die verwagtings wat gestel word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel kliniese programme wat teoretiese onderbou versterk: <ul style="list-style-type: none"> - vervul 'n fasiliterende rol ten opsigte van kliniese begeleiding as lid van die multidissiplinêre span wat teoretiese verwagtings met realiteit versoen, sodat konsekwente bemagtiging ten opsigte van leerinhoud kan realiseer. • Betoon empatie en begrip vir begeleidingsbehoefes van voorgraadse Verpleegkundestudente om uitgebreide rol en funksies te onderneem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminder organisatoriese beperkings sodat kundigheid waarvoor voorgraadse Verpleegkundestudente beskik, kan realiseer. • Beperk swak beplande toewysing van hoë verantwoordelikheid aan voorgraadse Verpleegkundestudente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lewensvaardighede om hoë verantwoordelikheid en stresvlakke te hanteer, ontwikkel. • Realiteit skok word voorkom.
<ul style="list-style-type: none"> • Professionele status deur owerheid genegeer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beding moontlikhede van botallige status vir korter tydperke: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar begrip vir studentstatus. • Ervaar ondersteuning tydens probleemsituasie deur beheerliggaam: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar dat besluite aangaande dissipline en teregwyding met omsigtigheid en verantwoordelikheid geneem word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademiese en kliniese mentors erken die studentstatus en implementeer die vereistes van die Beroepsraad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hersien beleid ten opsigte van studentstatus. • Klaar gesagdraende beheerliggaam wat oorhoofse beheer neem, uit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionele status van verpleegkundiges word bevorder.

<p>* Onvoldoende menslike hulpbronne beskikbaar.</p> <p>□ Vyandige organisasieklimaat heers.</p> <p>* Professionele onverskilligheid by eenheidsverpleegkundiges aangetref.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voorkom dat voorgraadse Verpleegkundestudente hoofsaaklik as werkkragte aangewend word: <ul style="list-style-type: none"> - evalueer werkbeskrywings en onderhandel dat nie-verpleegkundige take verminder; en - verbaliseer fisieke en psigiese uitputting waaraan hulle blootgestel word. • Oorweeg en bespreek akademiese en kliniese eise ten einde stresvlakke te verlaag. • Fasiliteer interne lokus van kontrole en beheer oor vyandigheid en destruktiewe klimaat wat gesondheidsorgdienslewingsorganisasies kenmerk. <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel interne lokus van kontrole. • Internaliseer verdraagsaamheid teenoor kollegas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderhandel dat foutiewe benutting van voorgraadse Verpleegkundestudente deur hospitaalbestuur aandag geniet. • Professionele eenheidsverpleegkundiges ontwikkel instrinsieke motivering en word bemagtig om: <ul style="list-style-type: none"> - die nie-verpleegkundige take in eenhede uit te skakel; - konstante monitering van die verantwoordelikheid van eenheidsverpleegkundiges te onderneem; en - alternatiewe dienslewingsmodelle te volg ten einde by kliniese aktiwiteite in te skakel. • Verpligte herakkreditering van professionele verpleegkundiges om bestuurs-, onderrig- en verpleegvaardighede te verbeter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel probleme met personeelvoorsiening en produktiwiteit reg. • Oorweeg personeeltoewysingsmetodes wat volgens moeilikheidsgraad van kliniese eenhede vasgestel word. • Voorsien toereikende en toepaslike laer kategorieë personeel ten einde hulp met fisieke versorging van pasiënte te onderneem. • Wys aflosspanne volgens wisselende situasies aan kliniese eenhede toe. • Onderneem 'n duidelike missie- en visiestelling van organisasies en kommunikeer aan alle rolspelers en implementeer. • Stel 'n taakmag saam om die swak deelname aan verpleging van pasiënte te ondersoek. • Ondersoek die swak werksomstandighede, toesig, interpersoonlike vaardighede, verhoudings en tydverkwisting wat plaasvind. • Desentraliseer gesag na verpleegkundiges om higiëne en toerusting van eenhede te beheer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorgraadse Verpleegkundestudente ontwikkel voldoende leerervarings om kwaliteitverpleging te verleen. • Verantwoordelikheid en verantwoordbare gedrag ten opsigte van die beheer van kliniese eenhede ontwikkel.
--	--	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Verouderde kundigheidsvlakke en swak rolmodelskap by professionele eenheidsverpleegkundiges aanwesig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaar rolmodelskap van professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> - voortdurende betrokkenheid by resente vaardighede. • Ervaar voorbeelde van vervulde werkskragte wat werkstevredenheid en etiek openbaar: <ul style="list-style-type: none"> - beleef voldoende transkulturele samewerking ten einde verskeie waardes en norme te integreer. • Betoon aktiewe betrokkenheid by nutste verpleegontwikkelings en veranderingsbestuur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opgradering van kundigheidsvlakke as verantwoordelikheid van professionele eenheidsverpleegkundiges aangedui: <ul style="list-style-type: none"> - onderneem voortgesette onderrig en indiensopleiding in eenhede wat spesifiek van toepassing is; - onderneem onderrigvaardighede in samewerking met akademiese mentors; en - handhaaf korrekte wetlike, etiese en professionele verpleegvaardighede. • Ervaar werkstevredenheid: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel intrinsieke motivering asook interne lokus van kontrole; en - ontwikkel transkulturele gemeenskaplike kern vir verpleegkundiges se professionele identiteit, verplegingswaardes, vaardighede, medemenslikheid en vertrou. • Behou deelname aan professionele besluitnemings deur takvergaderings van professionele liggame as leergeleenthede te benut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel en bied resente en toepaslike vaardighedsprogramme vir professionele eenheidsverpleegkundiges aan. • Erken die bydrae van alle rolspelers en ook dié van ouer verpleegkundiges, verbeter werksomstandighede en voordele ten einde hulle te behou: <ul style="list-style-type: none"> - gefaseerde aftrede sodat belangstelling tot aan einde van loopbaan behoue bly. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lewenslange betrokkenheid by voortgesette onderrig en resente veranderings aangemoedig. • Behoud van 'n tevrede personeelkorps wat kwaliteitverpleging verseker. • Beroepsidentifikasie word bewerkstellig.
--	--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Permanente personeel toon lae moreel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaar rolmodelskap ten opsigte van positiewe en gemotiveerde professionele verpleegkundiges. • Betrek by besluitneming wat toepaslik vir die vlak van vordering is. <ul style="list-style-type: none"> • Ervaar voorbeelde van rolmodelle ten opsigte van leierskap, besluitneming, stres-hantering en verantwoordbare gedrag sodat dit deur voorgraadse Verpleegkundestudente geïnternaliseer word. <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel leierskapvaardighede toepaslik vir vlak van programvordering; en <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel streshanterings- en besluitnemings-vaardighede ten einde uitbranding te voorkom. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbind professionele eenheidsverpleegkundiges kontraktueel ten einde: <ul style="list-style-type: none"> - veiligheid van pasiënte te verseker; en - faktore wat lae moreel en verontagsaming, van verantwoordelikheid aandui, kontraktueel en skriftelik aan nuwe personeel by aanstelling uit te klaar. <ul style="list-style-type: none"> • Ervaar keuses ten opsigte van die eenhede waar professionele verpleegkundiges geplaas word. <ul style="list-style-type: none"> • Verkry deelname aan besluitneming ten opsigte van verandering en daaglikse bestuur van eenhede. <ul style="list-style-type: none"> • Demonstreer leierskapvaardighede ten einde voorgraadse Verpleegkundestudente en kollegas te begelei en vaardighede te fasiliteer. <ul style="list-style-type: none"> • Demonstreer streshanterings-vaardighede ten einde uitbranding te voorkom en streshantering by voorgraadse Verpleegkundestudente en kollegas te fasiliteer. <ul style="list-style-type: none"> • Demonstreer streshanterings-vaardighede ten einde uitbranding te voorkom en streshantering by voorgraadse Verpleegkundestudente en kollegas te fasiliteer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersoek diens- en werksomstandighede in die akademiese hospitale: <ul style="list-style-type: none"> - laat professionele eenheidsverpleegkundiges toe om vir hulself verantwoordelikheid te aanvaar. <ul style="list-style-type: none"> • Ondersoek die moontlikhede van swak passing tussen die persoon en die werksomgeving wat stres veroorsaak. <ul style="list-style-type: none"> • Volg deelnemende bestuur, indien kundigheid van werknemers dit toelaat. <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteun en gee raad ten opsigte van rolverwagtings, en beperkings wat ervaar word. <ul style="list-style-type: none"> • 'n Beleid van multidisiplinêre samewerking behoort te realiseer. <ul style="list-style-type: none"> • Prestasiebestuur as beloningstelsel ingestel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rolmodelskap ontwikkel. <ul style="list-style-type: none"> • Beroepsidentifikasie en verantwoordbare praktisyns ontwikkel.
--	--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Die hospitaalbestuur bevorder beroepskategorisering en konflik deur kentekens en personeelrotasie deur die eenhede toe te laat. <p>□ Wisselende kontekste van interdisiplinêre samewerking manifesteer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spanwerk en groepsgees by gespesialiseerde hospitale aangetref. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorgaadse Verpleegkunde-studente behoort op die voordeel van personeelrotasie gewys te word ten einde keuses ten opsigte van spesialisasie te doen: <ul style="list-style-type: none"> - verstaan die benutting van en implikasies wat kentekens tot gevolg het; en - verstaan die redes vir personeelrotasie - ontwikkel intra- en interpersoonlike vaardighede om konflik met kollegas te hanteer <ul style="list-style-type: none"> • Beoefen konflikvrye prestasie-motivering binne samewerkingstrukture sodat kompetisie nie as negatief beleef word nie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Behou permanente personeel in spesialiseenhede van hul keuses ten einde: <ul style="list-style-type: none"> - die onderrig, bestuur- en verpleegvaardighede wat spesifiek op die kliniese eenhede van toepassing is, uit te bou. • Ontwikkel samewerking tussen kliniese en akademiese mentors om die kundighedsvlakke van voorgaadse Verpleegkunde-studente te ontwikkel: <ul style="list-style-type: none"> - beskik oor intra- en interpersoonlike vaardighede om roterende en akademiese personeel te integreer. <ul style="list-style-type: none"> • Openbaar prestasie-gemotiveerde gedrag. • Ontwikkel samewerking tussen verpleegdiens- en ander spanlede om spangees te ontwikkel. • Behou sinvolle professionele grense tussen kategorieë personeel wat nie spangees versteur nie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beperk onnodige rotasie van bestaande personeel deur aflosspanne vir 'n tekort wat ontstaan in verskeie afdelings te benut. • Stel akademiese mentors in staat om as deel van die multidisiplinêre span, met kliniese mentors saam te werk. <ul style="list-style-type: none"> • Moedig prestasie-motivering aan deur 'n beloningstelsel in te stel. • Stel vaste grense tussen voorgaadse Verpleegkunde-studente en paramediese personeel se rol en funksie vas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabiliteit in die werksmilieu gehandhaaf. • Samewerkingstrukture en -netwerke tussen onderrig- en gesondheidsorgdiensleweringsorganisasies gevestig. • Prestasie-gemotiveerde gedrag ontwikkel. • Positiewe organisasieklimaat gevestig waarbinne Verpleegkunde-, mediese en paramediese studente optimaal onderrig kan ontvang.
---	---	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Voorgaadse Verpleegkundestudente voel uitgesluit uit die span en ervaar dat kampvegtery en dislojaliteit vanweë mededinging aanwesig is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Benut die positiewe bydrae van spanwerk waar alle rolspelers se bydrae erken word. • Onderneem roluitklaring van voorgaadse Verpleegkundestudente in samewerking met ander spanlede, naamlik: <ul style="list-style-type: none"> - lewer positiewe bydrae binne spanverband; - ervaar erkenning van positiewe bydrae binne spanverband; - neem deel aan toepaslike terapeutiese tussentredes wat deur ander gesondheids-sorgpersoneel gelewer word; - betoon lojaliteit en handhaaf goeie verhoudings binne spanverband; - stel effektiewe kommunikasiekanale beskikbaar; - vermy vooropgesette idees oor individuele rolspelers; - erken eiesoortige opleidingsbehoefes van elke spanlid; - ontwikkel vermoëns van gesagstoëiening om outonome funksies binne spanverband uit te voer; - stel diversiteit van die programinhoud aan multidissiplinêre spanlede bekend; - ontwikkel selfhandhawing en konflikthanteringsvaardighede ten einde rol en funksies te vervul; en - toon trots in eie beroepskeuse en die terapeutiese rol wat vervul word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Benut alle rolspelers wat kan deelneem en onderneem roluitklaring in samehang met spanlede, sodat studentstatus en leerbehoefes individueel aangespreek word. • Volg 'n pasiëntgerigte benadering met gekoördineerde verpleeg- en ander terapeutiese tussentredes as norm. • Erken outonome status van voorgaadse Verpleegkundestudente en onderneem roluitklaring in samehang met spanlede. • Neem deel aan interdisziplinêre spanpogings en programme ten einde geïntegreerde, pasiëntgerigte tussentredes te ontwikkel. • Ondersteun voorgaadse Verpleegkundestudente se rol en funksies en reël of beplan die nodige geleenthede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inkorporeer spanbenadering in die dienslewingsmodel wat gevolg word. • Deelnemende bestuur met verpligte deelname van alle rolspelers binne spanverband as beleid in akademiese hospitale gestel. • Identifiseer afhanklike, interafhanklike en onafhanklike funksies van professionele verpleegkundiges buite en binne spanverband en stel beleid saam. • Ontwerp en implementeer interdisziplinêre samewerkingsprogramme en implementeer gemeenskapsbaseerde programme deur professionele en wetlike steun te verkry. 	<ul style="list-style-type: none"> • Spanbenadering verbeter groepsgees en werkstevredenheid. • Kollegiale interafhanklikheid met multidissiplinêrespan ontwikkel • Oorweegde onafhanklike besluitneming binne spanverband skakel konflik tussen rolspelers uit. • Outonomie binne spanverband bemoedig en dra tot verhoogde selfkonsep by. • 'n Geïntegreerde benadering tot gesondheidsorgdienslewering realiseer.
---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Destruktiwe dissipline en misbruik van mag kom voor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dissipline behoort toegepas te word, kongruent met respekvolle interaksie wat verwag word: <ul style="list-style-type: none"> - ontvang regverdige beloning vir prestasies; en - ervaar regverdige werks-ladings sonder dat strafmaatreëls toegepas word. • Beoefen goeie kommunikasie: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar dat opleidings-behoefes as van gelykwaardige belang as dié van ander kategorieë studente erken word; en - ervaar positiewe gesag-strukture. • Ervaar toepaslike en regverdige dissipline: <ul style="list-style-type: none"> - benut fasiliteringstegnieke ten opsigte van regstelling van gedrag en poog om regverdige kritiek te aanvaar; - ervaar dat realistiese standarde vir program-vordering herstel word; en - die totale profiel van voorgraadse Verpleeg-kundestudente word tydens evaluering vir vorderings-slae erken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel positiewe konflik-hanteringsmeganismes tussen personeel om spanning te verlig: <ul style="list-style-type: none"> - vermy vyandigheid en destruktiwe wyse van dissipline toepas. • Handhaaf 'n vertrouens-verhouding tussen kollegas ten einde konflik te vermy. • Beoefen deelnemende bestuur en vervang outokratiese styl, deur sinvolle kommunikasie met ondergeskiktes te handhaaf. • Onderneem objektiewe beplanning ten opsigte van werksverdeling. • Beoefen konsekwente gesagstoepassing. • Vaardigheid ten opsigte van evaluering van die totale profiel van die voorgraadse verpleegkundestudent moet ontwikkel word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor die opleidingsklimaat vir onregverdige en destruktiwe magstoepassings wat tot personeelomset lei. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe handhawings-tegnieke (van die self) en konflikbestuur ontwikkel. • Positiewe beeld van die beroepstatus na aanleiding van optrede van professionele verpleegkundiges verbeter. • Positiewe gesagstrukture fasiliteer die ontwikkeling van selfkonsep.
---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Vooroordeel en diskriminasie teenoor voorgraadse Verpleegkundestudente kom voor. □ Ontoereikende organisatoriese strukture bestaan. ● Swak of geen konsultasie tussen onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hanteer vooroordeel en onreg: <ul style="list-style-type: none"> - Toon selfhandhawing en bevaagteken ongegronde kritiek; en - ervaar respek en individuele erkenning asook dieselfde toegewings as alle studente wat betrokke is. ● Ervaar gevoel van samehorigheid en lojaliteit tussen onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies. ● Maak kontak met onderriginstansies om individuele behoeftes te verbaliseer: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar toereikende begeleiding en ondersteuning tydens leerervarings by afgeleë gesondheidsorgdiensleweringorganisasies; en - beding dat toereikende veiligheidsmaatreëls in plek gestel word wanneer moeilike en onveilige gebiede besoek word. ● Ervaar erkenning ten opsigte van eie individualiteit van opleidingsbehoefes. ● Behou kontinue kommunikasie, mondelings en skriftelik, met mentors oor die vordering en opleidingsbehoefes wat ervaar word. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Wees vertrouwd met die leerinhoud en programverwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word. ● Erken die individualiteit van voorgraadse Verpleegkundestudente en hul opleidingsbehoefes. ● Ontwikkel netwerke met kliniese mentors en andersom om inligting na en vanaf voorgraadse Verpleegkundestudente te versend. ● Stel veiligheidsmaatreëls in plek. ● Behou kontinue kontak met voorgraadse Verpleegkundestudente om vorderingsverslae te bespreek en evaluering deur verslae te verbeter. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Wees bewus van die geheelaansprake wat die programinhoud vereis. ● Skep formele en informele inligtings- en kommunikasiekanale tussen betrokke rolspelers ten einde inligting deur te gee. ● Stel verantwoordelike tussen-gangers aan wat kommunikasie kan bewerkstellig. ● Neem verantwoordelikheid vir veiligheid van voorgraadse Verpleegkundestudente tydens verpligte kliniese leerervarings. ● Bepaal die funksies van die gesagdraende beheerliggaam ten opsigte van oorhoofse beheer. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Behoud van gegradueerde verpleegkundiges by akademiese hospitale. ● Geborgenheid en gevoel van veiligheid word by voorgraadse Verpleegkundestudente bevorder.
---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Swak of geen vorderingsverslae oor opleidingsbehoefte en werkverwante prestasie vind plaas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effektiewe benutting van vorderingsverslae word vereis: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar dat werklike kliniese prestasie weerspieël word om diegene wat goeie verpleging onderneem, te motiveer; - ervaar objektiewe evaluering van professionele en persoonlike vordering wat eensydige positiewe of negatiewe verslae vervang; en - ervaar dat selfevaluering van eie prestasie tydens die verloop van die program aangemoedig word en dat konstruktiewe voorstelle oor vordering gegenereer word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademie se en kliniese mentors konsulteer oor programverwagtings en -eise. • Korreleer akademiese en kliniese mentors se evaluering van voorgraadse Verpleegkundestudente se prestasie. • Verkry samewerking tussen akademiese en kliniese mentors vir die evaluering van kliniese vordering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies behoort deurlopende kontak oor professionele vordering van voorgraadse Verpleegkundestudente te behou ten einde krisisituasies te ondervang. • Verleen dieselfde gewig aan akademiese en kliniese verslae. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionele bekwaamheid en persoonlike lewensvaardighede word bevorder volgens die programuitkomst wat beplan is. • Kwaliteitverpleging word bevorder. • Beïnvloed praktyk na registrasie en behoud van die voorgraadse Verpleegkundestudente vir die beroep.
<ul style="list-style-type: none"> □ Ontoereikende begeleiding en ondersteuning word deur eenheidsverpleegkundiges verleen. • Begeleiding en ondersteuning van eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente word as van kardinale belang beskou. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente benodig begeleiding en ondersteuning om tot professionele en persoonlike ontwikkeling en aktualisering te vorder: <ul style="list-style-type: none"> - behou motivering en entoesiasme oor beroep; - verbaliseer die belewenisse en die betekenisgewing wat plaasvind; - benut en implementeer strategieë ten einde ontnugtering en realiteitskok te verminder; - ervaar individuele begeleiding volgens behoeftes; en - demonstreer die korrekte werksmetodiek in die kliniese eenhede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel formele onderrigbeleid en 'n mentorskapprogram saam. • Behou samewerking binne 'n kliniese onderrigkomitee bestaande uit akademiese en kliniese mentors, portuurgroepe en voorgraadse Verpleegkundestudente oor relevante leerinhoud en verwagte begeleidingsessies wat benodig word. • Akademie se mentors ontwikkel plasing-, begeleidings- en ondersteuningsprogramme wat interafhanklik met voorgraadse Verpleegkundestudente beplan en voltooi behoort te word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteun formele onderrigbeleid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe beroepsosialisering vanaf aanvang van program gevestig.

<ul style="list-style-type: none"> • Professionele eenheidsverpleegkundiges is onwillig en onbeskikbaar om te begelei. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informeel kliniese onderrig aan en toesig van voorgraadse Verpleegkundestudente word as 'n kontraktuele vereiste gestel: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar dat voldoende toesig oor kliniese milieu gehou word; en - ontwikkel verantwoordelikheid ten opsigte van versuime deur belewenis dat toepaslike pligte aan hulle toegewys en verstaan word. • Beleef positiewe ervarings en verhoog die motivering deur respek aan voorgraadse Verpleegkundestudente te betoon word: <ul style="list-style-type: none"> - beplan leergeleenthede en -ervarings interafhanklik met mentors; - ervaar 'n onderrigklimaat wat bevorderlik vir leer is; en - beleef ervaringsleer in die werklike praktyk en fokus daarop om probleemoplossing, implementering en besluitnemingsvaardighede te ontwikkel. • Behoud van deurlopende kommunikasie tussen kliniese mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente oor die noodsaaklike uitkomst, standarde en vordering wat beoog word: <ul style="list-style-type: none"> - benut leergeleenthede soos saalrondes, rekordhouding en daaglikse werksaamhede wat toepassing van teorie in praktyk versterk; - benut geriewe optimaal en poog om probleem- en pasiëntgeoriënteerde leergeleenthede te bekom; en - ontwikkel standarde vir kwaliteitverpleging en optimaliseer kommunikasievaardighede om verpleging te doen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontraktuele uitklaring van die primêre rol en funksie van professionele eenheidsverpleegkundiges ten opsigte van onderrig. <ul style="list-style-type: none"> - aanvaar verantwoordelikheid ten opsigte van versuime deur redelike sorg te dra dat pligte aan ondergeskiktes toegewys word. • Ontwikkel leierskapvermoëns en beoefen dit as vaardige outonome praktisyns. • Ontwikkel intrinsieke motivering om die onderrigrol te vervul: <ul style="list-style-type: none"> - onderneem voortgesette onderrig en indiensopleiding om ervaring te bekom; en - klaar informele onderrigrol uit. <p>Behou 'n goeie verhouding tussen die kliniese mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente aangesien dit sentraal tot kennisontwikkeling staan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevestig effektiewe kommunikasienetwerke met kliniese mentors oor program verwagtings en uitkomst wat bereik moet word. • Kliniese mentors ontwikkel belangstelling om onderrigrol op 'n informele basis te vervul, sodat standarde van kwaliteitverpleging gestel en behou word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersoek redes waarom onderrig nie plaasvind nie, naamlik: <ul style="list-style-type: none"> - stel die hoë werkadings waaraan professionele verpleegkundiges blootgestel word en die personeeltekort reg; en - skakel onnodige koördineringsfunksies en nie-verpleegkundige take uit wat tyd verkwis. • Reël vir ontwikkeling en aanstelling van mentors om aan dosent-voorgraadse Verpleegkundestudentverhouding te voldoen. • Fasiliteer motiveringsprogramme vir mentors. • Moedig samewerking tussen kliniese mentors, onderriginstansies en bestuur van die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies aan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe leeromgewing dra tot effektiewe kliniese praktykvoering by. • Verhoog kwaliteitsorg en beoordeel begeleiding. • Verbeter samewerkingsstrukture en voorsien sekuriteit en geborgenheid om potensiaal te verwesenlik. • Kollegialiteit en lojaliteit word by toekomstige leiers geïnternaliseer. • Geïntegreerde pogings van alle mentors versterk die bereiking van programkonkrete leeruitkomst.
--	---	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Swak professionele en persoonlike groei asook sosialisering vanweë rolmodelle wat ontbreek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rolmodelle fasiliteer die professionele en persoonlike groei asook die sosialisering wat voorgraadse Verpleegkundestudente sal ondergaan: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar dat korrekte vakkennis oorgedra word; - volg persoonlike voorbeeld van positiewe rolmodelle as kragtige onderrighulpmiddel na; - toon aktiewe betrokkenheid in en verkry terugvoering oor eie vordering; en - internaliseer eienskappe soos positiewe omgee, selfhandhawende gedrag en professionele voorspraak wat rolmodelle kenmerk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akademie se mentors betoon aktiewe betrokkenheid. • Beywer om positiewe beelddraers van die beroep te wees: <ul style="list-style-type: none"> - handhaaf professionele standaarde in alle rolle en funksies; - ontwikkel empatiese houdings en persoonlike eienskappe wat sensitief vir leerders se behoeftes is; en - openbaar beroepstrots en identifiseer met beroepskeuse ten einde voorgraadse Verpleegkundestudente te ondersteun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verskaf voortgesette verpleegonderrig wat spesifiek en behoeftegerig is. 	<ul style="list-style-type: none"> • 'n Beter beeld van beroepstatus word uitgedra. • Positiewe beroepsosialisering vanaf aanvang van die program gevestig.
<ul style="list-style-type: none"> □ Rolmodelle raak nie by verpleging van pasiënte betrokke nie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorgraadse Verpleegkundestudente ontwikkel gewenste houdings wat gevestig word deur betrokkenheid by verpleging van pasiënte te openbaar en die volgende eienskappe te openbaar, naamlik: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel professionele gedrag deur vriendelike optrede, netheid, medemenslikheid en ook belangstelling ten opsigte van toesighouding te openbaar; en - toewyding te toon aan pasiënte by wie hulle betrokke is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beskik oor 'n eie moreel-etiese besluitnemingsvermoë ten opsigte van pasiëntgerigte verpleging wat binne 'n morele raamwerk geïnterpreteer word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel 'n moreel-etiese raamwerk waarbinne verpleging onderneem word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionele toekomstgerigtheid van die voorgraadse Verpleegkundestudente word positief beïnvloed. • Morele oortuigingsraamwerk en etiese besluitneming word geïnternaliseer.

<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe omgee vir kollegas en pasiënte ontbreek deurdat die klimaat negatief beïnvloed word en die behoeftes van pasiënte en voorgraadse Verpleegkundestudente om as eenheidswesens behandel te word, verontagsaam word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rolmodelle bepaal die klimaat wat ten opsigte van omgee vir kollegas en pasiënte heers: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar ondersteuning om die immer veranderende behoeftes van gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en onderriginstansies te - ervaar positiewe omgee en dat die begrip wat omgee onderlê, in die onderrigprogram ingebou word; en - toon insig in die wederkerige professionele en persoonlike groei wat in die proses van omgee plaasvind. • Skenk oorweging aan behoeftes van pasiënte en om as eenheidswesens behandel te word: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel intra- en interpersoonlike vaardighede deur dinamiese interaksie met ander daar te stel; - ontwikkel selfkennis en interpersoonlike vaardighede; - vermy die beklemtoning van een komponent van die fisieke, psigososiale of spirituele aspekte ten koste van 'n totaliteitsiening; en - ontwikkel vermoë tot medelye, en empatie, wat van ko-afhanklikheid onderskei moet word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die kliniese mentors vorm die sleutelfigure in terme van die sosiale verhoudings en atmosfeer wat geskep word; <ul style="list-style-type: none"> - beskik oor 'n bewustheid van die invloed wat hulle op die kliniese milieu uitoefen;- - beskik oor selfbegrip en introspeksie om intra- en interpersoonlike vaardighede te ontwikkel; en - modelleer positiewe omgee wat deur rolmodelskap daargestel word. • Intrapersoonlike ervaring van die self, waarde in gevoelens asook eie en andere se behoeftes moet uitgeklaar word. • Ondersteun ontwikkeling van interpersoonlike vaardighede wat van toepassing is: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel ondersteuningsprogramme wat intra-, interpersoonlike vaardighede ontwikkel; en - ontwikkel samehorigheid met bestuurspan, akademiese mentors, pasiënte en voorgraadse Verpleegkundestudente en tree as spanleier op. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voortdurende regstelling van organisasieklimaat nodig. • Ondersteun intra- en interpersoonlike vaardighedsontwikkeling by alle rolspelers. • Positiewe omgee as vereiste in die kliniese milieu gestel, deur 'n kultuur daarvoor te skep. • Bewillig fondse vir ontwikkelingsprogramme ten einde die fasilitering van intra- en interpersoonlike vaardighede te weeg te bring. 	<ul style="list-style-type: none"> • Werksbevrediging word te alle tye by rolspelers bevorder. • Die waarde van omgee vir kollegas en pasiënte word geïnternaliseer. • Intra- en interpersoonlike vaardighede ontwikkel. • Positiewe interaksie met kollegas en pasiënte om psigologiese of fisieke welstand te beïnvloed, dra tot 'n terapeutiese omgewing by.
---	---	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaar dat in die onderrig-leerbehoefes voorsien word: <ul style="list-style-type: none"> - onderneem interafhanklike beplanning van alle leer-geleenthede in samehang met kliniese onderrigkomitee; - versterk ervaringsleer deur kontaktye vir verpleging van pasiënte te skep; en - ervaar voldoende oriëntering by aanvang van plasings om vreemdheid te verminder. • Ervaar erkenning van student-status en dieselfde voorregten opsigte van leergeleenthede as wat paramediese personeel toegelaat word: <ul style="list-style-type: none"> - verpligte kliniese ure vir inoefening van vaardighede word toegelaat. • Benut portuurgroepbegeleiers en voogmentors en laat keuse toe indien moontlik: <ul style="list-style-type: none"> - klaar spesifieke afhanklike, onafhanklike en interafhanklike funksies uit; en - toon betrokkenheid by formele evaluering vir prestasie-beoordeling. • Behou respekvolle interaksie met kollegas en pasiënte: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar 'n terapeutiese klimaat waar kollegas en pasiënte geborge voel; en - ervaar blootstelling aan verandering en subkulture ten einde intra- en interkulturele verskille as leergeleenthede te benut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fasiliteer reflekeringsessies oor belewenisse wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar. • Ontwikkel oriënteringsprogramme ten opsigte van die toepaslike ervarings wat in die kliniese eenhede benodig word. • Onderneem deeglike beplanning van alle leergeleenthede wat op 'n formele wyse aan voorgraadse Verpleegkundestudente voorsien moet word interafhanklik met mentors. • Behou kontrole oor die plasings en monitor benutting van leergeleenthede deur samesprekings met die voorgraadse Verpleegkundestudente te onderneem. • Akademiese en kliniese mentors behoort voorgraadse Verpleegkundestudente as 'n span te evalueer. • Skep 'n terapeutiese klimaat waar samewerking belangrik is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel hulpbronne en tyd beskikbaar vir oriëntering wat benodig word. • Ontwikkel geskrewe beleid oor die bestek van praktyk wat in jaargroepe toegelaat word. • Voorsien geleenthede ten einde intra- en interpersoonlik kulturele verskille te bespreek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiteitskok word voorkom. • Geïntegreerde programdeelname deur alle rolspelers sal beroepskennis verhoog. • Bekendheid met intra- en interkulturele verskille verbeter samewerking.
--	---	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Subjektiewe evaluering vind plaas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstaan doel van evaluering, naamlik tegniek- of leerkurwe-gerig, teenoor summatiewe evaluering wat prestasiegerig is. • Benut vorderingsverslae vir positiewe riglyne om vordering aan te dui: <ul style="list-style-type: none"> - benut portuurgroepe en alternatiewe kategorieë personeel vir nie-formele evaluering; en - ervaar dat professionele werksprestasie in samehang met formele akademiese en kliniese prestasie oorweeg word. • Verbaliseer bekendheid met meetinstrumente ten einde verassingselement uit te skakel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikeer noodsaaklike uitkomst, standaard en vordering wat benodig word. • Benut en ontwikkel diverse evalueringinstrumente wat werksverwante prestasie meet. • Omskep evaluering in 'n positiewe ervaring. • Ontwikkel evalueringinstrumente wat professionele en persoonlike groei aandui en benut. • Ontwikkel geldige objektiewe en betroubare meetinstrumente wat bekaamheid meet. • Voorsien voldoende opleiding ten opsigte van evalueringinstrumente wat benut word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorsien voortgesette onderrig ten opsigte van evalueringstegnieke, -metodes wat onderneem word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe terugvoering en evaluering verbeter akademiese prestasie. • Professionele en persoonlike groei word deur positiewe evaluering gefasiliteer. • Bekendheid van alle rolspelers met evalueringstegnieke en -instrumente skakel stres en bevoordeling uit.
<ul style="list-style-type: none"> □ Wisselende ondersteuning word deur multidisiplinêre spanlede gebied. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalente ondersteuning deur geneeshere behoort ondervang te word: <ul style="list-style-type: none"> - stel program bekend om onredelike en onnodige taakverwagtings uit te skakel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwerp interdisiplinêre programme waarbinne samewerkingsprojekte tussen gesondheidsorgdiensleweringspersoneel kan plaasvind. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inisieer gemeenskapsgerigte, interdisiplinêre samewerkingsinisiatiewe ten einde die gemeenskap te bevoordeel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geïntegreerde benadering bevoordeel pasiënte wat totaliteitsorg ontvang. • Stres en uitbranding weens konflik word voorkom.

	<ul style="list-style-type: none"> • Handhaaf toepaslike outonomieit met korrekte selfhandhawingsmetodes in plek. • Toon insig in die sosialisering van geneeshere teenoor dié wat voorgraadse Verpleegkundestudente deurloop: <ul style="list-style-type: none"> - verleen respekvolle interaksie en deelname binne interdisiplinêre spanverband om gemeenskap te bevoordeel. • Bekendstelling van program aan ander multidisiplinêre spanlede: <ul style="list-style-type: none"> - voorkom konflik en beywer vir interdisiplinêre samewerking. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel programme wat verpleegoutonomie in totaliteit aanspreek. • Ontwikkel toepaslike selfhandhawende en konflikhanteringsprogramme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stel outonome funksies en interafhanklike betrokkenheid van rolspelers deur beleid vas. • Korrekte sosialisering van toekomstige rolspelers om onderskeidelike funksies van spanlede te respekteer. • Inisieer samewerkingstrukture wat as leergeleenthede vir rolspelers kan dien binne gemeenskappe wat bedien word. • Ondersteun en ontwikkel interdisiplinêre en interprofessionele inisiatiewe wat primêre gesondheidsorggerig is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe sosialisering en ondersteuning deur spanlede bevoordeel alle rolspelers. • Interdisiplinêre gesondheidsorggerigte benadering ontwikkel vaardighede om kliënte in huise, gemeenskappe en bevolkings van primêre gesondheidsorg te voorsien.
--	--	---	--	---

PERSOONLIKE ASPEKTE VAN VERPLEEGONDERRIG

<p>PERSOONLIKE TOESTANDE EN KONTEKSTE WAT MANIFESTEER</p> <p><i>2. Persoonlike programverwagtings en -eise wat 'n invloed op voorgraadse Verpleegkundestudente uitoefen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> □ Persoonlike begeleiding realiseer nie. • Behoeftes en probleme van voorgraadse Verpleegkundestudente is onbekend by aanvang van program. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiseer persoonlike profiel by aanvang van indiensneming deur middel van toepaslike onderhoude en keuringsmeganismes: <ul style="list-style-type: none"> - verbaliseer behoeftes aan begeleiding by aanvang van opleiding aan die hand van bogenoemde aspekte en vorige prestasie; en - ervaar individueelgerigte persoonlike en probleemgerigte begeleiding binne vertrouensverhouding met mentors deur dit pro-aktief en remediêrend te onderneem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel voldoende begeleidingsvaardighede om aan persoonlike behoeftes en probleme van voorgraadse Verpleegkundestudente te voldoen. • Ontwikkel bevoegdheid ten einde vertrouensverhouding te skep en deurlopende begeleiding te voorsien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies handhaaf positiewe omgee en persoonlike belangstelling as filosofiese vertrekpunte. • Onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies handhaaf balans in die programverwagtings en -eise wat gestel word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heelheid word by jong volwassenes gefasiliteer. • 'n Balans tussen professionele en persoonlike lewe word gehandhaaf.
---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Skokvolwassenheid en stres manifesteer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beleef doelbewuste uitbreiding van ondersteuningstelsels deur program aan vriende en kennisse bekend te gestel: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar sosiale integrasie en voorkom vervreemding van vriende en ander ondersteuningstelsels deur vriendekringe buite kollegiale groepe aan te knoop; en - voorkom ko-afhanklikheid wat by voorgaadse Verpleegkundestudente manifesteer deur insig in proses te ontwikkel. • Ervaar dat emosioneelbelaaide situasies verminder word: <ul style="list-style-type: none"> - kwetsbare eerstejaar voorgaadse Verpleegkundestunde in gemeenskappe geplaas om onmiddellike kennismaking met die dood te voorkom; - ervaar persoonlike bystand volgens ontwikkelingstake en persoonlike probleme wat ervaar word; en - ervaar bystand om sterwensbegeleiding te verleen wat in die later fases van eerste jaar ondemeem word. • Voorkom die tirannie van professionele onkwetsbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> - bewus dat lae moreel en oormatige stresvlakke gemoniteer word; en - ervaar geleenthede vir reflekeringsessies ten opsigte belewenisse en emosies wat ervaar word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mentors stel voorbeeld van gebalanseerde lewenstyl ten opsigte van professionele en persoonlike optrede. • Toon bekendheid met ko-afhanklike optredes en die hantering daarvan. • Ontwikkel insig en toon sinbelewng in eie sterflikheid. • Wys persoonlike mentors aan eerstejaar voorgaadse Verpleegkundestudente toe ten einde krisisberaadvoering en ondersteuning te verleen. • Ontwikkel krisisberaadvoering wat deur portuurgroepe onderneem kan word. <ul style="list-style-type: none"> - Is in staat om begeleiding en ondersteuning te verleen of te verwys na kundiges wat beskikbaar is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skakel wanpraktyke in die organisasie uit wat tot krisis en stres lei. • Fasiliteer geestesgesondheid en gesondheid van mentors. • Stel indiensopleidingsprogramme beskikbaar om krisisberaadvoering en ondersteuning te verleen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effektiewe persoonlike lewensvaardighede ontwikkel. • Toepaslike emosionele en lewensvaardighede ontwikkel. • Toepaslike emosionele volwassenheid en instaatstelling tot krisishantering ontwikkel.
---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Totale isolasie weens deurlopende studie-eise en werksbetrokkenheid wat ver wag word. □ Wisselende vlakke van lewensvaardighede bestaan ahangende of 'n interne of 'n eksterne lokus van kontrole bestaan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Volg 'n gebalanseerde lewensstyl: <ul style="list-style-type: none"> - ervaar persoonlike groei in 'n positiewe arbeids- en onderrigmilieu. • Fasiliteer en ontwikkel emosionele intelligensie en lewensvaardighede deur: <ul style="list-style-type: none"> - toon insig in en vaardigheid tot veranderingsbestuur; - ontwikkel 'n interne lokus van kontrole; - ontwikkel selfhandhawing en aanvaar selfverantwoordelikheid; - ontwikkel 'n openheid ten opsigte van eie lewensvaardighede; - ontwikkel volharding, outonome besluitneming oor eie gedrag; - neem persoonlike verantwoordelikheid vir eie lewenskeuses; - hanteer lewensystres en ontwille selfbestuur en selfdoeltreffendheid; en - ontwikkel 'n positiewe realiteitsbesef. • Ontwikkel 'n positiewe selfbeleding en selfbegrip. • Ontwikkel trots, eiewaarde en 'n suksesgerigte houding: <ul style="list-style-type: none"> - openbaar 'n positiewe lewensvisie en aanvaarding van beroepskeuse wat tot werksbevrediging bydra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bemagtigde rolmodelle ontwikkel 'n positiewe arbeids- en onderrigmilieu waarin voorgraadse Verpleegkunde-studente sinvolle en toepaslike leerervarings kan bekom. • Rolmodelle beskik oor emosionele intelligensie en modelleer dit. • Benut selfaktualiseringsprogramme. • Deelname aan missie- en visistelling van onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies behoort werksbevrediging aan te moedig. • Ontwerp ondersteunende programme om selfbeeld te ontwikkel. • Modelleer trots in beroepskeuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • 'n Personeelontwikkelingsbeleid behoort die daarstelling en bevordering van 'n milieu bevorderlik vir leer- en werksverryking toe te laat. • Onderneem klimaatstudies in organisasies ten einde oorsake van stres en lae moreel vas te stel. • Skep 'n werks- en onderrigmilieu wat aan gemeenskapsbehoefes voldoen en 'n positiewe beeld na alle rolspelers uitdra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebalanseerde leefwyses stel voorgraadse Verpleegkunde-studente in staat tot selfbestuur wat tot 'n emosioneel volwasse praktisyn lei. • Beroepsbetrokkenheid en selfaktualisering word gefasiliteer. • Selfbestuur en selfdoeltreffendheid ontwikkel. • Positiewe selfbeleding en selfbegrip ontwikkel. • Trots, eiewaarde en 'n suksesgerigte houding word gefasiliteer. • Positiewe beroepsaanvaarding en toekomsvisie ontwikkel wat nuwe rekrute vir die verpleegberoep werf.
---	--	--	---	--

5.4 GEVOLGTREKKINGS TEN OPSIGTE VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGS OOR DIE PROSES FASILITERENDE MENTORSKAP

Die gevolgtrekkings wat ten opsigte van die navorsingsbevindings gemaak is, word vervolgens bespreek na aanleiding van die komponente van fasiliterende mentorskap en die konseptuele beeld van die realiteit wat ontwikkel.

5.4.1 Die komponente van fasiliterende mentorskap

Die komponente van fasiliterende mentorskap wat in Tabel 5.1 onder die kernkategorie fasiliterende mentorskap as organiserende hoof uiteengesit is, is in perspektief geplaas volgens die volgende subkategorieë. Die professionele en persoonlike programverwagtings en -eise wat voorgraadse Verpleegkundestudente beleef, die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat interafhanklik tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors en die Verpleegkundedosente plaasvind en die programkongruente professionele en persoonlike groei wat behoort te realiseer, is aangedui. Dié navorsingsbevindings is sodanig georganiseer ten einde 'n breë oorsig te bied van die programverwagtings en -eise wat in die akademiese, kliniese en persoonlike kontekste voorkom. Dit maak dit moontlik om die meegaande pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning vir elke afsonderlike probleem of toestand, asook die programkongruente professionele en persoonlike groei as gevolg van dié strategieë aan te dui. Daar is dus nie in Tabel 5.1 gefokus op die verskillende prosesse waarvolgens fasiliterende mentorskap onderneem behoort te word nie.

Die konseptuele beeld van fasiliterende mentorskap (Figuur 5.1) wat uit Tabel 5.1 as 'n verdere stap voortkom, dui die professionele en persoonlike programverwagtings en -eise ten opsigte van verpleegonderrig as hoofkontekste aan. Ten opsigte van die professionele programverwagtings en -eise waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente blootgestel word, word die akademiese en kliniese aspekte as kontekste van verpleegonderrig uitgelig. Die persoonlike programverwagtings en -eise fokus op die die intra- en interpersoonlike aspekte as kontekste waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente blootgestel word. Die belangrikste proses waarop fasiliterende mentorskap aan voorgraadse Verpleegkundestudente gebaseer moet word, verteenwoordig die pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat deur interafhanklike betrokkenheid tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente, die akademiese en kliniese mentors en die bestuur van die organisasies (gesondheidsorg-

dienleweringorganisasies en onderriginstansies) onderneem word. Die gevolge word as die programkongruente professionele en persoonlike groei aangedui.

Die prosesse van fasiliterende mentorskap word vervolgens beskryf na aanleiding van die konseptuele beeld van die realiteit wat ontwikkel en wat fasiliterende mentorskap in perspektief plaas.

5.4.2 Die konseptuele beeld van die realiteit

In die konseptuele beeld van die realiteit word slegs op die samevattende spesifieke prosesse gefokus, wat fasiliterende mentorskap uiteensit. Dit is naamlik -pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning wat interafhanklik tussen rolspelers in die reeds genoemde drie kontekste insluit. Die samevattende programkongruente professionele en persoonlike groei wat behoort te realiseer, word in samehang aangedui.

Ten opsigte van *die programverwagtings en -eise* wat ten opsigte van die *professionele aspekte* ervaar word, word die volgende aangedui. Die prosesse wat na die *akademiese aspekte verwys*, word samevattend as *leerbegeleiding en -ondersteuning* aangedui. Dit sluit in kurrikulering, selfgerigte leer en leerevaluering ten einde *leeroutonomie* by die voorgraadse Verpleegkundestudent te ontwikkel. Die prosesse wat na die *kliniese aspekte verwys*, word samevattend as *kliniese begeleiding en ondersteuning* aangedui. Dit sluit in beplanning, kliniese evaluering, samewerking en rolmodellering ten einde *professionele bekwaamheid* te bereik. Die prosesse wat na die *persoonlike aspekte* verwys, word samevattend as *persoonlike begeleiding en ondersteuning* aangedui. Dit sluit in profielvasstelling, individuele begeleiding en ondersteuning, lewensbegeleiding en ondersteuning, en beroepsinternalisering. Laasgenoemde stel *emosionele volwassensheid en lewensvaardigheidsontwikkeling* ten doel.

Die *pro-aktiewe en remediërende professionele en persoonlike begeleiding en ondersteuning* deur *interafhanklike betrokkenheid* word deur die voorgraadse Verpleegkundestudente, die *mentors* (akademies en klinies) asook die *bestuur van die organisasies* onderneem. Die *mentors* na wie verwys word, sluit in akademiese mentors wat 'n koppelrol vervul, professionele eenheidsverpleegkundiges en kliniese personeel wat voltyds of kontraktueel in die kliniese eenhede aangestel word, of deelydse lektors en geneeshere. Ander rolspelers kan bestaan uit paramediese personeel, mediese verteenwoordigers, bloedoortappingsdienspersoneel, laboratoriumpersoneel, aptekers, stomaterapeute, administratiewe beambtes, portuurgroepe, gemeenskapsleiers, gasdosente, pasiënte (vergelyk beraders van MIV/VIGS-lyers en mense wat self met die siekte leef) kultuurkenners en kreatiwiteitsontwikkelingsaanbieders en

leerbegeleiers. Die bestuur van die organisasies verwys na die bestuur van die Skool vir en die departemente van Verpleegkunde waar verpleegonderrig plaasvind en die bestuur van gesondheidsorgdiensleweringorganisasies.

Fasiliterende mentorskap en die prosesse wat deel uitmaak van die kernkategorie, word na aanleiding van die konseptuele beeld van die realiteit kortliks samevattend in konteks geplaas. Die oorhoofse programverwagtings en -eise en die programkongruente professionele en persoonlike groei wat ervaar behoort te word, word slegs genoem en in samehang aangedui.

Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van die professionele programverwagtings en -eise (wat akademiese en kliniese aspekte insluit) asook die persoonlike programverwagtings en -eise, word vervolgens aan die hand van die konseptuele beeld van die realiteit wat fasiliterende mentorskap aandui, bespreek.



FIGUUR 5.1 Konseptuele beeld van fasiliterende mentorskap

Die volgende prosesse word samevattend aangedui as verteenwoordigend van fasiliterende mentorskap.

5.4.2.1 FASILITERENDE MENTORSKAP WAT TEN OPSIGTE VAN DIE PROFESSIONELE ASPEKTE AANGEWEND WORD

Die *professionele aspekte* omsluit die *akademiese* en *kliniese* aspekte waarin programverwagtings en -eise aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word en waarin fasiliterende mentorskap benodig word ten einde programkongruente professionele en persoonlike groei te bereik.

5.4.2.1.1 Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van die akademiese programverwagtings en -eise aangewend kan word ten einde leeroutonomie te bereik

Die proses van *leerbegeleiding* en *-ondersteuning* word as oorkoepelend beskou ten opsigte van die *kurrikulering*, *selfgerigte leer* en *leerevaluering* ten einde *leeroutonomie* te bereik en word kortliks uiteengesit.

(i) Leerbegeleiding en -ondersteuning

Leerbegeleiding en -ondersteuning berus op bepaalde beginsels en behoort vanuit die andragogiese benadering plaas te vind. Die bestuur van die betrokke organisasies behoort te voorsien in die behoeftes van beide mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente. Dit word moontlik gemaak deur 'n klimaat te skep wat bevorderlik is vir leerbegeleiding en -ondersteuning, deur indiensopleiding en voortgesette onderrigprogramme daar te stel waarvolgens mentors ontwikkel kan word. Verder moet 'n beleid vir prestasie-motivering daargestel word wat kreatiewe probleemoplossingsvermoë en verantwoordelikheid vir eie praktyk erken.

Ten opsigte van die standarde wat verwag word, behoort 'n onderrigkomitee tussen die akademiese en kliniese mentors die dubbelling te koördineer en te besin oor teoretiese inhoud wat nie sinvol geïntegreer kan word nie. 'n Bekendheid met die totale programverwagtings en -eise behoort die gesondheidsorgdienslewering-organisasies daarvan te weerhou om oormatige fisieke aansprake op voorgraadse Verpleegkundestudente te maak deur hulle nie hoofsaaklik as werkkragte aan te wend nie. Nasionale oorkoepelende beleid oor teoreties-kliniese integrasie en die wyse waarop dit onderneem behoort te word, word aangedui ten einde 'n versoening tussen teorie en praktyk te bewerkstellig.

Die beginsel waarop leerbegeleiding en -ondersteuning geskoei moet word, is dat dit geïndividualiseerd behoort te wees. Beplande hulp na aanleiding van 'n behoeftebepaling deur die voorgraadse Verpleegkundestudente behoort aangebied te word. Netwerke vir hulpverlening moet vir voorgraadse Verpleegkundestudente gevestig word wanneer bepaalde akademiese mentors nie beskikbaar kan wees om voortgesette kontak te behou nie. Oop kommunikasie om oor probleme te beraadslaag, word benodig. Professionele afstand moet gehandhaaf word, wat egter nie verwydering impliseer nie. 'n Paradigmaverskuiwing van akademiese dosente se rol na dié van mentors wat as die primêre begeleiers en ondersteuners van die voorgraadse Verpleegkundestudente optree, met 'n eie filosofie, waardes en etiek wat mentorskap onderlê, moet deur middel van bemagtiging en indiensopleiding of voortgesette onderrig onderneem word. Formele en informele kommunikasie- en samewerkingstrukture behoort tussen rolspelers gevestig te word, wat die interafhanklike wyse van fasiliterende mentorskap versterk. Daar moet ondersteuning wees in rolkonflik en die posisie van marginalisasie wat die akademiese en kliniese mentors onderskeidelik ten opsigte van die gesondheidsorgdiensleweringorganisasies en die onderriginstansies ervaar.

Die beplanning van ondersteuningsprogramme wat op sosio-ekonomiese, kognitiewe en nie-kognitiewe asook kulturele veranderlikes van toepassing is, word aangedui. Deur die geïntegreerde benadering verbeter kennis van interkulturele samewerking. Die bevindings vanuit die data wat op leerbegeleiding en -ondersteuning betrekking het, word vervolgens as prosesse saamgevat

□ **Kurrikulering**

Die interafhanklike benadering wat gevolg word, vereis dat die akademiese mentors beide kwantitatiewe en kwalitatiewe aspekte van kurrikulering en programbeplanning moet benut asook toewyding aan kulturele pluralisme moet toon. Die ontwikkeling van indiensopleidingsprogramme vir mentors ten opsigte van vernuwing en veranderingsbestuur in verpleegonderrig behoort in samehang onderneem te word. Die doel daarvan is om in die behoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudente te voldoen op 'n vaardige wyse, met benutting van resente en toepaslike onderrigstrategieë. Deurlopende kommunikasie en konsultasie ten opsigte van die programverwagtings en -eise behoort tussen alle rolspelers van die onderrigkomitee, wat die voorgraadse Verpleegkundestudente en die bestuur van die organisasies insluit, onderneem te word. Realisme ten opsigte van vakverdieping moet behou word. Blootstelling aan verskeie gesondheidsdiensleweringmodelle word vereis en 'n onderrig-leerklimaat wat bevorderlik vir multikulturele samewerking is, moet onderhandel word. 'n

Ingeligte teorie van onderrig is nodig waardeur akademiese mentors die redes waarom hulle op 'n bepaalde manier onderrig, moet verantwoord. Die voorkennis, professionele bekwaamheid en lewensvaardighede waaroor voorgraadse Verpleegkundestudente beskik, moet geïdentifiseer word. Die beplanning van ondersteuningsprogramme wat op sosio-ekonomiese, kognitiewe en nie-kognitiewe asook kulturele veranderlikes van toepassing is, word benodig. Die invloed wat professionalisering op die oorlading van die kurrikulum uitoefen, moet ondersoek word. Dit moet gevolg word deur samesprekings ten opsigte van die impak wat die program op voorgraadse Verpleegkundestudente en mentors uitoefen en remediëring moet ooreenkomstig beplan word.

□ **Selfgerigte leer**

Die leerbegeleiding is daarop gerig om selfgerigte leer by die toekomstige verpleegpraktisyne te ontwikkel wat doeltreffend binne die toenemende komplekse gesondheidsorgdiensleweringstelsels kan funksioneer, deurdat hulle outonome denke, kreatiwiteit en probleemoplossingsvaardighede aan die dag lê en die totale persoon ontwikkel. Onderhandeling moet tussen akademiese mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente plaasvind om selfgerigte leer en kreatiewe probleemoplossende denke aan te moedig. Die fokus moet op die totale program gerig word. Deurlopende konsultasie moet plaasvind tussen die akademiese en kliniese mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente, ten opsigte van die programverwagtings en -eise wat in die bepaalde kontekste gestel word en die toepaslike leerstrategieë wat aangewend kan word ten einde dié leerbehoefte en leemtes te ondervang. Dit sal meebring dat ondersteuningsprogramme ontwikkel behoort te word wat toepaslike leermetodes benut en motiveringstrategieë aanwend ten einde in individuele leerbehoefte te voorsien. Wysigings in die bestaande programme vir elke groep voorgraadse Verpleegkundestudente moet aangebring word, afhangende van die professionele bekwaamheid en/of persoonlike lewensvaardighede wat gefasiliteer behoort te word. Faling behoort só uitgeskakel te word en die program in die voorgeskrewe tyd voltooi te word, met toepaslike teoretisering vir die vlak van vordering, sodat lewenslange leer daarop voortgebou kan word.

□ **Leerevaluering**

Leerevaluering word interafhanklik deur die mentors in oorleg met die voorgraadse Verpleegkundestudente onderneem. Die fokus in die akademiese situasie behoort te wees op die leer wat plaasvind, eerder as die gedrag wat openbaar word. Evaluering ten opsigte van psigomotoriese vaardighede behoort met toerekenbaarheid onderneem te word en toepaslike en 'n verskeidenheid evalueringsmetodes behoort aangewend te word. Dit is veral nodig ten

opsigte van die pasiëntgerigte verpleging sodat slegs geldige en betroubare instrumente ontwerp en benut word. Die bestuur van organisasies behoort die gewig van beide die akademiese en kliniese komponente tydens evaluering vas te stel. Sorg moet gedra word dat pasiëntgeoriënteerde verpleging by evaluering ingesluit word.

Die programkongruente professionele groei wat na afloop van die program bereik word, word as *leeroutonomie* aangedui.

Leeroutonomie

Ten opsigte van die professionele programkongruente leeruitkomst wat in die akademiese konteks bereik moet word, word leeroutonomie ten doel gestel. Dit impliseer dat daar in die onderrig-leerbehoeftes van die voorgraadse Verpleegkundestudent en in die behoeftes van die gemeenskap voorsien word. Daar word ook toepaslike teoretisering vir die vlak van onderrig onderneem sodat leeruitkomst bereikbaar is deur selfgerigte leer, met die fokus op kreatiewe denke en lewenslange leerbetrokkenheid. Dié leeruitkomst is bereikbaar sodat die program in die voorgeskrewe tydperk voltooi kan word en faling uitgeskakel word.

5.4.2.1.2 Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van die kliniese programverwagtings en -eise aangewend kan word ten einde professionele bekwaamheid te bereik

Die kliniese aspekte waarop gefokus word, sluit in die proses van *kliniese begeleiding en ondersteuning*, wat oorkoepelend die prosesse van *beplanning, evaluering, samewerking* en *rolmodellering* aandui.

(i) Kliniese begeleiding en ondersteuning

Kliniese begeleiding en ondersteuning benodig benewens die prosesse waarop gekonsentreer word bepaalde organisatoriese wysigings en beginsels waarop gefokus behoort te word. Die bestuur van die onderriginstanties en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies behoort formele samewerkingstrukture tussen die twee groepe te vestig. Konsekwente bemagtiging van professionele eenheidsverpleegkundiges ten einde outonome verpleeghandelings en -kundigheid te ontwikkel, word benodig. Hulpkategorieë professionele verpleegkundiges word benodig om mentorskap te onderneem en die gebrek aan personeel en hulpmiddels behoort aandag te geniet.

Kliniese begeleiding en ondersteuning behoort op die realiteit van die kliniese eenhede te fokus en realiteitskok veral by die eerstejaar Verpleegkundestudente te voorkom deur strategieë in werking te stel ten einde die realiteitskok te bekamp. Die akademiese mentors vervul 'n koppelrol om beplanning te verwesenlik en neem beplande begeleidingsessies waar om leergeleenthede te voorsien en evaluering te onderneem. Die ontwikkeling van outonomie ten opsigte van verpleeghandelings moet voorkeur geniet en programinhoud wat outonome besluitneming bevorder, behoort vanaf die aanvang van die program ingesluit te word. Onderrig en leerervarings om onafhanklike praktyk en outonomie te bewersellig, moet voorkeur geniet. Uitklaring van die praktykbestek asook die rol van die voorgraadse Verpleegkundestudent moet binne multidissiplinêre spanverband plaasvind.

Die studentstatus van voorgraadse Verpleegkundestudente benodig uitklaring en die moontlikheid van botallige status vir korter tye moet oorweeg word. Oriëntering vir twee of drie dae waar voorgraadse Verpleegkundestudente veral by die aanvang van die kliniese rotasietydperke in die eenhede as botallig toegewys word, behoort die spanning wat hulle ervaar, te verminder. Dit kan bekendstelling aan werkmetodes en die eenheidsroetine verbeter. Optimale onderrig moet toegelaat word met geen bevoordeling tussen studentegroepe nie. Grense tussen voorgraadse Verpleegkundestudente, paramediese en mediese personeel se rolle en funksies behoort vasgestel te word. Vooroordeel of destruktiewe gesagstrukture en belemmerende werksomstandighede wat kliniese onderrig beperk, vereis deurlopende monitering. Die bestuur van organisasies moet regstellings doen. Namate professionele bekwaamheid toeneem, kan die oriënteringstye verkort word, terwyl die blootstelling aan nagdiens met vasgestelde begeleiding en oriëntering in die bepaalde kliniese eenhede gepaard moet gaan.

Kontraktuele uitklaring van die rol van kliniese mentors ten opsigte van onderrig in 'n informele en toesighoudende hoedanigheid is aangewese. 'n Pasiëntgerigte probleemoplossende benadering moet gevolg word. Mentors moet hul deelname aan toegewese kliniese begeleiding as verpligtend beskou en passing tussen mentors en voorgraadse Verpleegkundestudente moet aangemoedig word. Voorgraadse Verpleegkundestudente behoort as mede-eksploreerders van resente kliniese vaardighede benut te word ten einde nuwe vaardighede aan onderriginstansies bekend te stel. Die aktiewe betrokkenheid van akademiese mentors by formele kliniese begeleiding word as noodsaaklik beskou.

Erkenning van die individualiteit van voorgraadse Verpleegkundestudente, pasiënte en kollegas binne 'n omgeeverhouding, behoort veral aandag te geniet en respekvolle interaksie behoort gehandhaaf te word. Begrip en empatie met die begeleidings- en ondersteuningsbehoefte van

voorgaadse Verpleegkundestudente en veral vertrouwdheid met die geheelaansprake van die program is nodig. Vooroordeel en diskriminasie moet uitgeskakel word. Die geborgenheid en sekuriteit wat gevolglik ontstaan en die wyse waardeur voorgaadse Verpleegkundestudente kollegiale lojaliteit en positiewe beroepsosialisering ervaar, bepaal of hulle vir die akademiese hospitale behoue sal bly. Daar behoort deurgaans 'n balans tussen teorie en praktyk asook professionele en persoonlike groei gehandhaaf te word.

Die beplanning vir kliniese leergeleenthede word as die eerste proses beskou.

□ **Beplanning**

Tydens beplanning word die belang van interafhanklikheid tussen die mentors, die organisasies en die voorgaadse Verpleegkundestudente benadruk. Formele onderrigbeleid en mentorprogramme behoort saamgestel te word, met 'n bepaalde pro-aktiewe program wat reeds bekende probleme vir dié eerstejaar voorgaadse Verpleegkundestudente se begeleiding en ondersteuning op 'n deurlopende basis - individueel en algemeen - insluit. Realiteitsgebonde begeleiding moet beplan en geïmplementeer word. Begeleiding word volgens die ontwikkelde professionele en persoonlike vaardighede van voorgaadse Verpleegkundestudente vir die tydperk van programvordering - wat hulle steeds nastreef - onderneem. Alle leergeleenthede en -ervarings behoort vooraf deur middel van interaktiewe studiegidse aan die voorgaadse Verpleegkundestudente voorsien te word om die totale onderrigprogram bekend te stel. Korrekte plasings moet volgens die voorkennis, tydperk van programvordering waarin hulle verkeer en die verwagte leeruitkomstes, leergeleenthede en -ervarings onderneem word. Die wyse waarop plasings onderneem word, asook die begeleidings- en ondersteuningsprogramme wat geïmplementeer word, behoort slegs na konsultasie tussen mentors en voorgaadse Verpleegkundestudente beplan te word.

□ **Samewerking**

Samewerking as proses is een van die prioriteite. Die kliniese onderrigkomitee bestaan uit die akademiese en kliniese mentors, portuurgroepe en voorgaadse Verpleegkundestudente en sal die relevante leergeleenthede en verwagte begeleidingsessies beplan. Daar bestaan 'n sterk gevoel dat alle rolspelers se bydrae erken moet word. Daar behoort 'n gevoel van *samehorigheid* en *kollegiale interafhanklikheid* geskep te word, met 'n *spanbenadering* in die dienslewingsmodel geïnkorporeer. Mentors behoort toewyding aan die praktyk te toon en tot egtheid en kollegiale samewerking verbind te wees.

Die samewerking tussen akademiese en kliniese mentors moet deur die bestuur van die organisasies geïnisieer en aangemoedig te word, sodat 'n gevoel van samehorigheid en lojaliteit tussen die onderrigingsinstansie en die gesondheidsorgdienslewingsorganisasies kan ontwikkel. So kan interkulturele verskille opgelos word. Voortgesette samewerking tussen akademiese en kliniese mentors word binne spanverband benodig ten einde 'n geborge en terapeutiese klimaat te skep. Die klem moet veral val op die omgeeverhouding tussen die akademiese mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente en staan sentraal tot kennisontwikkeling. Kontak behoort behou te word met voorgraadse Verpleegkundestudente wat by afgeleë instansies leergeleenthede opdoen, asook beveiliging van diegene wat aan risikosituasies blootgestel word.

Monitering van die leergeleenthede en die kontinuïteit van plasings moet verseker word, met deurlopende kontak tussen akademiese en kliniese mentors om vordering te bevestig. Deurlopende konsultasie tussen rolspelers ten opsigte van die leerbegeleiding en ondersteuning wat voorgraadse Verpleegkundestudente benodig, moet plaasvind. Beklemtoning van die voorgraadse Verpleegkundestudent se outonome rol ten opsigte van pasiëntsorg verdien uitgebreide aandag. Dit geld veral ten opsigte van oorvleueling met paramediese personeel se funksies. Erkenning vir en ondersteuning van die uitgebreide rol van die voorgraadse Verpleegkundestudent word bepleit. Sinvolle professionele grense tussen die multidissiplinêre spanlede asook kollegiale interafhanlikheid is nodig. Netwerke deur formele en informele kommunikasiekanale waardeur inligting na en van die voorgraadse Verpleegkundestudente en mentors versend kan word, moet benut en in stand gehou word. Respek moet aan tussengangers betoon word en deurlopende en toeganklike kontak moet beskikbaar wees. Intra- en interpersoonlike vaardighede word benodig om kollegiale samewerking te bevorder.

Samewerking tussen multidissiplinêre spanlede benodig meer respekvolle interaksie tussen en deelname aan die multidissiplinêre span. 'n Beleid oor die onafhanklike, afhanklike en interafhanklike funksies binne spanverband word benodig. Bekendstelling van die program aan geneeshere en paramediese personeel word bepleit en samewerking behoort deur onderhandeling oor roluitklaring en beplande deelname binne spanverband gekenmerk te word. Dit sal 'n geïntegreerde benadering ten opsigte van pasiëntsorg tot gevolg hê, wat laasgenoemde sal bevoordeel. Selfhandhawings- en konflikthanteringstegnieke behoort as ondersteuning aangebied te word. Konflikvrye prestasie-motivering word aangemoedig. Mentors en die bestuur van organisasies behoort gemeenskapsgerigte interdissiplinêre samewerking en programme te inisieer en die korrekte sosialisering van toekomstige rolspelers ten opsigte van samewerking tussen spanlede behoort aandag te geniet. 'n Beleid ten opsigte van die outo-

nome funksies en interafhanklike betrokkenheid van voorgraadse Verpleegkundestudente en ander paramediese groepe personeel behoort ontwikkel te word.

Kliniese evaluering

Evaluering behoort deurlopend en summatief onderneem te word en daar moet verseker word dat voorgraadse Verpleegkundestudente die doel van evaluering verstaan.

Die probleme wat met evaluering ervaar word, ontstaan as gevolg van die feit dat die werkverwante prestasie van voorgraadse Verpleegkundestudente wat waarde heg aan die verpleging van pasiënte in die kliniese situasie, nie erken word nie. Akademiese en kliniese prestasie, wat die werklike pasiëntverpleging insluit, behoort dieselfde gewig te dra. Professionele en persoonlike groei behoort geëvalueer te word en objektief in die vorderingsverslae weergegee te word. Konsultasie met voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van selfevaluering en konstruktiewe voorstelle oor verdere professionele en persoonlike groei, asook hul leerbehoefte, verdien aandag. Die beleid ten opsigte van evaluering, bekamping van subjektiwiteit, bekendheid met die evalueringinstrumente, die proses wat gevolg word en die benutting van wetenskaplike kriteriumgerigte instrumente, word ook uitgewys. Die ontwikkeling van evalueringinstrumente en -tegnieke wat evaluering in 'n positiewe situasie omskep, word aanbeveel ten einde stres te bekamp.

Formele evaluering behoort as 'n positiewe belewenis ervaar te word deur nie-veroordelende metodes te benut. Die geheelaansprake van die program behoort dus oorweeg te word. Evaluering behoort ook op 'n informele vlak deur potuurgroepe onderneem te word. Alternatiewe evaluering as die van die fakulteite waarby onderriginstansies inskakel, behoort toegelaat te word. 'n Voorbeeld is die aanwending van modulêre onderrig wat formele eksamen sal uitskakel, waardeur beter integrasie tussen teorie en praktyk bewerkstellig word. Selfevaluering en konsultasie met voorgraadse Verpleegkundestudente oor evaluering van hul professionele en persoonlike vordering, word aanbeveel.

Rolmodellering

Rolmodelskap teenoor kollegas en pasiënte word as 'n prioriteit gestel. Dit word gekenmerk deur omgee en 'n professionele, medemenslike en toegewyde houding te openbaar. Daar word van rolmodelle verwag om 'n fyn balans tussen hul private lewe en hul loopbaan te handhaaf en 'n voorbeeld te stel. Rolmodelle word beskou as die sleutelfigure ten opsigte van die sosiale verhoudings en die atmosfeer wat in die kliniese en onderrigsituasies geskep word. Dié rolmodelle kan die fisieke herstel van pasiënte en die emosionele welstand van voorgraadse

Verpleegkundestudente beïnvloed. Vanweë hierdie vermoëns behoort hulle kollegas en pasiënte as eenheidswesens te behandel. Rolmodelle behoort as voorbeelde te kan optree ten opsigte van die interaksie wat met pasiënte plaasvind en behoort hul fisieke, psigologiese en spirituele behoeftes te respekteer.

Daar behoort aan die voorgraadse Verpleegkundestudente 'n voorbeeld gestel te word ten opsigte van dinamiese intra- en interpersoonlike vaardighede, omgee wat medelye insluit, intrapersoonlike waardes en moreel-etiese besluitneming asook 'n eie lewens- en mensbeskouing. Positiewe interaksie met pasiënte moet deurgaans gehandhaaf word om positiewe beroepsosialisering teweeg te bring. Oop kommunikasie en 'n vertrouensverhouding behoort gevestig te word tussen rolspelers asook interkulturele samewerking. Verdraagsaamheid moet gefasiliteer word ten einde voorgraadse Verpleegkundestudente tot soortgelyke optredes te begelei. Rolmodelle behoort positiewe beelddraers te wees en beroepstrots openbaar

Rolmodelskap ten opsigte van resente vaardighede en die korrekte werksmetodiek word as vereiste gestel, veral vanweë die negatiewe invloed wat foutiewe werkwyses op die eksamenprestasie van die voorgraadse Verpleegkundestudente uitoefen. Verpligte opgradering van verpleegvaardighede deur herakkreditering behoort ondersoek te word. 'n Prestasie-motiveringstelsel en deelnemende bestuur behoort die rol en funksie van rolmodelle te ondersteun. Die werksbevrediging, beroepsvervulling, werksmotivering, beroepstrots, professionele optrede en leierskap wat te alle tye deur rolmodelle gehandhaaf word, dien as 'n kragtige sosialiseringvoorbeeld vir die voorgraadse Verpleegkundestudente sodat beroeps-identifikasie kan plaasvind.

Positiewe beelddraers van die beroep dra daartoe by dat nuwe Verpleegkundestudente van alle kategorieë gewerf word. Aktiewe betrokkenheid by professionele liggame en die opdatering en implementering van regs-etiese en professionele aspekte word benadruk. Dit moet in samehang met kennis van die sosiale wetenskappe - wat die onderbou vir goeie verpleging verskaf - geskied sodat professionaliteit by voorgraadse Verpleegkundestudente gevestig kan word.

Die bestuur van organisasies word verantwoordelik gehou om die swak moreel van die rolmodelle reg te stel deur motiveringstegnieke, ondersteuning van hul uitgebreide rol en funksies en kontraktuele verpligting om hul onafhanklike funksies te vervul. Deelnemende bestuur, ondersteuning vir rolverwagting en prestasiebestuur vir kreatiewe en toegewyde rolmodelle, behoort in werking gestel te word.

Ten opsigte van die professionele programkongruente groei wat deur bogenoemde prosesse in die kliniese konteks bereik moet word, word *professionele bekwaamheid* ten doel gestel.

□ **Professionele bekwaamheid**

Professionele bekwaamheid manifesteer in die volgende programkongruente professionele leeruitkomst. Dit is naamlik sekuriteit en geborgenheid ten opsigte van die verwagte praktykbestek, internalisering van die kernbegrip van omgee - wat alle verpleeghandelings behoort te onderlê - roldidentifikasie en toerekenbare outonomieit van verpleegpraktisyns wat verantwoordelikheid vir weldeurdatge, onafhanklike besluitneming binne spanverband aanvaar. Professionele en kollegiale begrip en vertrouensverhoudings behoort gevestig te wees en professionele groei deur selfevaluering en lewenslange leer onderneem te word.

5.4.2.1.3 Die samevattende prosesse van fasiliterende mentorskap wat ten opsigte van persoonlike programverwagtings en -eise aangewend kan word ten einde emosionele volwassenheid en lewensvaardigheidsontwikkeling te bereik

Die programverwagtings en -eise wat persoonlik aan die voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, is sodanig dat fasiliterende mentorskap op die *persoonlike begeleiding en ondersteuning* behoort te fokus. Dit word oorkoepelend vir die prosesse van profielvasstelling, individuele begeleiding en ondersteuning, lewensbegeleiding en ondersteuning en beroepsinternalisering aangewend.

(i) Persoonlike begeleiding en ondersteuning

Persoonlike begeleiding en ondersteuning by die aanvang van die program behoort primêr daarop gerig te wees om die jong mens wat tot die beroep toetree, te ondersteun en emosionele en lewensvaardighede uit te brei. Dit is belangrik dat mentors 'n eie gevestigde lewens- en mensbeskouing het, emosionele volwassenheid modelleer, 'n gebalanseerde lewenswyse handhaaf en stresveranderings- en konflikbestuur kan onderneem. Mentors behoort voortgesette onderrigprogramme by te woon en te ontwikkel ten einde in die behoeftes van voorgraadse Verpleegkundestudente te voorsien. Onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies moet genoeg hulpbronne beskikbaar stel. Dit is ook belangrik dat begeleiding ten opsigte van die kriteria, die kwalifikasies, die wyse waarop mentorskap moet plaasvind en die voor- en nadele daarvan verduidelik behoort te word ten einde mentors 'n keuse te laat ten opsigte van hul betrokkenheid. Motiveringstrategieë, bekamping van 'n lae

moreel, self- en veranderingsbestuur behoort in die programinhoud ingebou en deur bekwame mentors geïmplementeer te word.

Dit behoort by voorgraadse Verpleegkundestudente ingeskerp te word dat hulle verantwoordelikheid moet aanvaar vir eie lewenskeuses en dat probleemoplossingsvaardighede ontwikkel moet word. Die fasilitering van 'n positiewe selfbegrip, aanvaarding van die self en ander, 'n realiteitsfokus, met doelbewuste ontwikkeling van volhardende gedrag om leeruitkomste in beide akademiese en kliniese situasies te bereik, word benodig.

Bogenoemde begeleiding en ondersteuning is slegs moontlik indien die leemtes wat voorgraadse Verpleegkundestudente ervaar, bekend is. Daar behoort dus 'n sekere mate van profielvasstelling binne 'n vertrouensverhouding plaas te vind.

Profielvasstelling

Die profiel van die voorgraadse Verpleegkundestudente behoort binne perke bekend te wees en binne 'n vertrouensverhouding bespreek te word sodat persoonlike inligting nie bekend gemaak sal word nie. 'n Vertrouensverhouding behoort vanaf die begin van die program verkry en behou te word. Volgens die profielbepaling behoort lewensvaardighede volgens individuele behoeftes gefasiliteer te word deur die noodsaaklike begeleiding en ondersteuning van mentors of deur verwysing na kundiges, afhangende van die verskillende hulpbronne wat beskikbaar is.

Individuele begeleiding en ondersteuning

Individuele begeleiding en ondersteuning behoort veral by die aanvang van die program onderneem te word ten einde skokvolwassenheid te voorkom. Die belang van deurlopende monitering van veral die eerstejaar voorgraadse Verpleegkundestudente se moreel en die ondervanging van emosioneelbelade situasies wat tot distres sal lei, word as van die uiterste belang beskou. Voorgraadse Verpleegkundestudente wat oor ontoereikende lewensvaardighede beskik, behoort deur reflekteringsessies in staat gestel te word om hul belewenisse ten opsigte van emosioneelbelade situasies te verbaliseer, sodat krisisberaadvoering en ondersteuning verleen kan word. Portuurgroepbegeleiding en -berading word aanbeveel om situasies wat onmiddellike aandag verdien, op te los. Dit is belangrik dat voorgraadse Verpleegkundestudente sinbelewing in traumatiese situasies ervaar, sodat emosionele en spirituele groei kan plaasvind sonder dat uitbranding en emosionele afstomping plaasvind. Sterwensbegeleiding behoort by die aanvang van die kliniese program pro-aktief onderneem te word ten einde die voorgraadse Verpleegkundestudente paraat te maak vir onvoorsiene situasies wat hulle in plasings mag ervaar. Die belang van 'n positiewe lewensvisie asook

beroeps- en lewensbevrediging behoort vanaf die begin van die program by die voorgraadse Verpleegkundestudent ingeskerp te word ten einde 'n vervulde lewe te lei. Wanneer krisissituasies opduik, behoort berading en krisishantering deur mentors en alle betrokke rolspelers onderneem te word. Mentors moet ook in staat gestel word om hierdie begeleiding en ondersteuning te verleen.

Lewensbegeleiding en ondersteuning

Lewensbegeleiding en ondersteuning is daarop gerig om die voorgraadse Verpleegkundestudente paraat te maak ten einde alledaagse situasies te hanteer waarmee hulle professioneel en persoonlik in aanraking sou kom. Die lewenstylstres wat hulle ervaar, mag tot fisieke, sosiale, emosionele, spirituele, kulturele en ander probleme bydra. Bepaalde lewensvaardighede word in elk van hierdie dimensies benodig ten einde die lewe sinvol te beleef. Die belang van oefening en 'n gesonde leefwyse behoort ingeskerp te word. Emosionele en spirituele ondersteuning asook die uitbreiding van ondersteuningstelsels, die bevordering van sosiale integrasie en die voorkoming van sosiale isolasie, behoort benadruk te word en daadwerklik nagevolg word. Sosiale isolasie behoort voorkom te word deur voldoende ondersteuningsnetwerke beskikbaar te stel sodat vriendekringe ook buite die portuurgroepe kan ontwikkel. Dit sal die onvermydelik negatiewe beïnvloeding voorkom wat dikwels ontstaan wanneer vriendekringe tot portuurgroepe verskraal. Die klem word op interprofessionele samewerking geplaas vanweë die stresvolheid van die beroep en die behoefte wat voorgraadse Verpleegkundestudente aan geborgenheid en sekuriteit in die werksomgewing ervaar.

Toepaslike emosionele vaardighede en optimale intra- en interpersoonlike verhoudings moet gehandhaaf word. Die klem wat in verpleging op omgee as kernbegrip geplaas word, moet nie met ko-afhanklikheid verwar word nie. Dit sal emosionele uitbranding by voorgraadse Verpleegkundestudente wat onrealistiese hoë eise aan hulself stel, voorkom. Lewensvaardighede soos selfbestuur en tydsbestuur, selfhandhawing, konflik- en streshantering, probleemoplossing, veranderingsbestuur en emosionele volwassenheid, behoort gefasiliteer te word. Spirituele groei in die self ten einde spiritueel sensitiewe verpleging by pasiënte te onderneem, behoort gefasiliteer te word. Interkulturele verdraagsaamheid, insig en samewerking behoort op 'n kultuursensitiewe manier deur rolmodelskap ontwikkel te word. Indien persoonlike begeleiding en ondersteuning aan die voorgraadse Verpleegkundestudente verleen word, behoort beroepsinternalisering plaas te vind.

□ **Beroepsinternalisering**

Voorgraadse Verpleegkundestudente wat beroepsinternalisering ervaar, behoort werksbevrediging en -vreugde te toon. Die belang van positiewe beroepsosialisering en toekomsvisie behoort aan die rolmodelle voorgehou te word om die belang van die beeld wat na buite gedra word, tuis te bring. Beroepstrots, eiewaarde en 'n suksesgerigte houding verbeter werwingsmoontlikhede vir nuwe Verpleegkundestudente. Die tekort aan toetredende kandidate kan so opgelos word. Die verantwoordelikheid wat op die skouers van professionele verpleegkundiges rus om die sosialisering van voorgraadse Verpleegkundestudente te verseker, behoort benadruk te word. Ten opsigte van die persoonlike programkongruente groei word *emosionele volwassenheid en lewensvaardigheidsontwikkeling* as vereiste gestel

□ **Emosionele volwassenheid en lewensvaardigheidsontwikkeling**

Die twee begrippe dui aan dat 'n eie lewens- en mensbeskouing by voorgraadse Verpleegkundestudente gevestig moet wees en dat verantwoordelikheid vir lewens- en beroepskeuses aanvaar moet word. Emosionele volwassenheid impliseer dat die voorgraadse Verpleegkundestudent toepaslike emosionele vaardighede toon en optimale intra- en interpersoonlike asook interprofessionele verhoudings handhaaf. 'n Gebalanseerde lewenstyl wat al die dimensies van menswees insluit - fisiek, psigies, sosiaal, spiritueel en ekonomies - word gevolg. 'n Positiewe selfbegrip, aanvaarding van die self en andere, word ondersteun deur 'n positiewe realiteitsbesef en volhardende gedrag in tye waarin probleemsituasies voorkom. Lewensvaardighede wat benodig word om die voorafgaande profiel te handhaaf, sluit in konflik- en stresregeringsvaardighede in samehang met probleemoplossing- en veranderings-, asook bestuurvermoëns.

Bogenoemde uiteensetting voltooi die interpretasie van die verskillende prosesse van fasiliterende mentorskap.

Vanuit die voorafgaande krities-analitiese samevatting van die navorsingsbevindings ten opsigte van fasiliterende mentorskap word 'n potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap vervolgens weergegee vir verdere ontwikkeling deur teoriegenerering.

5.4.3 Die potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap

Die potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap dui aan dat die professionele en persoonlike programverwagtings en -eise onderskeidelik pro-aktiewe en remediërende professionele en persoonlike begeleiding en ondersteuning vereis om programkongruente

professionele en persoonlike groei te fasiliteer. Die interafhanklike betrokkenheid tussen die bestuur van organisasies, die mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente word in samehang aangedui. Die potensieel-visuele model (Figuur 5.2) word vervolgens kortliks bespreek.



FIGUUR 5.2 Potensieel-visuele model vir fasiliterende mentorskap

Die potensieel-visuele model is 'n voorstelling van die fasiliterende mentorskap wat onderneem behoort te word. 'n Kort bespreking van die subkategorieë wat onder die kernkategorie verbind is, volg. Die professionele en persoonlike programverwagtings en -eise as subkategorie impliseer die volgende. Dit is naamlik dat sekere leeruitkomste deur die Beroepsraad en die onderriginstansies vasgestel word wat in samewerking met die geassosieerde gesondheidsorgdiensleweringorganisasies soos hospitale en gemeenskapsgesondheidsorgdienste geïmplementeer word. Sekere programverwagtings word professioneel aan die voorgraadse Verpleegkundestudente binne die akademiese en kliniese kontekste van die organisasie-strukture gestel. Die toestande wat binne die bepaalde kontekste heers, wissel en mag verdere

eise aan dié studente stel, wat persoonlik ervaar word. Dit word gesamentlik as professionele en persoonlike programverwagtings en -eise aangedui.

Die beginsel waarop fasiliterende mentorskap berus is dat pro-aktiewe en remediërende professionele en persoonlike begeleiding en ondersteuning benodig word ten opsigte van die professionele en persoonlike programverwagtings en eise wat gestel word. Dié proses vereis interafhanklike betrokkenheid tussen die bestuur van die organisasies, die mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente. Die werklike implementering van die program word deur die akademiese en kliniese mentors, interafhanklik met die voorgraadse Verpleegkundestudente, onderneem. Die bestuur van organisasies, sluit die onderriginstansie wat oorhoofse beheer vir die implementering van die onderrigprogram aanvaar en die gesondheidsorgdiensleweringsorganisasies in. Hierdie betrokkenheid word as sodanig in die model voorgestel.

Die verskillende prosesse wat implisiet in fasiliterende mentorskap vervat is en waardeur pro-aktiewe begeleiding en ondersteuning in die professionele en persoonlike kontekste onderneem word, is reeds onder die konseptuele beeld van die realiteit, wat fasiliterende mentorskap voorstel (sien Figuur 5.1), uiteengesit. Ter wille van duidelikheid word 'n kort oorsig van die betrokke prosesse gegee. Daar word nie 'n onderskeid getref tussen die pro-aktiewe en remediërende strategieë nie, aangesien beide strategieë in elke proses voorkom. Die pro-aktiewe en remediërende professionele begeleiding en ondersteuning veronderstel die volgende:

- Ten opsigte van die akademiese aspekte, dui die proses van *leerbegeleiding en -ondersteuning* op kurrikulering, selfgerigte leer en leerevaluering;
- met betrekking tot die kliniese aspekte, dui die proses van *kliniese begeleiding en ondersteuning* op beplanning, samewerking, kliniese evaluering en rolmodellering; en
- ten opsigte van persoonlike aspekte, word *persoonlike begeleiding en ondersteuning* deur profielvasstelling, individuele begeleiding en ondersteuning, lewensbegeleiding en ondersteuning en beroepsinternalisering ten doel gestel.

Ten opsigte van die programkongruente professionele en persoonlike groei wat ervaar behoort te word, word die volgende leeruitkomstes in die model veronderstel. Die onderriginstansies fasiliteer leeruitkomste wat kongruent moet wees met dié programverwagtings wat die Beroepsraad ten opsigte van die professionele en persoonlike aspekte van verpleegonderrig stel. Samevattend word daar dus op die volgende gefokus:

- Ten opsigte van die programkongruente akademiese leeruitkomst wat bereik moet word, móét *leeroutonomie* gefasiliteer word;
- die programkongruente kliniese leeruitkomst is daarop gerig om *professionele bekwaamheid te fasiliteer; en*
- die programkongruente persoonlike leeruitkomst fokus daarop om *emosionele volwassenheid* en lewensvaardigheidsontwikkeling te fasiliteer.

Die aanname wat gemaak word volgens die mensbeskouing wat die navorser handhaaf, is dat nie een van die prosesse voltooid is nie en dat daar deurlopend na optimalisering van potensiaal en heelheid gestreef behoort te word.

Bogenoemde kort uiteensetting voltooi die samevatting van die begrippe waaruit die potensieel-visuele model bestaan. Daar word vervolgens sekere aanbevelings gedoen ten opsigte van verdere operasionaliseringsmoontlikhede van die navorsing.

5.5 AANBEVELINGS TEN OPSIGTE VAN VERDERE OPERASIONALISERINGSMOONTLIKHEDE

Die volgende word aanbeveel na aanleiding van die resultate van die navorsing. Die moontlikhede vir toepassing in die onderrigsituasie, die verpleegpraktyk en die aanwending van resultate vir verdere navorsing wat hieruit mag ontwikkel, word ook aangedui.

5.5.1 Moontlikhede vir operasionalisering in verpleegonderrig

Die bevindings wat uit die navorsing voortspruit, dui op verskeie leemtes wat bestaan ten opsigte van fasiliterende mentorskap in die totale program. Nie alleen word daar deur akademiese mentors versuim om hulp in hul vakgebied aan te bied nie, maar in eensydige beklemtoning van die onderrig veroorsaak dat die kliniese en persoonlike begeleiding en ondersteuning as geheel verontagsaam word. Die Verpleegkundedosente, of soos in hierdie navorsing aangedui, die akademiese mentors, blyk vanweë verskeie faktore nie in staat te wees om aan verwagtings ten opsigte van kliniese begeleiding te voldoen nie. Soortgelyk kan die kliniese mentors nie aan die verwagtings om onderrig te gee, voldoen nie. Die volgende aanwending is moontlik in die onderrigsituasie.

- Dit sou sinvol wees indien die begeleidingsmodel vir fasiliterende mentorskap in die akademiese en kliniese begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkunde-

studente geïntegreer kan word ten einde professionele en persoonlike groei te bewerkstellig. Interafhanklike samewerking is nodig en moet deur die bestuur van die onderriginstansies en gesondheidsorgdiensleweringorganisasies moontlik gemaak word. Dit sal in die wyer konteks probleme regstel wat die mentors en die voorgraadse Verpleegkundestudente nie kan hanteer nie.

- Daar behoort indringend besin te word oor die ontwikkeling van mentorskapprogramme wat tydens indiensopleiding op informele vlak aangebied kan word. Dit kan moontlik die probleem van ondoeltreffende mentorskap in die kliniese eenhede oor die kort termyn remediërend oplos. Die wysiging in die rolle en funksies wat voorgraadse Verpleegkundestudente ten opsigte van mentorskap benodig, is ingrypend van aard en noodsaak 'n paradigmaterskuiwing. Akademiese mentors behoort die primêre begeleiers te wees, wat meebring dat hul posomskrywing na dié van 'n koppel- of sleutelpersoon verskuif wat 'n mentorspan begelei en ondersteun. Dit sal aan hulle 'n groter bemagtigingstem gee om standarde binne die bevestigde samewerkingstrukture te stel en te implementeer. Die moontlikheid van dié roltoepassing behoort aandag te geniet deur moontlike aanstellings van mentors by beide die onderriginstansies en die gesondheid-sorgdiensleweringorganisasies te oorweeg.
- Voortgesette onderrigleerplanne wat op na-basiese asook nagraadse vlak aangebied word, behoort pro-aktief op fasiliterende mentorskap te fokus ten einde die leemtes in verpleegonderrig te ondervang. Mentorskap behoort as 'n vereiste gestel te word waaraan voornemende akademiese Verpleegkundestudente behoort te voldoen. Die toepaslike leerinhoud behoort 'n komponent van die vasgestelde leerplan uit te maak.
- Ten opsigte van die leeruitkomst wat die Beroepsraad stel asook die implementering daarvan, behoort verdere evaluering plaas te vind van die verwagte leeruitkomst van al drie genoemde kontekste waarin pro-aktiewe en remediërende begeleiding benodig word.
- Die begrippe van positiewe omgee, leerbegeleiding, selfgerigte leer, leerevaluering en leeroutonomie in die Verpleegkunde behoort geoperasionaliseer te word.

5.5.2 Moontlikhede vir operasionalisering in die verpleegpraktyk

Die realiteit waarin die navorsing begrond is, verleen hom uitstekend daarvoor dat die bevindings in die praktyk toegepas kan word. Alle betrokke rolspelers wat reeds genoem is, kan baat vind binne die aanbevole samewerkingstrukture.

- Interprofessionele samewerking en sosialisering van die verskillende studente, naamlik mediese studente, Verpleegkundestudente en verwante mediese beroepe binne spanverband, kan tot voordeel van die pasiënt strek indien die riglyne van die model nagevolg word. Ruimte word gelaat vir die ontwikkeling van die voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors en die bestuur van die organisasies, wat tot voordeel van alle rolspelers asook die pasiënt behoort te strek.
- Die model van fasiliterende mentorskap word slegs as 'n potensieel-visuele model aanbeveel. Verskeie begrippe benodig verdere navorsing, aangesien daar slegs breed op die konseptuele beeld van die realiteit waarin voorgraadse Verpleegkundestudente hulle bevind, gefokus word. Verskeie konsepte van die model benodig operasionalisering binne die konteks van die navorsingsbevindings. Deur middel van die riglyne ten opsigte van kliniese begeleiding en ondersteuning volgens die prosesse van beplanning, samewerking, kliniese begeleiding, kliniese evaluering, rolmodellering in die praktyk, word sekere toepassingsmoontlikhede in die praktyk voorsien.
- Ten opsigte van die persoonlike begeleiding en ondersteuning van die voorgraadse Verpleegkundestudente, kan die operasionalisering van die prosesse van profielbepaling, individuele begeleiding en ondersteuning, lewensbegeleiding en ondersteuning, beroepsinternalisering, emosionele volwassenheid en lewensvaardighedsontwikkeling, 'n sinvolle bydrae in die praktyk lewer ten opsigte van pro-aktiewe en remediërende strategieë om lewensvaardighede by die voorgraadse Verpleegkundestudente te bewerkstellig.

5.5.3 Moontlikhede vir verdere navorsing

Die huidige navorsing het die moontlikheid ondersoek van die fasilitering van professionele en persoonlike groei deur pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning deur doelgerigte mentorskap. Die model vir fasiliterende mentorskap word slegs as potensieel beskou en laat ruimte vir verdere navorsing ten opsigte van elk van die genoemde begrippe. Die werklike betekenis van fasiliterende mentorskap wat uit hierdie navorsing blyk, is wyd en kontekstueel geïnterpreteer. Die ontwikkeling van bepaalde vaardighede wat deur mentors benodig word, wat nie noodwendig verpleegkundig van aard is nie en waardeur doeltreffende begeleiding en ondersteuning plaasvind, benodig uitklaring. Dit kan tot verdere navorsing aanleiding gee. Aspekte uit die kontekste wat ondersoek is en wat uit die bevindings blyk, het die volgende moontlikhede vir navorsing aangedui.

Uit die huidige navorsingsbevindings is vasgestel dat 'n interafhanklike betrokkenheid bestaan tussen die voorgraadse Verpleegkundestudente, die mentors, die bestuur van organisasies en ten opsigte van pro-aktiewe begeleiding en ondersteuning. Verdere navorsing word egter benodig oor die werklike rol van elke rolspeler asook die vaardighede waarvoor hulle moet beskik ten einde fasiliterende mentorskap doeltreffend toe te pas. Elke mentor se rol behoort individueel nagevors te word. Dit open verskeie navorsingsgeleenthede ten opsigte van die rolle van die verskillende mentors, die wyse waarop elke mentor binne die wyer konteks behoort te funksioneer en ook die vaardighede waarvoor elke mentor in die bepaalde konteks behoort te beskik.

- Daar kan dus diepte-navorsing onderneem word oor die moontlike wyse waarop en die kontekste waarin fasiliterende mentorskap deur portuurgroepbegeleiers onderneem kan word.
- Die ontwikkeling van portuurgroepberaders behoort nagevors te word, aangesien portuurgroepe in hierdie navorsing met positiwiteit bejeën is en altyd beskikbaar was vir mekaar.
- Navorsing oor die ontwikkeling van indiensopleidingsprogramme vir die fasilitering van mentorskap by kliniese mentors behoort van waarde te wees. Die implementering daarvan in die kliniese eenhede sal tot voordeel van beide die voorgraadse Verpleegkundestudente en mentors strek en behoort die kwaliteit van verpleging te verbeter.
- Die vestiging van 'n positiewe leerklimate waarin mentorskap kan plaasvind, is noodsaaklik alvorens mentorskap kan gedy. Dit bring mee dat navorsing na die werklike redes waarom die klimate as vyandig beleef word, onderneem moet word. Aanbevelings vir die regstelling daarvan moet gedoen en geïmplementeer word.
- Navorsing oor moontlik interprofessionele samewerkingsprogramme tussen mediese studente en ander studente van die gesondheidsdiensleweringspan, soos voornemende aptekers, maatskaplike werkers, fisioterapeute, Verpleegkundestudente van alle kategorieë, asook die implementering daarvan ten einde samewerking tussen die groepe te verbeter en die pasënt te bevoordeel, sal 'n totaliteitsbenadering moontlik maak.
- Die vestiging van multidissiplinêre samewerkingstrukture in die kliniese eenhede benodig navorsing ten einde 'n spanbenadering te vestig binne 'n organisasiestruktuur waar deelnemende bestuur onderneem word.

- Die doelgerigte fasilitering van lewensvaardighede en emosionele volwassenheid op 'n pro-aktiewe en remediërende wyse behoort 'n sinvolle bydrae tot die professionele en persoonlike groei van voorgraadse Verpleegkundestudente te lewer. Dié aspekte word slegs bespreek as 'n komponent van die onderrigprogram wat in Psigiatriese Verpleegkunde gevolg word en is nie direk afgestem op die totale persoonlike groei en ontwikkeling van die voorgraadse Verpleegkundestudent nie.
- Mentorskap as 'n komponent van verpleegonderrig kan suksesvol in die leerplan van die nagraadse kwalifikasies in verpleegonderrig en verpleegadministrasie onderskeidelik ingebou word. Dit benodig verdere navorsing ten einde die verskille tussen die fasiliterende mentorskap wat dié twee kategorieë professionele verpleegkundiges benodig, asook wie hierdie mentors kan wees, na te vors.
- Die voorgraadse Verpleegkundestudente neig vanweë hul kreatiwiteit om beginsel- en selfgerigte leer te onderneem. Dit laat 'n verdere behoefte aan navorsing ontstaan ten einde die leerbegeleiding en ondersteuning wat selfgerigte leer fasiliteer, te ontwikkel.
- Navorsing word benodig oor die ontwikkeling van praktykgeoriënteerde modules wat teorie en praktyk integreer ten einde herakkreditering van professionele verpleegkundiges vir resente en veilige praktykvoering voor te berei.
- Die rol van die professionele verpleegkundige om as veranderingsagent bepaalde aspekte van die gesondheidsorgstelsels te bestuur, benodig navorsing ten einde die swak moreel en verlating van akademiese hospitale en die land die hoof te bied.

Die wyse waarop die navorsing onderneem is, word deur 'n kort evaluering van die verskillende navorsingstappe aangedui.

5.6 EVALUERING EN SLOTSOM VAN DIE NAVORSING

Die positiewe aspekte word eerstens bespreek in samehang met die evaluering, waarna die beperkings van die navorsing kortliks bespreek word.

Die positiewe aspekte van die navorsing is die toepaslikheid van die bevindings vir die tydperk waarin die behoeftes aan mentorskap as aktueel ervaar en beskou word. Die begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente word as van primêre belang beskou en rolspelers wat hierby betrokke is, behoort in staat te wees om dié bepaalde vaardighede by voorgraadse Verpleegkundestudente te fasiliteer. Personeel wat vanweë verskeie veranderings in die gesondheidsorgdiensleweringstelsels gevorderde professionele en persoonlike

vaardighede ten opsigte van 'n verskeidenheid bestuurs-, onderrig- en verpleegvaardighede moet ontwikkel, benodig mentors wat as rolmodelle dié vaardighede kan bemiddel. Dit is belangrik dat daar pro-aktief opgetree word ten einde situasies wat as versuime en kriminele oortredings beskou kan word, te voorkom. Die klem op primêre gesondheidsorgverpleging en die outonome besluite wat geneem moet word, vereis veral dat optimale professionele en persoonlike vaardighede ontwikkel moet word.

'n Verdere veranderlike wat die voorgraadse Verpleegkundestudente sal bevoordeel, is dat die bevindings vanuit die realiteit van die kliniese situasie begrond is en nie verwyderd hiervan nagevors is nie. Fasiliterende mentorskap is dus direk op die situasies waarin voorgraadse Verpleegkundestudente hulle bevind, van toepassing. 'n Redelik volledige insig in dié toestande binne bepaalde kontekste waaraan hulle blootgestel word, laat ruimte vir veralgemening van die bevindings na ander voorgraadse Verpleegkundestudente.

Ten einde die aspek van veralgemeenbaarheid te bespreek, is dit nodig om kortliks 'n evaluering van die begronde teorie te onderneem. Soos enige navorsing moet dit aan die vereistes vir wetenskaplikheid voldoen. Dit is volgens Strauss en Corbin (1990:250) noodsaaklik dat standarde vir die beoordeling van kwalitatiewe studies aangedui word. Dié standarde benodig egter herdefiniëring om by die realiteit van die kwalitatiewe navorsing en die kompleksiteit van die sosiale fenomeen wat nagevors word, te pas. Geen teorie wat op 'n sosiaal-psigologiese fenomeen betrekking het, is herhaalbaar nie. Verskillende situasies mag egter soortgelyke resultate oplewer, aangesien kontrole van die eksterne veranderlikes 'n invloed uitoefen op die betrokke fenomeen wat bestudeer word. Strauss en Corbin (1990:250-251) beweer dat indien die teoretiese perspektief van die oorspronklike navorser bekend is en dieselfde reëls vir data-insameling gevolg word onder soortgelyke omstandighede, dieselfde teoretiese verduideliking oor die fenomeen gegee kan word. Die verskille kan deur hereksaminering van die data en identifisering van moontlike verskillende omstandighede uitgeklaar word.

Die veralgemeenbaarheid kan soos volg aangedui word. Die doelstelling van 'n begronde teorie is om die toestande te bepaal wat tot 'n bepaalde reeks aksies en interaksies aanleiding gee wat na die fenomeen verwys, asook die gevolge wat hieruit ontstaan. Die bevindings is gewoonlik veralgemeenbaar na spesifieke situasies. Die mate waarin sistematiese en wydverspreide steekproefneming onderneem is asook die aantal toestande en kontekste, wat voorkom, verhoog die veralgemeenbaarheid van die ontwikkelde teorie.

Die kriteria wat in hierdie navorsing van belang is vir evaluering, sluit in die aspekte van data-insameling met die versekering van vertrouenswaardigheid (sien 2.3.1.1), die data-ontleding en konseptualisering (sien 2.3.1.2), die denkstrategieë asook die verskillende koderingstegnieke wat in die data-ontleding benut is.

Ten einde die data-insameling te verifieer, word die volgende bespreek:

- Die toestemming tot die navorsing, die oorspronklike steekproewe, die wyse waarop die steekproewe gewerf is; en
- Die fokusgroeponderhoud wat deur middel van 'n groepsfasiliteerder onderneem is, die navorsingvraag wat gevra is en die versekering van vertrouenswaardigheid word aangedui.

Ten einde die data-ontleding en konseptualisering te verifieer, word die volgende bespreek:

- Redenering en denkstrategieë en die koderingstegnieke om die data te ontleed, naamlik oop, aksiale en selektiewe kodering wat die paradigmamodel benut het om die data te orden en waardeur die teorie begrond is;
- die hoofkategorieë wat ontwikkel het en die drie kontekste waarin toestande voorgekom het waaraan voorgraadse Verpleegkundestudente blootgestel is;
- die twee groepe voorgraadse Verpleegkundestudente wat geïdentifiseer is, naamlik diegene wat hoofsaaklik negatiewe belewenisse gehad het, teenoor diegene wat wel positiewe belewenisse aandui, asook die veranderlikes wat 'n rol speel ten opsigte van dié belewenisse;
- die verhoudingsverklarings tussen kategorieë waarvolgens stellings gemaak is en aan 'n literatuurkontrole onderwerp is ten einde die data te bevestig, gevolg deur 'n verdere verdiepende literatuurstudie na die aksies en interaksies wat vir moontlike pro-aktiewe en remediërende begeleiding en ondersteuning aangewend kan word;
- hipotetiese stellings is gemaak en die toepassing daarvan verduidelik ten einde die wisselende toestande te toets;
- die verbinding van die kategorieë is sistematies onderneem na aanleiding van die koderingstegnieke wat gevolg is, waarna die begroning van die data in die laaste fase van selektiewe kodering plaasgevind het;

- die hoofkategorieë, kategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë is ontwikkel ten einde digtheid en variasie aan die kategorieë te verleen;
- die kernkategorie is benoem, aangesien die bestaande hoofkategorieë nie omvattend genoeg was om die ander kategorieë hieronder te orden nie, waarna 'n selektiewe steekproefneming gedoen is wat op die kernkategorie gerig is, gevolg deur 'n krities-ontledende sintese van die betekenis van die kernkategorie; en
- die kernkategorie het geleidelik vanuit die data en die literatuurstudie ontstaan. Dit is gekies vanweë die omvattendheid van die konsep en impliseer die beginsel van interafhanklikheid tussen alle betrokke rolspelers.

Die empiriese begroning van die studie voldoen aan die volgende kriteria wat Strauss en Corbin (1990:254-255) stel, naamlik:

- Die konsepte is vanuit die data gegeneer;
- die konsepte is sistematies verbind om kategorieë te vorm;
- die kategorieë is voldoende ontwikkel en beskik oor konseptuele digtheid;
- 'n verskeidenheid toestande, aksies, interaksies en gevolge word aangedui wat kenmerkend van 'n begroede teorie behoort te wees;
- die breër toestande wat die fenomeen beïnvloed, soos ekonomiese omstandighede en politieke aspekte, word in berekening gebring en daar word dus nie slegs op die mikro-toestande gefokus nie;
- proses is in berekening gebring in die fasiliterende mentorskap en word in Tabel 5.1 aangedui; en
- belangrike bevindings wat 'n paradigmasverskuiwing in begeleiding en ondersteuning van voorgraadse Verpleegkundestudente meebring, is bevind, wat dus die bevindings sinvol en toepaslik maak.

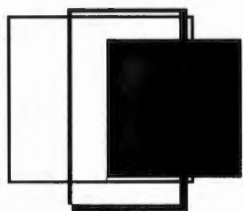
Die volgende leemtes is in die studie bevind.

'n Meer verteenwoordigende steekproef van die kulturele samestelling van die bevolking sou moontlik meer probleme ten opsigte van die studie, taal en intra- asook interkulturele probleme kon aandui. Die logistieke probleme wat die navorser ten opsigte van toegang tot 'n meer

kultuurverteenvoordigende groep ervaar het, is gekoppel aan die plasings van die voorgraadse Verpleegkundestudente in afgeleë hospitale. Dit het dié studente onbereikbaar gemaak tydens die tydperk wat vir fokusgroeponderhoude geskeduleer is. Die bevindings van die data was egter hoofsaaklik negatief van aard en dit is onwaarskynlik dat 'n meer kultuurverteenvoordigende groep die resultate positief sou beïnvloed.

'n Verdere leemte ontstaan vanweë die uitgebreidheid van die bevindings, wat verdere navorsing vereis vóór 'n finale model vir fasiliterende mentorskap ontwikkel kan word. Die model word dus slegs as 'n potensieel-visuele model aangedui en benodig verdere verfyning.

Ten spyte van leemtes in die potensieel-visuele model, kan dit egter volgens die mening van die navorser sinvol aangewend word ten einde fasiliterende mentorskap te onderneem. Die verontagsaming van die voorgraadse verpleegkundestudent se fisieke, emosionele, sosiale, spirituele en kulturele behoeftes laat by die navorser kommer oor en 'n bewustheid van die beperkende bestaan wat op jong en onervare voorgraadse Verpleegkundestudente afgeforseer word. Daar word slegs op een faset van menswees gekonsentreer, naamlik arbeid, in samehang met kognitiewe ontwikkeling, wat voorkeur verkry. Daar word 'n uitdaging aan verpleegleiers gerig om die beroep in samewerking met die multidissiplinêre span en die bestuur van organisasies sodanig te rig dat dit 'n regmatige plek as 'n professionele beroep inneem, waarin die ideale van die jong volwassene in die huidige bedeling met trots kan vergestalt.



ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E. 1979. Better patient care through nursing research. 2nd ed. New York : Collier-MacMillan. 736 p.

ADAMS, A., BOND, S. & HALE, C.A. 1998. Nursing organizational practice and its relationship with other features of ward organization and job satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1212-1222, Jun.

AFRICAN NATIONAL CONGRESS. Health Department. 1994. National health plan for South Africa, prepared by the ANC with the technical support of the World Health Organisation (WHO) and UNICEF, May 1994. Johannesburg : African National Congress. 91 p.

ALEXANDER, M.E. 1989. Nursing practitioners, researchers, teachers and managers all have the same goal. *Journal of advanced nursing*, 14(12):991-992, Dec.

ALLMARK, P. 1998. Is caring a virtue? *Journal of advanced nursing*, 28(3), 446-472, Sept.

AMERICAN HERITAGE DICTIONARY **kyk** WATKINS, C.

ANC **kyk** AFRICAN NATIONAL CONGRESS

ANDREWS, M. & WALLIS, M. 1999. Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 29(1):201-207.

ANON. 1990. 'n Verslag oor die meningsopname onder vierdejaarstudente van 1989 aan die Wes-Transvaalse Verplegingskollege om hulle houding teenoor die basiese opleidingsprogram te bepaal. Klerksdorp : SAVV.

ARDERN, P. 1999. Safeguarding care gains: a grounded study of organizational change. *Journal of advanced nursing*, 29(6):1370-1376, Jun.

ARTHUR, H. 1995. Student self-evaluations: how valid? *International journal of nursing studies*, 32(3):271-276, Jun.

ARTHUR, H. & BAUMAN, A. 1996. Nursing curriculum content: an innovative decision-making process to define priorities. *Nurse education today*, 16(1):63-68, Feb.

- ARTHUR, M.L. 1996. The implications of culture shock for health educators. *Curationis*, 19(4):47-51, Dec.
- ATKINS, S. & WILLIAMS, A. 1995. Registered nurses' experiences of mentoring undergraduate nursing students. *Journal of advanced nursing*, 21(5):1006-1015, May.
- AUDET, M.C. 1995. Caring in nursing education: reducing anxiety in the clinical setting. *Nursing connections*, 8(3):21-28, Fall.
- BAILEY, P.H. 1997. Finding your way around qualitative methods in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 25(1):15-22, Jan.
- BALDWIN, D. & NELMS, T. 1993. Difficult dialogues: impact on nursing education curricula. *Journal of professional nursing*, 9(6):343-346, Nov.-Dec.
- BARRY, J.T., SOOTHILL, K.L. & FRANCIS, B.J. 1989. Nursing the statistics: a demonstration study of nurse turnover and retention. *Journal of advanced nursing*, 14(7):528-535, Jul.
- BARTON, T.D. 1998. The integration of nursing and midwifery education within higher education: implications for teachers: a qualitative research study. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1278-1286, Jun.
- BEACH, D.S. 1985. Personnel: the management of people at work. 5th ed. New York : Macmillan. 618 p.
- BENADE, J.M. 1990. Die verband tussen selfaktualisering en prestasie motivering. Pretoria : Universiteit van Suid-Afrika. (Verhandeling - M.Com.) 199 p.
- BENTLEY, H. 1996. The need for change in nurse education: a literature review. *Nurse education today*, 16(2):131-136, Apr.
- BERGMAN, R. 1981. Accountability: definition and dimensions. *International nursing review*, 28(2):236, Mar.
- BEZUIDENHOUT, F.J. 1982. Socialisation of the student nurse in the nursing profession. *Curationis*, 5(1):11-16, Mar.
- BEZUIDENHOUT, M.C. 1988. Die invloed van die geregistreerde verpleegkundige as rolmodel op die studentverpleegkundige. *Curationis*, 11(3):28-31, Sept.
- BEZUIDENHOUT, M.C. & BASSON, A.A. 1992a. Die opleidingsfunksie van die geregistreerde verpleegkundige, dl. I. *Curationis*, 15(2):27-30, Jun.

- BEZUIDENHOUT, M.C. & BASSON, A.A. 1992b. Die opleidingsfunksie van die geregistreerde verpleegkundige, dl. 2. *Curationis*, 15(3):13-17, Sept.
- BEZUIDENHOUT, M.C. & NETSHANDAMA, V.O. 1999. The role of the ward manager in creating a conducive clinical learning environment for nursing students. *Curationis*, 22(3):46-52, Sept.
- BILEY, F.C. & SMITH, K.L. 1998. The buck stops here: accepting responsibility for learning and actions after graduation from a problem-based learning nursing education curriculum. *Journal of advanced nursing*, 27(5):1021-1029, May.
- BIRCUMSHAW, D. 1989a. A survey of the attitudes of senior nurses towards graduate nurses. *Journal of advanced nursing*, 14(1):68-72, Jan.
- BIRCUMSHAW, D. 1989b. How can we compare graduate and non graduate nurses? A review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 14(6):438-443, Jun.
- BJÖRK, I.T. 1995. Neglected conflicts in the discipline of nursing: perceptions of the importance and value of practical skill. *Journal of advanced nursing*, 22(1):6-12, Jul.
- BOS, S. 1998. Perceived benefits of peer leadership as described by junior baccalaureate nursing students. *Journal of nursing education*, 37(4):189-191, Apr.
- BOTES, A. 1989. Die operasionalisering van portuurgroepbegeleiding in die verpleging. *Nursing / Verpleging RSA*, 4(11):45-47, Nov. / Dec.
- BOTES, A. 1992. 'n Model vir kwalitatiewe navorsing in die verpleegkunde. *Curationis*, 15(4):36-42, Des.
- BOTES, A. 1997. Guidelines for nursing education at universities. *Nursing news*, 21(2):50-51, Feb.
- BOTES, A.C. 1991. 'n Funksionele denkbenadering in verpleegkunde. *Curationis*, 14(1):19-2, Jul.
- BOTES, A.C. 1993. Teorievorming in die verpleegkunde: basiese begrippe. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Ongepubliseerde klasaantekeninge.)
- BOTES, A.C. 1994. 'n Model vir navorsing in verpleegkunde: kernaantekeninge. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit.
- BOTES, A.C. & VAN TONDER, A.H.D. 1993. 'n Profiel van die B.Cur.-student 1982-1988 aan die Randse Afrikaanse Universiteit. *Curationis*, 16(4):32-37.

- BOTHA, M.E. 1991. Elementêre inleiding tot die wetenskapsleer. Potchefstroom : PU vir CHO. 214 p.
- BOTHA, M.E. 1992. 'n Wêreld wat aan God behoort: 'n inleiding in 'n Christelike werklikheidsleer (ontologie). Potchefstroom : PU vir CHO. (Diktaat D3/92.)
- BOUSFIELD, C. 1997. A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *Journal of advanced nursing*, 25(2):245-256, Feb.
- BOYCHUK DUCHSCHER, J.E. 1999. Catching the wave: understanding the concept of critical thinking. *Journal of advanced nursing*, 29(3):577-583, Mar.
- BRINK, H. 1991. On empathy: fundamental issues regarding its nature and teaching. *Curationis*, 14(1):24-29, Jul.
- BRINK, H.I.L. 1989a. Registered nurse tutors' perception of their role. *Curationis*, 12(1&2):14-17, Jul.
- BRINK, H.I.L. 1989b. The term preceptor: its interpretation in South African nursing colleges and international nursing literature. *Curationis*, 12(3&4):62-66, Dec.
- BROPHY, J. 1998. Failure syndrome students. (Abstract in ERIC database, reference number ED419625.)
- BROWN, H. 1996. Is there a correspondence between expectations and experiences of stress and coping and actual stressors and coping: a study of Project 2000 student nurses. (Paper presented at the Seventh Annual International Participative Conference held from 3 to 4 September 1996 in Durham. Burnemouth, UK. : University of Bournemouth. p. 1-18.)
- BRUWER, A. 1980. Die saalsuster as koördineerder. *Curationis*, 3(1):10-13, Jun.
- BUCHAN, J. 1999. The 'greying' of the United Kingdom work-force: implications for employment policy and practice. *Journal of advanced nursing*, 30(4):818-826, Oct.
- BUCKNALL, T. & THOMAS, S. 1997. Nurses' reflections on problems associated with decision-making in critical care settings. *Journal of advanced nursing*, 25(2):229-237, Feb.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 1987. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. Philadelphia : Saunders. 790 p.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 1997. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 3rd ed. Philadelphia : Saunders.

- CAMIAH, S. 1998. Current educational reforms in nursing in the United Kingdom and their impact on the role of nursing lecturers in practice: a case study approach. *Nurse education today*, 18(5):368-379, Jul.
- CARLISLE, C., KIRK, S. & LUKER, K.A. 1997. The clinical role of nurse teachers within Project 2000 course framework. *Journal of advanced nursing*, 25(2):386-395, Feb.
- CAVANAGH, S.J. 1989. Nursing turnover: literature review and methodological critique. *Journal of advanced nursing*, 14(7):587-596, Jul.
- CHAMBERS, M.A. 1998. Some issues in the assessment of clinical practice: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 7(3):201-208, May.
- CHAPMAN, C.M. 1998. Is there a correlation between change and progress in nursing education? *Journal of advanced nursing*, 28(3):459-460, Sept.
- CHERNISS, C. 1998. Social emotional learning for leaders. *Educational leadership*, 55(7):26-28, Apr.
- CHIDRAWI, H.C. 2000. Die paraatheid van verpleegkundiges vir spiritueel-sensitiewe verpleging. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.) 195 p.
- COETZEE, S., VAN AARDT, S. & VENTER, A. 1985. Kliniese onderrig: dis makliker as wat u dink. *Curationis*, 8(2):30-32, Jun.
- COGNITIVE SCIENCE LABORATORY, PRINCETON UNIVERSITY. 1997. Princeton : Princeton University. Cognitive science laboratory. *Word Net*, 28 Dec. 2002. [Web:] <http://www.cogsci.princeton.edu/> [Date of access: 20 May 2000].
- COLE, A. & SHANLEY, E. 1998. Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1171-1176, Jun.
- CONGER, M.M. & MEZZA, I. 1996. Fostering critical thinking in nursing students in the clinical setting. *Nurse education*, 21(3):11-15, May / Jun.
- COOK, S.H. 1999. The self in self-awareness. *Journal of advanced nursing*, 29(6):1292-1299, Jun.
- CRAWFORD, M.W. & KIGER, A.M. 1998. Development through self-assessment strategies used during clinical nursing placements. *Journal of advanced nursing*, 27(1):157-164, Jan.
- CROTTY, M. 1993. Clinical role activities of nurse teachers in Project 2000 programmes. *Journal of advanced nursing*, 18(3):460-464, Mar.

- CUESTA, C.W. & BLOOM, K.C. 1998. Mentoring and job satisfaction: perceptions of nurse-midwives. *Journal of nurse midwifery*, 43(2):111-116, Mar. / Apr.
- DALY, W.M. 1998. Critical thinking as an outcome of nursing education. What is it? Why is it important to nursing practice? *Journal of advanced nursing*, 28(2):323-331, Aug.
- DANA, N. & GWELE, N.S. 1998. Perceptions of student nurses of their personal and academic development during placement in the community as a clinical learning environment. *Curationis*, 21(1):58-64, Mar.
- DAVIES, S., WHITE, E., RILEY, E. & TWINN, S. 1996. How can nurse teachers be more effective in practice settings? *Nurse education today*, 16(1):19-27, Feb.
- DAVIS, P.S. 1991. The meaning of change to individuals within a college of nursing education. *Journal of advanced nursing*, 16(1):108-115, Jan.
- DAWSON, M.S. 1994. Using locus of control to empower student nurses to be professional. *Nursing forum*, 29(4):10-15, Oct. / Dec.
- DEMOCRATIC NURSING ASSOCIATION OF SOUTH AFRICA **kyk DENOSA**
- DENOSA. 1998. Position statement. *Ethical standards for nurse researchers*:1-7, Febr.
- DEWE, P.J. 1989. Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups. *Journal of advanced nursing*, 14(4):308-320, Apr.
- DU PLESSIS, E. 1996. Riglyne vir kliniese begeleiding van studentverpleegkundiges deur die kliniese begeleidingspan. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.) 249 p.
- DU RAND, P.P. & VILJOEN, M.J. 1999. A development and support programme for black first year nursing students. *Curationis*, 22(3):4-13, Sep.
- DÜRRHEIM, R. 1993. Student nurses' perception of the clinical midwifery experience as a learning environment. *Curationis*, 16(3):1-5, Oct.
- DUSMOHAMED, H. & GUSCOTT, A. 1998. Preceptorship: a model to empower nurses in rural health settings. *Journal of continued education in nursing*, 29(4):154-160, Aug.
- DUVENAGE, B. 1987. Die wetenskaplike hantering van Christelike perspektiewe in navorsing. Paradigmas in die wetenskappe - 'n Christelike perspektief. Potchefstroom : Departement Wetenskapsleer, Potchefstroomse Universiteit vir CHO. (Wetenskaplike bydraes van die PU vir CHO, Reeks J: Instituut vir reformatoriese studies, Reeks J 1.)

- EARNSHAW, G.J. 1995. Mentorship: the students' views. *Nurse education today*, 15(4):274-279, Aug.
- EISENHAUER, L.A. & O'NEILL, J.A. 1995. Synthesis and praxis; liberal education and nursing. *Liberal education*, 81(1):12-17, Winter.
- ELCOCK, K. 1998. Lecturer practitioner: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 28(5):1092-1098, Nov.
- ELDER, L. 1997. Critical thinking: the key to emotional intelligence. *Journal of developmental education*, 21(1):40-41, Fall.
- ERASMUS, L., POGGENPOEL, M. & GMEINER, A. 1998. Beroepsmatheidervaring by psigiatriese verpleegkundiges in 'n privaat psigiatriese hospitaal. *Curationis*, 21(2):9-16, Jun.
- ESTERHUIZEN, J.M. 1989. 'n Ondersteuningstelsel vir studentverpleegkundiges: 'n verpleegdidaktiese perspektief. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Verhandeling - M.Cur.) 138 p.
- EVANS, C.S. 1977. Preserving the person: a look at the human sciences. Downers Grove , Ill. : Intervarsity Press. 175 p.
- FABRICIUS, J. 1996. Has nursing sold its soul? *Nurse education today*, 16(1):75-77, Feb.
- FAGERMOEN, M.S. 1997. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3):434-441, Mar.
- FAIRBROTHER, P. 1996. Recognition and assessment of teaching quality. *Nurse education today*, 16(1):69-74, Feb.
- FARRELL, G.A. 1998. The mental health of hospital nurses in Tasmania as measured by the 12-item general health questionnaire. *Journal of advanced nursing*, 28(4):707-712, Oct.
- FERGUSON, C. & CERINUS, M. 1996. Students in employment: learning and working. *Nurse education today*, 16(5):373-375, Oct.
- FOX, J. 1991. Mentorship and charge nurse. *Nursing standard*, 5(23):34-36, Feb./ March.
- FRERICHS, M. 1973. Relationship of self-esteem and internal external control to selected characteristics of Associate degree nursing students. *Nursing research*, 22(4):350-352.
- FROGGAT, T.K. 1998. The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *Journal of advanced nursing*, 28(2):332-338, Aug.

- FRY, S.E., KARANI, A. & TUCKELL, G.M. 1982. A survey of the abandonment of student nurses at Grey Hospital. *Curationis*, 5(1):22-25, Mar.
- GALLIA, K.S. 1996. Starting on the right foot: the first day of class. *Nurse education*, 21(3):16-18, May/Jun.
- GIBSON, C.H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3):354-361, Mar.
- GILBERT, T. 1998. Towards a politics of trust. *Journal of advanced nursing*, 27(5):1010-1016, May.
- GLASS, N. & WALTER, R. 2000. An experience of peer mentorship with student nurses: enhancement of personal and professional growth. *Journal of nursing education*, 39(4):155-160, Apr.
- GLEN, S. 1998. The key to quality nursing care: towards a model of personal and professional development. *Nurse ethics*, 5(2):95-102, Mar.
- GOODCHILD-BROWN, B. 1986. Accompaniment of students by nurse teachers: a brief didactic study. *Curationis*, 9(2):5-9, Jun.
- GOODE, H. 1998. The theory practice gap and student nurses. *Child health-care*, 2(2):86-90, Summer.
- GRAVETT, S. & PETERSEN, N. 2000. Academic staff development from a transformational learning perspective. *South African journal for higher education*, 14(1):31-36.
- GRAVETT, S.J. 1993. Onderrigontwikkeling op universiteitsvlak: 'n leerbegeleidingsperspektief. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Proefskrif - D.Ed.) 177 p.
- GRAY, M.A. & SMITH, L.N. 1999. The professional socialization of diploma of higher education in nursing students (Project 2000): a longitudinal qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 29(3):639-647, Mar.
- GRAY, M.A. & SMITH, L.N. 2000. The qualities of an effective mentor from the nurses' perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 32(6):1542-1549, Dec.
- GREEFF, M. 1991. 'n Model vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding van die pasiënt met geestesongemak. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Proefskrif - D.Cur.) 262 p.

- GREEFF, M. 1995. Die integrasie van persoonlike and professionele groei ten opsigte van die verpleegkunde. Potchefstroom : PU vir CHO, Sentrale Publikasies. (Wetenskaplike bydraes. Reeks H: Inouguerele rede nr. 140.) 27 p.
- GROSS, E., NOLTE, A. & SMITH, D. 1996. Gesondheid: 'n realistiese perspektief. *Gesondheid SA*, 1(1):3-8, Mrt.
- GUSTIN, T.J., SEMLER, J.E., HOLCOMB, M.W., GMEINER, J.L., BRUMBERG, A.E., MARTIN, P.A. & LUPO, T.C. 1998. A clinical advancement program: creating an environment for professional growth. *Journal of nursing administration*, 28(10):33-39, Oct.
- HARDEN, J. 1996. Enlightenment, empowerment and emancipation: the case for critical pedagogy in nurse education. *Nurse education today*, 16(1):32-37, Feb.
- HAYES, E. 1998. Mentoring and self-efficacy for advanced nursing practice: a philosophical approach for nurse practitioner preceptors. *Journal of American academic nurse practitioners*, 10(2):53-57, Feb.
- HAYWARD, J. 1982. Universities and nursing education. *Journal of advanced nursing*, 7(4):371-377, Jul.
- HESS, J.D. 1996. Education for entry into practice: an ethical perspective. *Journal of professional nursing*, 12(5):289-296, Sept. / Oct.
- HOLLAND, K. 1996. A journey to becoming: the student nurse in transition. (Paper presented at the Nurse Education Tomorrow Conference, 3-5 September 1996 in Durham, UK.) (Unpublished.)
- HOLT, J. & LONG, T. 1999. Moral guidance, moral philosophy and moral issues in practice. *Nurse education today*, 19(3):246-249, Apr.
- HOLTZ, C. & WILSON, C. 1992. The culturally diverse student: a model for empowerment. *Nurse education*, 17(6):28-31, Nov. / Dec.
- HOOKER, J.C. 1991. Change and nursing in the United Kingdom. *Journal of advanced nursing*, 16(3):253-254, Mar.
- HOPE, A., KELLEHER, C.C. & O'CONNOR, M. 1998. Lifestyle practices and the health promoting environment of hospital nurses. *Journal of advanced nursing*, 28(2):438-447, Aug.
- HOWKINS, E. & EWENS, A. 1999. How students experience professional socialisation. *International journal of nursing studies*, 36(1):41-49, Feb.
- HUMAN, S.P. 1978/9. Die studentverpleegster as adolessent. *Curationis*, 1(1):44-46, Jun.

- HUMAN, S.P. 1980. Die verpleegkundige as skepper van die terapeutiese omgewing. *Curationis*, 3(1):30-31, Jun.
- JACELON, C.S. 1997. The trait and process of resilience. *Journal of advanced nursing*, 25(1):123-129, Jan.
- JACONO, B.J. 1993. Caring is loving. *Journal of advanced nursing*, 18(2):192-194, Feb.
- JARRETT, N. & PAYNE, S. 1995. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of advanced nursing*, 22(1):72-78, Jul.
- JEFFREYS, M.R. 1998. Predicting non traditional student retention and academic achievement. *Nurse education*, 23(1):42-48, Jan. / Feb.
- JENKINSON, T.P. 1977. Adolescents as reflective practitioners: implications for nurse education. *Nurse education today*, 17(1):58-61, Feb.
- JONES, M.C. & JOHNSTON, D.W. 2000. Reducing distress in first level student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of advanced nursing*, 32(1):66-74, Jul.
- JONES, S.H. 1992. Improving retention and graduation rates for black students in nursing education: a developmental model. *Nursing outlook*, 40(2):78-85, Mar. / Apr.
- KAPLAN, R.A., BOSHOFF, A.B. & KELLERMAN, A.M. 1991. Job involvement and job satisfaction of South African nurses compared with other professions. *Curationis*, 14(1):3-6, Jul.
- KATAOKA-YAHIRO, M. & SAYLOR, C. 1994. A critical thinking model for nursing judgement. *Journal of nursing education*, 33(8):351-356, Oct.
- KEENAN, J. 1999. A concept analysis of autonomy. *Journal of advanced nursing*, 29(3),556-562, Mar.
- KELLY, B. 1998. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of advanced nursing*, 28(5):1134-1145, Nov.
- KEOGH, J. 1997. Professionalization of nursing: development, difficulties and solutions. *Journal of advanced nursing*, 25(2):302-308, Feb.
- KEVERN, J., RICKETTS, C. & WEBB, C. 1999. Pre-registration diploma students: a quantitative study of entry characteristics and course outcomes. *Journal of advanced nursing*, 30(4):785-795, Oct.

- 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.
- KNIGHT, S. 1998. A study of the "lived" experience of change during a period of curriculum and organizational reform in a department of nurse education. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1287-1295, Jun.
- KOMITEE VIR UNIVERSITEITSVERPLEEGHOOFDE. 1992. Verslag van die vergadering gehou op 5 Mei 1992 in die Senaatsaal op die kampus van die Universiteit van Port Elizabeth. (Ongepubliseerd.)
- KOORTS, A.S. & MARAIS, A.J. 1990. 'n Ondersoek na die werksbevrediging by die verpleegkundiges van die R.S.A. *Curationis*, 13(1/2):29-32, Jun.
- KORTENBOUT, E. 1998. Nurse training in South Africa focussing on the year 1997. *South African health review*:51-62. [Durban : Health Systems Trust.]
- KORTENBOUT, E. 1999. The provision of professional nurses for South Africa, 1997: an analysis of student nurses in the comprehensive four year professional programme during 1997. *New publications HST update*, 48:10-11, Dec.
- KOTZÉ, W.J. 1976. Die taak van die dosent. *Curationis*, 111(1):6-8,12, Jan.
- KOTZÉ, W.J. 1979. Begeleiding in die verpleegkunde. Pretoria : Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging. (Verpleegkundige monografieë no. 0016.)
- KOTZÉ, W.J. 1981. Vervdeling van die rolverwagting van die studentverpleegkundige. *Studentverpleegkundige quo vadis*:35-39.
- KOTZÉ, W.J. 1982. Professionele gevormdheid van die verpleegkundige: die beeld van die beroep na buite. *Curationis*, 5(1):7-10, Mrt.
- KOTZÉ, W.J. 1984. Professionele vorming van die studentverpleegkundige. *Curationis*, 7(1):17-22, Mrt.
- KOTZÉ, W.J. 1987. Tendense in die verpleegberoep: aspekte vir oorweging. *Curationis*, 10(4):4-10, Des.
- KOTZÉ, W.J. 1990. Op weg na 2000: 'n uitdaging vir waagmoed en leierskap in die verpleegingsberoep. *Curationis*, 13(3,4):65-76, Des.
- KRALL, V. 1970. Personality factors in nursing school success and failure. *Nursing research*, 19(3):265-268, May/Jul.

- KREFTING, L. 1991. Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *American journal of occupational therapy*, 45(3):214-222, Mar.
- KREPS, G.L. & KUNIMOTO, E. 1994. Communicating in multicultural health care organizations. (Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association in Sydney, New South Wales, Australia, from 11-15 July, 1994). (Abstract in ERIC database, reference number ED394163.)
- KRUEGER, R.A. 1994. Focus groups: a practical guide for applied research. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications. 255 p.
- LARSON, E.L. 1995. New rules for the game: disciplinary education for health professionals. *Nursing outlook*, 43(4):180-185, Jul. / Aug.
- LATEGAN, F.E. 1989. Motivering van die volwassene as leerder. Pretoria : Unisa. (Proefskrif - D.Ed.)
- LE MAY, A., MULHALL, A.P. & ALEXANDER, C. 1998. Bridging the research-practice gap: exploring the research cultures of practitioners and managers. *Journal of advanced nursing*, 28(2):428-437, Aug.
- LEE, D.T. 1996. The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *Journal of advanced nursing*, 23(6):1127-1234, Jun.
- LEES, A., MULLER, M. & VAN HUYSSTEEN, M.C. 1992. Die bydrae van eenheidsbestuurders in die opleiding van studentverpleegkundiges. *Curationis*, 15(1):8-11, Apr.
- LEININGER, M. 1994. Transcultural nursing education: a worldwide imperative. *Nursing and health care*, 15(5):254-257, May.
- LEONARD, T.C. & JOHNSON, J.Y. 1998. The reticent student: implications for nurse educators. *Journal of nursing education*, 37(5):213-215, May.
- LETIZIA, M. & JENNRICH, J. 1998. A review of preceptorship in undergraduate nursing education: implications for staff development. *Journal of continued nursing education*, 29(5):211-216, Sept. / Oct.
- LEWIS, M.A. 1998. An examination of the role of learning environments in the construction of nursing identity. *Nurse education today*, 18(3):221-225, 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: understanding and doing naturalistic inquiry. Beverly Hills, Calif. : Sage Publications. 416 p.
- LINDOP, E. 1999. A comparative study of stress between pre- and post- Project 2000 students. *Journal of advanced nursing*, 29(4):967-973, Apr.
- LIVERPOOL. UNIVERSITY. Department of Nursing. 2002. Mentorship programme. Liverpool : University of Liverpool.
- LUMB, P. 1995. Do nurses care for culture? Culture in curriculum in undergraduate tertiary nurse education in Australia. *Multicultural teaching*, 13(2):38-44, Spring.
- LYMAN, K. 1961. Basic nursing education programmes: a guide to their planning. *Public health papers*, 7:81. (World Health Organization.)
- LYNN, M.R. 1995. Development and testing of the nursing role model competence scale (NRMCS). *Journal of nursing measurement*, 3(2):93-108, Winter.
- MABEN, J. & MACLEOD, C.J. 1998. Project 2000 diplomates' perceptions of their experiences of transition from student to staff nurse. *Journal of clinical nursing*, 7(2):145-153, Mar.
- MAEVE, M.K. 1998. Weaving a fabric of moral meaning: how nurses live with suffering and death. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1136-1147, Jun.
- MAHARA, M.S. 1998. A perspective on clinical evaluation in nursing education. *Journal of advanced nursing*, 28(6):1339-1346, Dec.
- MALLIK, M. 1997. Advocacy in nursing: a review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 25(1):130-138, Jan.
- MANCUSO, F.M. 1998. Co-dependency in nursing students: recognition and modification of behavioural characteristics. *Nursing connections*, 11(3):55-60, Fall.
- MANSFIELD, P.K., YU, L.C., McCOOL, W., PACKARD, J.S. & VICARY, J.R. 1989. The job context index: a guide for improving the 'fit' between nurses and their work environment. *Journal of advanced nursing*, 14(6):501-508, Jun.
- MARAIS, T., OXTOBY, R. & SCHOMER, H.H. 1990. Mood states and health behaviours in paramedical first year students. *Curationis*, 13(3/4):1-6, Dec.
- MARSLAND, L. 1996. Career guidance for student nurses: an unmet need. *Nurse education today*, 16(1):8-10, Feb.

- MARSON, S.N. 1982. Ward sister: teacher or facilitator? An investigation into the behavioural characteristics of effective ward teachers. *Journal of advanced nursing*, 7(4):347-357, Jul.
- MARTIN, G.W. 1996. An approach to the facilitation and assessment of critical thinking in nurse education. *Nurse education today*, 16(1):3-9, Feb.
- MASSARWEH, L.J. 1999. Promoting a positive clinical experience. *Nurse education*, 24(3):44-47, Jun.
- McCAIN, N.L. 1985. A test of Cohen's developmental model for professional socialization with baccalaureate nursing students. *Journal of nurse education*, 24(5):180-186, May.
- McCLOSKEY, J.C. 1981. The professionalization of nursing: United States and England. *International nursing review*, 28(2):40-47, Mar.
- McDOUGALL, T. 1996. The elective experience: a student choice in nurse education. *British journal of nursing*, 5(19):1203-1205, Oct. / Nov.
- McELHINNEY, T. & LAJKOWICZ, C. 1994. The new genetics and nursing education. ERIC database, reference number EJ494273, CE527167.)
- McKAY, R.C. 1991. Working with dying people: crises and compensations. *Curationis*, 14(2):1-5, Aug.
- McSHERRY, W. & DRAPER, P. 1998. The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. *Journal of advanced nursing (England)*, 27(4):683-691, Apr.
- MEARNS, P.C. 1985. The predictors of success in the nursing degree at the University of the Witwatersrand. *Curationis*, 8(2):47-49, Jun.
- METZGER, N. 1991. The changing health care workplace: a challenge for management development. *Journal of management-development*, 10(4):53-64, Sept.
- MIDDLEMISS, M.A. & VAN DER NESTE, K. J. 1994. Curriculum revolution: reflective minds and empowering relationships. *Nursing and health care*, 15(7):350-353, Sept.
- MILES, I.M. 1978. Educational technology and resource-based learning as applied to nursing education. *Curationis*:36-41, Sept.
- MILES, M.B. & HUBERMANS, A.M. 1984. Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods. Beverly Hills : Sage Publications. 263 p.

- MILLER, D. 1995. Stress and burnout among health-care staff working with people affected by HIV. *British journal of guidance and counselling*, 23(1):19-31.
- MILLIGAN, F. 1997. In defense of andragogy, pt. 2: an educational process consistent with modern nursing's aims. *Nurse education today*, 17(5):487-493, Dec.
- MONTAGUE, S.E. & HERBERT, R.A. 1982. Career paths of graduates of a degree-linked nursing course. *Journal of advanced nursing*, 7(4):359-370, Jul.
- MORRISON, P. & BURNARD, P. 1989. Students' and trained nurses' perceptions of their own interpersonal skills: a report and comparison. *Journal of advanced nursing*, 14(8):321-329, Aug.
- MULDER, M. & VILJOEN, M. 1992. Die stand van kliniese evaluering aan Suider-Afrikaanse universiteite. *Curationis*, 15(1):29-36, Apr.
- MULLER, M.E. 1991. Die vraag na en aanbod van verpleegkundiges in Suid-Afrika. *Curationis*, 14(1):41-48, Jul.
- MUSINSKI, B. 1999. The educator as facilitator: a new kind of leadership. *Nursing forum*, 34(1):23-29, Jan. / Mar.
- MYRICK, F. & BARRETT, 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.
- NEARY, M. 1997a. Project 2000 students' survival kit: a return to the practical room (nursing skills laboratory). *Nurse education today*, 17(1):46-52, Feb.
- NEARY, M. 1997b. The educator as facilitator: a new kind of leadership. *Nursing forum*, 34(1):23-29, Jan.-Mar.
- NEHLS, N., RATHER, M. & GUYETTE, M. 1997. The preceptor model of clinical instruction: the lived experiences of students, preceptors and faculty-of-record. *Journal of nursing education*, 36(5):220-227, May.
- NELMS, T.P., JONES, J.M. & GRAY, D.P. 1993. Role modeling: a method for teaching caring in nursing education. *Journal of nursing education*, 32(1):18-23, Jan.
- NELSON, L.R. 1995. Mentoring African American students: one path to success. *NLN publications*, 14(2699):91-94, Dec.

- NETSHANDAMA-FUNYUFUNYU, V.O. 1997. The role of the ward manager in creating a conducive clinical learning environment for nursing students. Pretoria : UNISA. (Dissertation - M.A.) 212 p.
- NICOL, N.J., FOX-HILEY, A., BAVIN, C.J. & SHENG, R. 1996. Assessment of clinical and communication skills: operationalizing Benner's model. *Nurse education today*, 16(3):175-179, Jun.
- NIENABER, A.W. 1992. Die ontwikkeling en evaluering van 'n program vir die fasilitering van studentontwikkeling. Potchefstroom : PU vir CHO. (Proefskrif - D.Phil.) 204 p.
- NORDGREN, J., RICHARDSON, S.J. & LAURELLA, V.B. 1998. A collaborative preceptor model for clinical teaching of beginning nursing students. *Nurse educator*, 23(3):27-32, May / Jun.
- NORMAN, I.J., REDFERN, S.J., BODLEY, D., HOLROYD, S., SMITH, C. & WHITE, E. 1996. The changing educational needs of mental health and disability nurses. London : English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. (Abstract in ERIC database, number ED414483.)
- O'NEIL, J. 1996. On emotional intelligence: a conversation with Daniel Goleman. *Educational leadership*, 54(1):6-11, Sept.
- OERMAN, M.H. 1997. Evaluate critical thinking in clinical practice. *Nurse education*, 22(5):25-28, Sept. / Oct.
- OFFREDY, M. 1998. The application of decision making concepts by nurse practitioners in general practice. *Journal of advanced nursing*, 28(5):988-1000, Nov.
- OKUN, B.F. 1992. Effective helping: interviewing and counseling techniques. 4th ed. Pacific Grove, Calif. : Brooks/Cole. 283 p.
- OLDNALL, A. 1996. A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of advanced nursing*, 23(1):138-144, Jan.
- OMERY, A. 1983. Phenomenology: a method for nursing research. *Advances in nursing science*, 5(2):49-63, Jan.
- OWEN, S. 1993. Identifying a role for the nurse teacher in the clinical area. *Journal of advanced nursing*, 18(5):816-825, May.

- PARATHIAN, A.R. & TAYLOR, F. 1993. Can we insulate trainee nurses from exposure to bad practice? A study of role play in communicating bad news to patients. *Journal of advanced nursing*, 18(5):801-807, May.
- PATERSON, B. & CRAWFORD, M. 1994. Caring in nursing education: an analysis. *Journal of advanced nursing*, 19(1):164-173, Jan.
- PATTERSON, E. 1996. The analysis and application of peer assessment in nurse education, like beauty, is in the eye of the beholder. *Nurse education today*, 16(1):49-55, Feb.
- PEENS, T. 1990. Selfverweseningliking by die psigiatriese verpleegkundige vanuit 'n Christus-sentriese benadering. Johannesburg : RAU. (Verhandeling - M.Cur.) 79 [15] p.
- PEER RESOURCES INDEX. 2000. The top 10 myths of mentoring: mentor program tips from mentor experts. *Navigation tools of the heart, mind and soul*. [Web:] <http://www.mentors.ca/mentormyths.html> [Datum van toegang: 24 Mei 2002].
- PHILLIPS, R. 1994. Providing student support systems in Project 2000 nurse education programmes: the personal tutor role of nurse teachers. *Nurse education today*, 14(3):216-222, Jun.
- POGGENPOEL, M., UYS, H., BOTES, A., DÖRFLING, C, GREEFF, M., GROSS, E., MULLER, M. & NOLTE, A. 1996. Verpleegkundiges en pasiënte se belewenis van gesamentlike gesondheidsdienslewering aan alle bevolkingsgroepe in 'n hospitaal. *Curationis*, 19(2):54-61, Jun.
- POLIT, D.F. & HUNGLER, B.P. 1993. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott. 479 p.
- POTGIETER, M.E.C. 1980. Die onderrigtaak van die verpleegpraktisyn in die saalsituasie. *Curationis*, 3(1):18-21, Jun.
- POWEL, B.M. 1997. Achievement goals and student motivation in the middle school years: teachers' use of motivational strategies with high and low performing students. (Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Chicago Ill., March 1997.) (Abstract in ERIC database, reference number ED412215.)
- R.S.A. **kyk** REPUBLIC OF SOUTH AFRICA
- RAATIKAINEN, R. 1997. Nursing care as a calling. *Journal of advanced nursing*, 25(6):1111-1115, Jun.

- RADEMEYER, E.S., STOLS, H.E., VAN NIEKERK, J.G. & VAN HUYSSTEEN, M.C. 1983. Die stand van keuring van studentverpleegkundiges. *Curationis*, 6(4):4-10, Des.
- RADEMEYER, J.M. 2001. Die invloed van druipling en herhaling op die verpleegkunde dosent-studentverhouding. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling - M.Cur.) 197 p.
- RAFFERTY, A.M., ALCOCK, N. & LATHLEAN, J. 1996. The theory practice "gap": taking issue with the issue. *Journal of advanced nursing*, 23(4):685-691, Apr.
- RAKOCZY, M. & MONEY, S. 1995. Learning styles of nursing students: a 3-year cohort longitudinal study. *Journal of professional nursing*, 11(3):170-174, May / Jun.
- REDSHAW, M.E. & HARRIS, A. 1995. Breaking new ground: an exploratory study of the role of education of the advanced neonatal nurse practitioner. *Research professional education, research reports series, nr. 4*. London : English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Publications Department. (Abstract in ERIC database, reference number ED390993.)
- REPUBLIC OF SOUTH AFRICA. Department of Health. 1997. White paper for the transformation of the health system in South Africa. *Government Gazette*, 17910, Apr. 16. (WPJ - 1997.)
- RIDLEY, M.J., SPENCE LASCHINGER, H.K. & GOLDENBERG, D. 1995. The effect of a senior preceptorship on the adaptive competencies of community college nursing students. *Journal of advanced nursing*, 22(1):58-65, Jul.
- ROBERTS, S.J. & CHANDLER, G. 1996. Empowerment of graduate nursing students: a dialogue toward change. *Journal of professional nursing*, 12(4):233-239, Jul. / Aug.
- ROLFE, G. 1998. The theory-practice gap in nursing: from research-based practice to practitioner-based research. *Journal of advanced nursing*, 28(3):672-679, Sept.
- ROSS, L.A. 1996. Teaching spiritual care to nurses. *Nurse education today*, 16(1):38-43, Feb.
- ROSS, L.A. 1997. Elderly patients' perception of their spiritual needs and care: a pilot study. *Journal of advanced nursing*, 26(4):710-715, Oct.
- ROTHMAN, I. 1997. Facilitation: concept and skills course unit contents. Potchefstroom : Rothman.

RYAN, A.A. & McKENNA, H.P. 1994. A comparative study of the attitudes of nursing and medical students to aspects of patient care and the nurse's role in organising that care. *Journal of advanced nursing*, 19(1):114-123, Jan.

RYLES, S.M. 1999. A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. *Journal of advanced nursing*, 29(3):600-607, Mar.

SALMOND, S.W. 1995. The master of science in nursing curriculum: integrating diversity contact within an individual model's paradigm. *NLN publications (Review)*, 14(2699):215-241, Dec.

SAMSON, J.P. 1971. 'n Oorsig van die verkwisting onder blanke studentverpleegsters in die Transvaal in vergelyking met sekere ander kategorieë van blanke vroulike studente en sekere vroulike beroepswerkers in dieselfde ouderdomsgroepe. Pretoria : Universiteit van Pretoria. (Verhandeling - M.Cur.) 165 p.

SARV **kyk** SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING

SAVV **kyk** SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING

SAWATZKY, J.A. 1998. Understanding nursing students' stress: a proposed framework. *Nurse education today*, 18(2):108-115, Feb.

SCHUTTE, P.C. 1982. Personeelontwikkeling vir verpleegkundiges. Suid-Afrika en die mannekrag-uitdaging: 'n sinopsis. *Curationis*, 5(2):15-18, Jun.

SEARLE, C. 1980a. The criteria for professionalism in nursing in South Africa. *Curationis*, 1(1):4-8, Jun

SEARLE, C. 1980b. The ward sister: some aspects of her role and function. *Curationis*, 3(1):3-8, Jun.

SEARLE, C. 1983. New dimensions: nursing education in the post-secondary education system in the Republic of South Africa. *Curationis*, 6(1):5-16, Mar.

SEARLE, C. 1984. Nursing practice: reality or dream. *Curationis*, 7(4):4-6, Des.

SELANDERS, L. & DIETZ-OMAR, M. 1991. Making nursing models relevant for the practising nurse. *Nurse practitioner*, 4(2):23-25.

SELLMAN, D. 1996. Why teach ethics to nurses. *Nurse education today*, 16(1):44-48, Feb.

SEVERINSSON, E.I. 1998. Bridging the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1269-1277, Jun.

- SHAUGHNESSY, M.F. 1995. Creativity in mentoring. (Abstract in ERIC database, reference number ED387718. 6 p.)
- SHEAHAN, J.S. 1980. Ward sister: manager nurse or teacher. *Curationis*, 3(1)14-17, Jun.
- SIMS, G.P. & BALDWIN, D. 1995. Race, class and gender considerations in nursing education, nursing and health care. *Perspectives on community*, 16(6):316-321, Nov. / Dec.
- SKELTON, R. 1994. Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of advanced nursing*, 19(3):415-423, Mar.
- SLACK, M.K. & McEWAN, M.M. 1993. Pharmacy student participation of interdisciplinary community-based training. *American journal of pharmaceutical education*, 57(3):251-257, Fall.
- SMITH, P. 1991. The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training. *Journal of advanced nursing*, 16(1):74-81, Jan.
- SOUTH AFRICAN NURSING COUNCIL. 1999. Transformation of nursing education and training in South Africa. Pretoria : South African Council of Nursing. (Circular 15/99, 8 December 1999.)
- SOVEN, M. 1992. Ethics, the classics and the rhetorical tradition: integrating the curriculum. (Paper presented at the Conference on Ethics and Teaching in Colorado Springs Autumn 1992.) (Abstract in ERIC database, reference number ED357360.)
- SPITZER, A. 1998. Nursing in the health care system of the post-modern world: crossroads, paradoxes and complexity. *Journal of advanced nursing*, 28(1):164-171, Jul.
- SPOUSE, F. 1996. The effective mentor: a model for student-centred learning. *Nursing times*, 92(13):32-35, Mar.
- SPOUSE, F. 1998. Learning to nurse through legitimate peripheral participation. *Nurse education today, discussion*, 18(5):345-351, Jul.
- SPOUSE, J. 2001. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a socio-cultural perspective. *Journal of advanced nursing*, 33(4):512-522, Feb.
- SPYKMAN, G.J. 1992. Reformational theology: a new paradigm for doing dogmatics. Grand Rapids : Eerdmans.
- STEPHENSON, M.P. 1984. Aspects of the nurse tutor-student nurse relationship. *Journal of advanced nursing*, 9:283-290.

- STRAUSS, A. & CORBIN, J. 1990. Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques. Newbury Park, Calif. : Sage Publications. 270 p.
- STYRBICKI, E.L. 1986. Begeleiding van verpleegkundiges in die ontwikkeling van interpersoonlike vaardighede. Johannesburg : RAU. (Verhandeling - M.Cur.) 109 p.
- SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1984. Regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone kragtens die Wet op Verpleging 1978. (Regulasie nr. 2598, van 1984 soos gewysig in 1987.) Pretoria : Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1985a. Reëls wat die handeling of versuime ten opsigte waarvan die Raad tugstappe mag doen, uiteensit. (Regulasie 387 van 1985 soos gewysig in 1987.) Pretoria : Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1985b. Regulasies betreffende die goedkeuring van en die minimumvereistes vir die opleiding en onderrig van 'n Verpleegkundige (Algemene, Psigiatryse en Gemeenskaps-) en Vroedvrou wat lei tot registrasie. (Regulasie 425 van 1985.) Pretoria : Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1992a. Komitee van Universiteits verpleeghoofde. (Verslag van die vergadering van die Komitee van Universiteitshoofde gehou op Dinsdag 5 Mei 1992 in die Senaatsaal op die kampus van die Universiteit van Port Elizabeth.) (Ongepubliseerd.)
- SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1992b. Standaarde vir verplegingpraktyk. Pretoria : SARV.
- SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1993. Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele verplegingopleiding. Pretoria : SARV.
- SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING. 1990. Verslag oor die ondersoek na die verpleegberoep. Pretoria : Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.
- TAYLOR, L.J. 1992. A survey of mentor relationships in academics. *Journal of professional nursing*, 8(1):48-55, Feb.
- TERBLANCHE, L. 1995. 'n Intra- en interpersoonlike verrykingsprogram vir verpleegkundiges. Potchefstroom : PU vir CHO. (Proefskrif - D.Phil.) 205 p.
- TESSMAN, R. 1993. Model for the development of the student nurse as facilitator in interaction with patients. Johannesburg : RAU. (Thesis - D.Cur.)

THORNE, S., CANAM, C., DAHINTEN, S., HAIL, W., HENDERSON, A. & REIMER-KIRKHAM, S. 1998. Nursing's meta-paradigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of advanced nursing*, 27(6):1257-1268, Jun.

TLAKULA, N.R.C. & UYS, L.R. 1993. Nursing students' perception of clinical learning experiences as provided by the nursing staff in the ward. *Curationis*, 16(4):28-31.

TRANSVAAL PROVINCIAL ADMINISTRATION. Health Services. 1994. Report on the findings and recommendations regarding the investigation into the improvement of nursing colleges' effectiveness. Pretoria : Government Printer.

TROSKIE, R. 1998a. Critical evaluation of the newly qualified nurse's competency to practice, pt. 1. *Curationis*, 16(3):50 -55, Oct.

TROSKIE, R. 1998b. Critical evaluation of the newly qualified nurse's competency to practice, pt. 2. *Curationis*, 16(3):56-61, Oct.

TROSKIE, R., GUWA, S.N. & BOOYENS, S.W. 1998. Contribution of unit managers to the training of student nurses in the Cape Peninsula. *Curationis*, 21(4):44-49, Dec.

TYLER, P.A. & ELLISON, R.N. 1994. Sources of stress and psychological well-being in high dependency nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(3):469-476, Mar.

UKCC **kyk** UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. 1999. Practitioner-client relationships and the prevention of abuse. Protecting the public through professional standards, Sept. London : United Kingdom Central Council for Nursery, Midwifery and Health Visiting. 16 p.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. 2001. Fitness for practice and purpose. London : United Kingdom Central Council for Nursery, Midwifery and Health Visiting. (Report of the UKCC's Post Commission Development Group. Summary and recommendations, Oct. p. 1-7.)

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. 2001. The prep handbook, Oct. London : United Kingdom Central Council for Nursery, Midwifery and Health Visiting.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. 2002. Protecting the public through professional standards, Apr. London : United Kingdom Central Council for Nursery, Midwifery and Health Visiting.

UPTON, D.J. 1999. How can we achieve evidence-based practice if we have a theory-practice gap in nursing today? *Journal of advanced nursing*, 29(3):549-555. Mar.

USHER, K., NOLAN, C., RESER, P., OWENS, J. & TOLLEFSON, J. 1999. An exploration of the preceptor role: preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the receptor role. *Journal of advanced nursing*, 29(2):506-514, Feb.

UYS, L.R. 1990. Selected criteria predictive of academic success in the first two years of the integrated diploma in nursing. (Referaat gelewer op 17 Augustus 1990 by 'n simposium van die Verpleegonderwysvereniging by Unisa, Pretoria.) (Ongepubliseerd.)

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 COLFF, J.J. 2001. Die verpleegkundedosent as motiveringsfasiliteerder van die verpleegkundestudent. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling - M. Cur.) 239 p.

VAN DER HEEVER, E.P. 1993. Die profiel van die suksesvolle verpleegkundige: 'n empiriese ondersoek by die Wes-Transvaalse Verplegingkollege. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.) 170 p.

VAN DER WAL, D. 1996. Codependency: a concomitant field of interest into the phenomenon caring. *Curationis*, 19(4): 40-42, Dec.

VAN DER WAL, D. 1999. Furthering caring through nursing education. *Curationis*, 22(2):62-71, Jun.

VAN DER WALT, B.J. 1994. The liberating message: a Christian worldview for Africa. Potchefstroom : PU for CHE. (Wetenskaplike bydraes van die PU vir ChO. Reeks F: Instituut vir reformatoriese studies, Versamelwerke no. 44.) 625 p.

VAN DER WALT, M.S. 1987. Studentontwikkeling: 'n psigologiese ondersoek. Potchefstroom : PU vir CHO. (Proefskrif - D.Phil.) 912 [52] p.

VAN HUYSSSTEEN, M.C. 1981. 'n Evaluering van die opleiding van verpleegkundiges vir basiese registrasie in die Republiek van Suid-Afrika. Pretoria : Universiteit van Pretoria. (Proefskrif - D.Cur.)

- VAN NIEKERK, S. 1989. Does she have time? / Het sy tyd? *Nursing / Verpleging RSA*, 4(4):16-18, Apr.
- VAN TONDER, S. 1998. Nie-verplegingstake en die geregistreerde verpleegkundige. *Curationis*, 11(1):6-11, Mar.
- VAN VELDEN, C. 1988. Die verband tussen vakriglyne, vakaanbieding en prestasie by groepe B.Cur. 1-studente aan die Universiteit van Pretoria gedurende 1985 en 1986. *Curationis*, 11(2):1-3, Jul.
- VAN VELDEN, C.E. & VAN NIEKERK, S.E. 1998. Studentverpleegkundiges se persepsie van faktore in die algemene kliniese ervaringsveld wat leer fasiliteer. *Curationis*, 21(1):25-35, Mar.
- VAN VUUREN, H.C. 1988. Die betrokkenheid van die kollegedosent in die kliniese praktykleiding. Johannesburg : RAU. (Verhandeling - M.Cur.) 112 p.
- VAN WYK, H. 1982. Problematiek van studentwerwing in verpleging: die verpleegstudent quo vadis. *Curationis*, 5(1):17-21, Mrt.
- VENTER, A.C. 1991. Emansipasie uit die gesin van oorsprong, gesinsklimaat en aanpassing van studente. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.)
- VERWEY, A.J.M. 1983. 'n Bepaling van die behoefte aan 'n raadgewings- en ondersteuningsdiens vir studentverpleegkundiges. Pretoria : Universiteit van Pretoria. (Verhandeling - M.Cur.)
- WADE, G.H. 1999. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of advanced nursing*, 30(2):310-318, Aug.
- WANNENBURG, I. & KOTZÉ, W.J. 1991. Formative clinical evaluation: quo vadis. *Nursing RSA / Verpleging*, 6(5):26-29, May.
- WANNENBURG, I. & KOTZÉ, W.J. 1990. Formative and summative evaluation, pt. 2. *Nursing RSA / Verpleging*, 5(11 & 12):48-51, Nov. / Dec.
- WARDLE, M.G. 1984. How does one get it all done? *Nurse educator*, 9(2):16-17, Summer.
- WATKINS, C. 2000. American heritage dictionary of the English language. 2nd ed. Boston, Mass. : Houghton Mifflin. 149 p.
- WATSON, N.A. 1999. Mentoring today: the student's views. An investigative case study of pre-registration nursing students' experiences and perceptions of mentoring in one theory

practice module of the Common Foundation Programme on a Project 2000 course. *Journal of advanced nursing*, 29(1):254-262.

WEBSTER'S revised and unabridged dictionary. 1996. s.l. : Micra.

WES-TRANSVAALSE VERPLEGINGKOLLEGE. 1990. Verslag oor die meningsopname onder die vierdejaar verpleegkundestudente van 1989 van die Wes-Transvaalse Verplegingkollege om hulle houding teenoor die basiese opleidingsprogram te bepaal. Klerksdorp. (Ongepubliseerd.)

WHITE, E. 1993. A detailed study of the relationships between teaching, support, supervision, and role modelling in clinical areas within the context of the Project 2000 courses. London : English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, Publications Department. (Abstract in ERIC database, reference number ED390997.)

WHITE, E., BUTTERWORTH, T., BISHOP, V., CARSON, J., JEACOCK, J. & CLEMENTS, A. 1998. Clinical supervision: insider report of a private world. *Journal of advanced nursing*, 28(1):185-192, Jul.

WHITE, H.L. 1994. Implementing the multicultural education perspective into the nursing curriculum. (Abstract in ERIC database, reference number ED378907.)

WHITE, R. & EWAN, C. 1991. Clinical teaching in nursing. New York : Chapman & Hall. 213 p.

WILDMAN, S., WEALE, A., CLINTON, R. & PRITCHARD, J. 1999. The impact of higher education for post-registration nurses on their subsequent clinical practices: an exploration of students' views. *Journal of advanced nursing*, 29(1):246-253, Jan.

WILKES, L.M. & WALLIS, M.C. 1998. A model of professional nurse caring: nursing students' experience. *Journal of advanced nursing*, 27(3):582-589, Mar.

WILKINSON, J.R. 1998. What it means to care. *Curationis*, 21(2):2-7, Jun.

WILLIAMS, A. & SIBALD, B. 1999. Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Journal of advanced nursing*, 29(3):737-745, Mar.

WILLIAMSON, S.B. 1978. Education for care. *Curationis*, 1(3):15-16, Dec.

WILLS, M.E. 1997. Link teachers' behaviours: student nurses' perceptions. *Nurse education today*, 17(3):232-246, Jun.

WILSON, H.S. 1993. Introducing research in nursing. 2nd ed. Redwood City, Calif. : Addison Wesley Nursing. 352 p.

- WILSON-BARNETT, J., BUTTERWORTH, T., WHITE, E., TWINN, S., DAVIES, S. & RILEY, E. 1995. Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of advanced nursing*, 21(6):1152-1158, Jun.
- WINDSOR, A. 1987. Nursing students' perceptions of clinical experience. *Journal of nursing education*, 26(4):150-154, Apr.
- WONG, S. 1978. Nurse teachers' behaviours in the clinical field: apparent effect on nursing students' learning. *Journal of advanced nursing*, 3:369-372.
- WOODS, N.F. & CATANZARO, M. 1988. Nursing research: theory and practice. St. Louis, Mo. : Mosby. 590 p.
- WORRELL, J.D., MCGINN, A., BLACK, E., HOLLOWAY, N. & NEY, P. 1996. The RN-BSN student: developing a model of empowerment. *Journal of nursing education*, 35(3):127-130, Mar.
- YURA, H., WALSCH, M.B. & OZIMEKI, E. datum (In Yuara, H.. Nursing leadership: theory and process. 2nd ed. New York : Appleton. p. 77-79.)
- ZALON, M.L. 1992. Health care reform: how will it affect nursing? *Nursing education*. (Abstract in ERIC database, reference number ED359402.)



Deelname aan navorsing: Inligting en erkenning van toestemming

Geagte professor

NAVORSING:

'n Model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning

Baie dankie vir u telefoniese toestemming dat ek bogenoemde navorsing in u departement mag onderneem.

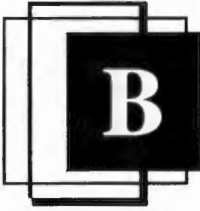
Aangeheg is twee briewe wat aan die onafhanklike fasiliteerder asook die voorgraadse Verpleegkundestudente gerig is wat aan die navorsing sal deelneem.

Die voorgraadse Verpleegkundestudente wat vrywillig instem om aan die fokusgroeponderhoude deel te neem, moet aan spesifieke kriteria voldoen. Daar behoort nie meer as 10 deelnemers in elke fokusgroep te wees nie. Slegs een fokusgroepsessie sal by u departement plaasvind.

'n Onafhanklike fasiliteerder wat aan u bekend gestel sal word, sal die fokusgroeponderhoude afneem. Die navorser voorsien alle oudiovisuele apparaat. Ek sal dit waardeer indien u 'n gebruiksvriendelike lokaal beskikbaar kan stel waarin die onderhoude gevoer kan word. Die datums vir die onderhoude sal telefonies met u bevestig word sodra alle reëlins gefinaliseer is. U samewerking in verband met die voorafgaande sal waardeer word. Indien u verdere navrae het, kan u my by (018) kontak

By voorbaat dankie,

(Mev) E P van der Heever



Bekendstelling van navorsing aan die onafhanklike tussenganger

Geagte me

NAVORSING:

'n Model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning

Ek is tans besig met 'n Ph.D.-graad in Verpleegonderrig aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys onder promotorskap van prof. M. Greef, Direkteur van die Skool vir Verpleegkunde.

Die doel van hierdie navorsing is om 'n verkenning te onderneem na die akademiese en kliniese program verwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word ten einde bogenoemde model vanuit die bevindings van die navorsing te ontwikkel. Dit is noodsaaklik om deur fokusgroeponderhoudvoering data in te win omtrent die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente wat die B.Cur.-graad in Verpleegkunde volg. Die volgende kriteria word gestel.

Die respondente wat in die navorsing ingesluit word, moet:

- As 'n voorgraadse Verpleegkundestudent in die vierjarige B.Cur.-graad aan 'n universiteit en by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer wees;
- Afrikaans of Engels magtig wees;
- bereid wees om 'n fokusgroeponderhoud wat op 'n oudioband afgeneem word aan die navorser toe te staan;
- kultuurverteenvoerdigend geselekteer word;
- ten minste drie jaar van die B.Cur.-graad voltooi het;
- 'n studentpos by skole vir en departemente van Verpleegkunde beklee,

- 'n salaris/beurs ontvang;
- bereid wees om vir die duur van die fokusgroep beskikbaar te wees; en
- bereid wees om na afloop van die data-ontleding 'n opvolggroep te vorm, waartydens data geverifieer kan word.

U hulp as onafhanklike tussenganger om respondente te werf wat vrywillig sal instem om aan die navorsing deel te neem, sal opreg waardeer word. Nadat werwing van die Verpleegkunde-studente afgehandel is, word u vriendelike samewerking gevra om die name van die respondente binne een week aan die navorser bekend te maak, die studie aan die respondente bekend te stel en ingeligte toestemming tot deelname te verkry. 'n Datum wat geleë sal wees vir die respondente en die onafhanklike fasiliteerder wat die fokusgroeponderhoude sal afneem, word telefonies bevestig.

Die onafhanklike fasiliteerder wat die fokusgroepe sal waarneem, sal aan u bekend gestel word. Onderhoude sal duur totdat gesprekvoering versadig is. Dié ongestruktureerde metode van fokusgroeponderhoudvoering wat beplan word, bring mee dat geen onderhoud herhaal kan word nie. Die onderhoude word op oudiobande afgeneem, waarna dit getranskribeer word. Bevindings wat uit die onderhoude voortspruit, word bevestig met 'n verteenwoordigende groep van die respondente. Konsensusgesprekke word hierna met 'n kundige gevoer om die ingesamelde data te bevestig.

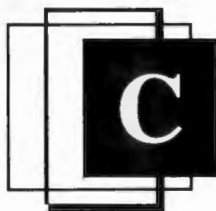
Die navorser onderneem om die identiteit van die respondente anoniem te hou. Die vertroulikheid van die inligting word gewaarborg omdat die inhoud ná transkribering van die oudiobande verwyder sal word.

Die inligting wat uit die navorsing verkry word, sal gepubliseer word sonder om die name van die respondente en hul individuele bydraes bekend te maak.

By voorbaat dankie,

Vriendelike groete.

(Mev) E P van der Heever



Oriëntering en toestemming van deelnemers tot die navorsing

Geagte me

DEELNAME AAN NAVORSING:

'n Model vir die pro-aktiewe en remediërende fasilitering van professionele en persoonlike groei by voorgraadse Verpleegkundestudente deur doelgerigte begeleiding en ondersteuning

Baie dankie dat u gewillig is om aan hierdie navorsing deel te neem. Ek is tans besig met 'n Ph.D.-graad in Verpleegonderrig aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys onder promotorskap van prof. M. Greef, Direkteur van die Skool vir Verpleegkunde.

Die doel van hierdie navorsing is om 'n verkenning te onderneem na die akademiese en kliniese program verwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word ten einde bogenoemde model vanuit die bevindings van die navorsing te ontwikkel. Dit is noodsaaklik om deur fokusgroeponderhoudvoering data in te win omtrent die belewenisse van die voorgraadse Verpleegkundestudente wat die B.Cur.-graad in Verpleegkunde volg. Die volgende kriteria word gestel.

Die respondente wat in die navorsing ingesluit word, moet:

- As 'n voorgraadse Verpleegkundestudent in die vierjarige B.Cur.-graad aan 'n universiteit en by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer wees;
- Afrikaans of Engels magtig wees;
- bereid wees om 'n fokusgroeponderhoud wat op 'n oudioband afgeneem word, aan die navorser toe te staan;
- kultuurverteenvoerdigend geselekteer word;
- ten minste drie jaar van die B.Cur.-graad voltooi het;
- 'n studentpos by die skole vir en departemente van Verpleegkunde beklee,

- 'n salaris/beurs ontvang;
- bereid wees om vir die duur van die fokusgroep beskikbaar te wees; en
- bereid wees om na afloop van die data-ontleding 'n opvolggroep te vorm, waartydens data geverifieer kan word.

Onderhoude sal duur totdat die gesprekvoering 'n versadigingspunt bereik het. Die ongestruktureerde fokusgroepmetode van onderhoudvoering wat gebruik word, bring mee dat geen onderhoud herhaal kan word nie, aangesien soortgelyke resultate nie weer verkry sal word nie. Die onderhoude sal op oudioband afgeneem word en daarna deur die navorser getranskribeer word. Die bevindings wat uit die onderhoude voortspruit, word met 'n verteenwoordigende groep van die respondente bevestig. Konsensusgesprekke word hierna met 'n kundige gevoer om die data wat ingesamel word, te verifieer.

Die navorser onderneem om die identiteit van die respondente anoniem te hou. Die vertroulikheid van die inligting word gewaarborg omdat die inhoud na transkribering van die oudiobande verwyder sal word. Die inligting wat uit die navorsing verkry word, sal gepubliseer word sonder om die name van die respondente en hul individuele bydraes bekend te maak.

Die voordele wat hierdie navorsing vir u inhou, is dat u in 'n geleentheid gestel word om u kennis van die akademiese en kliniese programverwagtings en -eise wat aan voorgraadse Verpleegkundestudente gestel word, te verbaliseer. So kan u help om riglyne daar te stel waardeur toekomstige voorgraadse Verpleegkundestudente se professionele en persoonlike groei gefasiliteer kan word.

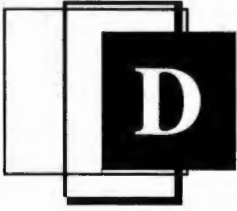
Ek waardeer u moontlike bereidwilligheid om deel teneem, opreg. U sal nie gepenaliseer word indien u nie sou deel neem nie, aangesien deelname vrywillig is.

U word dus vriendelik versoek om ingeligte toestemming te verleen om aan die studie deel te neem en die volgende ooreenkoms te onderteken:

- 'n Fokusgroeponderhoud word op oudioband afgeneem;
- vertroulikheid van die inligting wat ek verskaf, word gehandhaaf deurdat my identiteit anoniem gehou word tydens die publikasie van die bevindings;
- my deelname is vrywillig en ek het die reg om te onttrek sonder enige penalisering as gevolg daarvan;

- 'n konsensusgesprek sal plaasvind nadat die onderhoude getranskribeer is om die inligting wat ek verstrek het, te verifieer; en
- 'n kontakpersoon sal beskikbaar wees indien ek verdere inligting wil verskaf of navrae wil rig.

_____	_____	_____	_____
Datum	Respondent se handtekening	Datum	Navorser se handtekening
_____	_____		
Datums	Promotor se handtekening		



Veldnotas wat tydens en ná Fokusgroepe afgeneem is

Veldnotas van Groep 1: Voorgraadse Verpleegkundestudente

1. WAARNEMINGSNOTAS:

Die groep ervaar stres en spanning kom voor asof hulle die akademiese departement teiken. Hulle staan baie krities teenoor die akademiese opset en ervaar hoë akademiese eise en voel skynbaar gedruk tot perfeksie.

2. TEORETIESE NOTAS:

- Die respondente beleef dat daar nie struktuur in die akademiese departement voorkom nie. Min ondersteuning word gebied; Verpleegkundedosente hoor hulle nie; hulle het nie 'n heenkome vir probleme nie. Hulle het gunstelingdosente en vertel van hul belewenisse met dosente.
- Hul ervarings is die van slagoffers wat vervolgd word. Hul hanteringsmeganismes dui op ontvlugting, blamering, projeksie en demoralisasie.
- Professioneel kom hulle negatief vóór, met min toleransie en ervaar vermoeidheid en lewensmoegheid.
- Toekomsgerigtheid is beperk en hulle toon geen lewenslus of pret nie.
- Baie definitiewe negatiewe uitsprake kom voor.
- 'n Beter integrasie tussen teorie en klinies kom in die vierde jaar voor.
- Binne die hospitaal verskil prosedures tussen kliniese eenhede.
- Hulle getuig van evalueringskale wat hulle moet memoriseer en beskou dit as belaglik.
- Klinies is nie so 'n groot bron van probleme nie. Daar is 'n egter behoefte om Verpleegkundedosente in die kliniese eenhede teenwoordig te sien.

Veldnotas van Groep 2: Voorgraadse Verpleegkundestudente

1. WAARNEMINGSNOTAS:

Die groep kom nie uitermatig krities voor nie en stel belewenisse feitelik, dus "basies soos dit is". Hulle verwag amper nie om verstaan te word nie.

2. TEORETIESE NOTAS:

- Die akademie word positief ervaar.
- Akademiese stres verhoog met jare, afhangende van die Verpleegkundedosent wat betrokke is.
- Die akademiese leerplan is nie te moeilik of van 'n te 'n hoë lading nie. Die taal waarin hulle onderrig ontvang, is soms 'n probleem.
- Die teoretiese leerinhoud bied uitdagings, hoewel die program oorvol is.
- Hulle sê hulle leer om analities te dink.
- Swak begeleiding word vanaf Verpleegkundedosente ervaar.
- Verpleegkundeosente kom nie in die praktyk nie en ken nie die realiteit nie.
- ervaar skeiding tussen die akademiese en kliniese milieu. Verpleegkundeosente en professionele eenheidsverpleegkundiges ken mekaar nie.
- Kliniese verpligtings word as stagnasie en roetine beleef.
- Integrasie behoort plaas te vind om 'n geheelbeeld te verkry. Dié ideaal word as onbereikbaar beskou.
- Die kliniese eise is baie vermoeiend en bly 'n probleem.
- Hulle het die indruk dat hulle anders is as ander studente op universiteit.
- ervaar 'n indruk van aliënasie en aanvaar dit amper gelate.
- Funksioneer in 'n unieke anderssoortige opset waarvan net die ingeligtes weet. Daar is 'n definitiewe gaping tussen hulle en andere.
- Verskeie verdedigingsmeganismes in plek.
- Hulle ervaar stres, wrywing en demoralisasie, is op hulself aangewese en oorlaai.

- Volg die hoofstroom met gevolglike stagnasie; ervaar 'n verlies aan omgee en is teleurgesteld.
- Die bestek van praktyk word as belaglik beskou.
- Voel minderwaardig teenoor ander medies-verwante beroepe en gevoelens van hooploosheid kom voor. Is baie op hulself aangewese.
- Studente het self 'n "Buddy"-stelsel en maak op mekaar staat.
- Hulle is verbaas oor die ondersteuning wat hulle ervaar.

Veldnotas van Groep 3: Voorgraadse Verpleegkundestudente

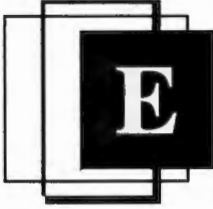
1. WAARNEMINGSNOTAS:

- Beskou hulself as "Jacks of all trades"; staan oral in, stop alle gate toe.

2. TEORETIESE NOTAS:

- Akademie en klinies stel hoë eise, maar die akademie word meer positief eervaar. Albei komponente raak makliker teen die vierde jaar.
- Kliniese eenhede gekenmerk deur personeeltekort, plasingprobleme, tekort aan toerusting en verswakking van dienste.
- Swak personeelverhoudings teenoor B.Cur.-graad studente. Hulle mag nie vrae vra nie.
- Voorgraadse Verpleegkundestudente geniet 'n lae prioriteit en is die "bottom of the pile". Hul eie leerbehoefte moet terugstaan vir dié van ander.
- Niksseggende of stereotiepe verslaggewing vind plaas met swak terugvoering oor Verpleegkundestudente se kliniese pretasie.
- Dosentekontak is beperk tot die klas of deur hulle by die huis te skakel. Geen kliniese begeleiding vind dus plaas nie.
- Swak integrasie tussen teoreties- kliniese plasing kom voor en verskillende komponente van akademie en klinies word terselfdertyd afgehandel.
- Houdings word aan hulle toegedig. Hulle mag nie dink nie; daar is beskuldigings van andersheid. Verlies aan aanvaarding en vernederings word ervaar.
- Ervarings is meer positief as verantwoordelikheid hul eie is.

- Wanindrukke by verwante mediese beroepe en oningeligte publiek lei tot verlies aan begrip vir voorgraadse Verpleegkundestudente.



Uittreksel uit 'n transkripsie van die fokusgroep

R = RESPONDENT
F = FASILITEERDER

RESPONDENTE FASILITEERDER		AANVANGS- KODERING
Respondent:	<i>In verpleging het die caring begin wegval en al wat oorbly, is ... Caring is 'n snaakse ding – die saalsuster care nie net vir haar pasiënte nie – ook vir haar personeel. [Konsensus]. Dis nogal iets besonder as iemand so 'n soort suster is. As sy die moeite werd is, weet almal daarvan. So 'n persoon ken almal wat nog werk soos dit moet. In die vier jaar kan ek hulle op een hand tel. Vier susters was vir my 'n rolmodel – verder is almal met een word pateties.</i>	
Respondent:	<i>Ek dink ons moet caring hê. Ons word geleer van caring en individualiteit en holistiese benadering, maar as 'n suster nie caring is nie, kan sy ook nie caring teenoor haar personeel wees nie. As sy nie persone in die holistiese benadering kan sien nie,.. personeel het ook 'n psige, is moeg, het iets verkeerd, kan nie vandag lekker werk nie, kan dan nie kwaliteitsorg vir pasiënte lewer nie – as sy nie kan sien iets is verkeerd nie, kan sy nie kwaliteitsorg aan pasiënte lewer nie.</i>	
Fasiliteerder:	<i>As ek daarop kan antwoord: dit is 'n bietjie of julle nie weet waar julle behoort nie – mense fragmenteer julle en as julle caring kry, is julle amper verbaas – soos wat julle amper verbaas is oor die paar susters wat julle agtergekome het wat dit wel aan pasiënte gee – daar word gepraat of dit die uitsondering eerder as die norm is. En julle praat ook asof julle verbaas is wanneer julle iemand kry wat julle leer, want julle word nie as 'n reël geleer nie.</i>	
Respondent:	<i>Dis baie lekker om iets te leer, absoluut, en as jy die dag in die saal instap ...uh... ek het eendag, dis so 'n dom ding eintlik – maar een van die seniors – hy was op daardie stadium 'n tweedejaar – en ek het in die saal ingekom en hy het my geleer om op te skrop – dit was vir my absoluut iets nuuts – en ek het geleer om 'n kateter in te sit. Niemand het my dié goed gewys nie en toe word ek geleer in die saal – en jy kan dit doen voordat jy in die klas geleer het en sien – O, jy het dit reg gedoen, en hier kan ek verbeter – 'n mens moet net die kans kry.</i>	

Fasiliteerder:	So, dis die verskil – ondersteuning, leer en positiewe ervaring is die norm van jul belewenis van die akademie – klinies is dit nie die norm van die belewing van die eise nie – dit is feitlik die uitsondering – wat julle met verbasing aanskou as die geluk julle tref.	
Respondent:	<i>Die mense wat veronderstel is om jou rolmodel te wees – vir hulle is dit eintlik net 'n werk. Dit is 'n opleidingskool die – so hulle werk van 7-7. Opleiding is vir hulle een van die klein fasette wat hulle nie doen nie.</i>	
Respondent:	<i>Daar is verskillende groepe in die hospitaal, B.Curre, staffies – hulle kom nie bymekaar nie – die G/V en matrones ook nie. Daar is altyd die vooropgesette idee van hoe verskil die B.Cur. en SVA van mekaar – hulle mag nie meng nie.</i>	
Respondent:	<i>Absoluut – my vriendin is 'n stafverpleegster – sy mag nie in die koshuis bly nie – nie tussen die B.Cur.-studente nie – die koshuismoeder sê sy mag – dis hulle eie skuld dat hulle nie korrelasie tussen die groepe het nie, omdat hulle die afsondering skep. Ja [konsensus].</i>	
Respondent:	<i>Hulle laat ons nie behoorlik meng nie, want die studentverpleegkundige bly alleen in XX, niemand anders meng met hulle nie. Die B.Curre bly in XY en die ander in XZ. Skielik word jy tussen hulle gegooi en dan sien jy maar hulle is net mense – en as julle weer bymekaar kom, word jy verbied om enigsins met hulle te meng. Dis so – hulle skep die afskorting tussen groepe – dis nie van die studente se kant nie. Ek weet daar is baie B.Curre wat dalk hoogmoedig is – dit is waar, maar aan die ander kant is dit by die kliniese kant waar die probleem inkom. Ons moet leer en teen die tyd dat ons by 'n saal kom, het die staffies lankal die roetine geleer. So, hulle weet beter en as jy nou wil leer, dink hulle jy is dom – dink hulle wat soek jy daar. So, die afskortings is nie regtig van die studente se kant nie.</i>	
Respondent:	<i>Ek dink dit is maar so by alle mense in die hospitaal – alle arbeids- en fisioterapeute – daar is nie iets soos 'n multidissiplinêre span nie. Die fisioterapeut dink die verpleegkundige is dom – die verpleegkundige dink die SVA (verpleegassistent) is dom en die dokter praat in elke geval nie met enigiemand nie. Ja – konsensus – hy skryf iets op die voorskrifkaart wat onleesbaar is en daar word nie kwaliteitsorg gelewer nie. Almal kyk mekaar uit en is vies vir mekaar en dink, moenie dink jy's beter nie. As almal net van hulle troontjie wil afklim en beseef ons is hier vir pasiëntesorg sal dit beter gaan. In 'n opleidingshospitaal is almal besig met nagraadse studie en of die pasiënt nou wil eet of nie – die dokter het 8-uur rondes want hy het 10 vm 'n navorsingsafspraak of 'n nuwe kursus wat hy aanbied. So dit gaan nie hier om pasiëntesorg nie. Dis so onnodig.</i>	
Respondent:	<i>By die meer gespesialiseerde sale, bv. ortopedie, kry jy beter samewerking. Daar is bv. nie 'n dokters- en susterskamer nie. Almal drink saam tee en onmiddellik is die atmosfeer anders en dan werk 'n mens verskriklik lekker saam en is daar geen probleme nie. Die oomblik wanneer jy kontrak met 'n persoon het, werk jy vreeslik lekker saam en as jy weer uit die veld is, kom daar weer splitsings.</i>	

Respondent:	<i>Dis nie persoonlike botsings nie – almal werk lekker saam. As jy oor die groot prentjie kyk [lag-lag]. Jy mag nie met 'n pasiënt praat nie, dan wil jy 'n sielkundige wees. Ons het bv. vanoggend in die saal 'n uittrap gekry dat ons die maatskaplike werker se werk wil oorneem, wat glad nie die waarheid is nie. As hulle jou net 'n bietjie in die veld wil inneem en jou laat weet, wat jy mag doen. Nou trap jy op party mense se tone en jy weet dit nie eers nie. Ons leer om met mense te praat – ons het mos psigiatrie, dan sê hulle jy is besig om hulle maatskaplik te ondersteun – ons raak té betrokke. Waar trek jy die lyn? Baie ontevredenheid! As die maatskaplike werkers net wil integreer. Dis so lekker as almal 'n rol speel – dit is hoe dit by spinaal is. Hulle sorg is absoluut fantasties, want hulle het 'n vergadering en elkeen lewer sy inset, maak nie saak of jou inset is om die pasiënt se tande te borsel nie – almal se opinie tel iets. Dis baie belangrik.</i>	
Respondent:	<i>Dit is belangrik – hierdie groepe fisio- en arbeidsterapeute – dat 'n mens kan kommunikeer en insette kan gee. In Weskoppies was dit so dat 'n mens 'n pasiënt kan bespreek – almal daar – dis so wonderlik – hulle vra jou opinie en dis sommer net vir jou 'n groot uitdaging.</i>	
Respondent:	<i>Hulle vergeet dat die verpleegkundige eintlik die een by die pasiënt is. Die spesifieke pasiënt van wie ek nou praat, daar is 'n spesifieke verpleegkundige en sy praat net met haar – die ander mense probeer haar domineer en dan word sy aggressief. Ek meen dit werk nie so nie – hulle moet net toesien dat daardie persoon 'n bydrae lewer en hulle moet daai persoon insluit – die verpleegkundige moet nie van haar pasiënte verwyder word nie. Ons staan tog die naaste. Die ander mense is daar vir 'n rukkie – hulle ken die pasiënt van geen kant nie.</i>	
Fasiliteerder:	<i>Nog iets?</i>	
Respondent:	<i>Ja, ek wil ook sê ek is bly dat ek 'n voorspraak vir pasiënte kan wees. Jy is nie enigsins in staat om iets te gaan doen nie – vir haar iets gee nie – jy mag nie iets doen nie – almal is afgunstig – almal wil die eer hê. Sodra alles goed gaan met bv. 'n moeder en baba, is hulle tevrede en klop hulle hulself op die skouer. Dis nie dat ons dit reggekry het nie – ek het dit reggekry.</i>	
Fasiliteerder:	<i>Hier is 'n baie duidelike ding wat julle vir my sê – hierdie ding van groepe wat verdeel word – hoe die sisteem dit skep en 'n gevoel van aliënasië meebring – dit gaan meestal om eie gewin hier. Klinies is baie meer verrykend wanneer daar samehorigheid, interaksie, kommunikasie en respek is – maar dit bestaan duidelik nie.</i>	
Respondent:	<i>Ja, ek dink almal voel dat hulle dit graag – ek is seker – wil bevorder – maar dit is altyd iemand anders wat dit moet reël.</i>	

Respondent:	<i>Ek was in my eerste jaar toe 'n mediese student my dinge geleer het. 'n Mens begin egter beseft dat mediese studente dink jy is dom, of jy wil 'n dokter soek as 'n man. Dit was in die eerste jaar nie so nie. Dit het my baie gehelp om met ander groepe saam te werk. Sodra 'n mens jou baskie afhaal vir twee weke – die baskie maak skeiding tussen groepe en die SVA's en tog het ek baie vriendinne tussen ander groepe.</i>	
Fasiliteerder:	Dis hartseer dat jy met jou kenteken nie aanvaar word nie – asof op die manier aanvaarding moet kry en dan is hulle verbaas oor jou – amper asof julle op snaakse maniere bevrediging kry wat die kliniese eise betref. Jy het netnou gesê – man jy moet net besluit jy moet jou eie ding doen en nou sê jy jy kan wel verhoudings smee as jy vir twee weke nie jou baskie dra nie.	
Respondent:	<i>Dis wat ek bedoel met ondersteuning. Hierdie vier jaar is asof ek weermag toe moes wees. Ek het dit gedoen – ek het dit basies gedoen en ek is nie dood nie. Gelag ... nog net een dag – moet jou nie daaraan steur nie – bly nou nog net een dag positief [konsensus]. Dit is die verskriklikste emosionele stres en dit raak jou ook buite die hospitaal. Almal ervaar dit so. Ek praat nie meer oor my werk nie. 'n Mens is nie meer lus as iemand jou vra om te sê hoe dit gaan nie. Jy sê goed en verander die onderwerp. Jy's nie meer lus om te sê ek het dit gedoen of dat gedoen nie – ek stel nie meer belang nie. 'n Mens moet nie jou werk huistoe vat nie. Jou wêreldjie raak só klein. Partykeer is jy ook hartseer, moeg of het 'n probleem en as jy 'n B.Cur is mag jy nooit emosies wys nie, mag nooit kwaad word nie – nie huil nie- jy moet hierdie staalvrou wees wat ook veronderstel is om 'n familie te hê. [Almal lag saam – senuagtig?]</i>	
Fasiliteerder:	Volgens jul ervaring, wie se reël is dit dat julle 'n vrou van staal moet wees? [Almal praat gelyk]. Dit klink of julle ingeperk word, selfs nie emosioneel toegelaat word nie ...hierdie erge spanning lei tot 'n teleurgestelde, gedemoraliseerde gevoel en julle voel julle moet vroue van staal wees.	
Respondent:	<i>Dis absoluut so – vertede jaar het ek 'n absoluut vreeslike krisis in my lewe beleef ... Op 'n stadium het ek uit die saal gegaan en begin huil. Een van my dosente het uitgekóm. Sy het my omtrent 'n maand na die tyd gesê dit was baie onprofessioneel dat ek voor die pasiënte gehuil het, ek mag glad nie emosies wys nie – (Ek was glad nie by die pasiënte nie). "Jy mag nie voor pasiënte huil nie" – dis nie professioneel nie en ek moes haar weer kom sien". Toe moet ek hoor ek moet 'n psigiater gaan sien, want ek kan nie met my probleme werk nie. So, dis nou in die departement waar dit gebeur het. So, my idees van die departement is dat baie van die dosente jou net wil leer – hulle wil jou nie regtig help nie. Dan kry jy die uitsonderings soos ons jaarvoog dié jaar – dit was ook die eerste jaar so – hulle gee regtig om. Hulle het die vooropgesette idee dat jy 'n presteerder is en jy nie – as jy dit doen, is dit goed, as jy dit nie doen nie, is dit jammer. As jy een keer verkeerd gedoen het, hou hulle dit teen jou.</i>	